

Jaargang 52 / 22 november 1997

MEDISCH CONTACT

- 1477 Ben V.M. Crul**
Stop rookreclame
-
- 1478 J. Herre Kingma en F.B.M. Sanders**
Wisseling van de wacht
-
- 1479 Sabine Wildevuur**
De opleidingen geneeskunde en gezondheidswetenschappen: Alle vijftien goed. Visitatierapport 1997
-
- 1482 Ans Ankoné**
Zorgverzekeraars staan voor de keuze: onderhandelen met ziekenhuis of met verzekerde. Schipperen zonder loods tussen maatschappelijk ondernemen en marktwerking
-
- 1485 J.M.G.A. Schols**
Versterving: dood-zonde. Wat is er fout gegaan?
-
- 1486 Arjen Göbel**
Mishandeld. Een traumatische ervaring van een huisarts in opleiding
-
- 1487 M.C.V. Idema**
Waarom komen mensen naar ons ziekenhuis? Een onderzoek naar motieven en factoren
-
- 1489 J. Höppener-Helmich en P. Höppener**
Het Meldpuntennetwerk Gezondheid en Milieu. Registreren is signaleren
-
- 1490 P.A.F. Jansen, E. Bruijns en T.J.M. van der Cammen**
Afdelingen Geriatrie in Nederland. Spreiding en ontwikkelingen in het komende decennium
-
- 1493 J.A.L. de Keijzer, A.H.M. Kleemans en P.J.F. van der Kooij**
Sociale geriatrie op weg naar erkenning. De sociaal-geriater als breedtespecialist
-
- 1495 Peter van der Ende**
Modellen voor de toekomstige medische zorg in verzorgingshuizen. Hoe kan aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen worden voldaan?
-
- 1497 R.F. Kropman, M.C. Poelsma, E.J.C. van Rijssel, J. Schippers en M.D. Waldinger**
Inbedding van seksuologie in een algemeen ziekenhuis. Het Leyenburg-model

En verder:

• 1474 MediSein • 1476 Brieven • 1492 Boek • 1499 Officieel • 1500 Agenda

1479

Hoe staat het ervoor met de opleidingen geneeskunde en gezondheidswetenschappen in ons land? Beter, in vergelijking met 1992, bevond de visitatiecommissie.

1490/1493

De spreiding van de afdelingen Geriatrie is zozeer gevorderd dat rond het jaar 2000 klinisch-psychiatrische expertise binnen bereik komt voor alle patiënten met geriatrische problematiek. De sectie sociale geriatrie van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie heeft bij de KNMG een verzoek tot erkenning ingediend.



Verzorgd door: Roel Otten en Sabine Wildevuur

TWEE ZIJDEN VAN DE MEDAILLE

Eén op de vijf vrouwelijke wedstrijdsters lijdt aan een vorm van eetziekte. In sporten waar het draait om lenigheid in combinatie met een rank figuur, zoals turnen, ritmische gymnastiek en kunstrijden, kan het aantal eetstoornissen zelfs hoger liggen. Deze cijfers presenteerde prof. dr. Jorum Sundgot-Borgen uit Oslo vorige week in Amsterdam op een symposium over de zon- en de schaduwzijde van de sport.

"Talentvolle turnsters van 13 jaar moeten vaak 26 uur per week trainen. Ze leiden een geïsoleerd bestaan. Dat begint op kindermishandeling te lijken. Niet meer eten kan dan een manier zijn om aan het trainingsregime en de topsport te ontsnappen", meent Sundgot. Volgens haar zijn de meeste trainers niet in staat eetproblemen te ontdekken en te begeleiden. Dat blijkt ook niet makkelijk te zijn: "Goed getrainde atletes blijven ook als ze honger en goed uitzien en verliezen relatief weinig gewicht."

Door alleen naar prestaties te kijken, negeren sportbonden vaak het welzijn van de sporter, meent de Noorse hoogleraar. Het Noors Olympisch Comité ontwikkelde een programma om hongerende sporters tijdig op te sporen en anorexia te voorkomen; daarvoor is een half miljoen gulden uitgetrokken.

Overigens slaat de balans bij het gewicht van de gemiddelde Nederlandse vrouw naar de andere kant door: 36 procent van de Nederlandse vrouwen is te zwaar. Volgens cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek wordt de Nederlander dikker; 7 procent van onze bevolking lijdt aan vetzucht. Dat percentage neemt toe. •

ALETTA JACOBSPRIJS VOOR GUNILLA KLEIVERDA



Het College van Bestuur van de Rijksuniversiteit Groningen kent de Aletta Jacobsprijs 1998 toe aan de gynaecoloog dr. Gunilla Kleiverda. Ze krijgt de prijs voor haar inzet in de bestrijding van geweld tegen vrouwen. Vooral haar werk voor de hulpverlening aan verkrachte moslimvrouwen in het voormalige Joegoslavië maakte veel indruk op de jury.

Kleiverda gaf onder andere training aan de medische staf van het multi-etnische hulverleningscentrum voor vrouwen Medica. In 1995 verdedigde ze op de Wereldvrouwenconferentie in Beijing met verve de stelling dat seksueel geweld tegen vrouwen moet worden opgevat als een schending van de rechten van de mens. Ook maakte ze zich druk over de wereldwijde schending van reproductieve rechten van vrouwen.

In veel van haar publicaties over vrouwengezondheidszorg benadrukt de gynaecoloog dat kwalitatief goede zorg moet aansluiten bij de werkelijke behoefte van vrouwen. Medicalisering, psychologisering, trivialisering en niet onderkende averechtse effecten van nieuwe ontwikkelingen zijn terugkerende thema's in haar werk. Zo maakt ze zich er sterk voor dat de behandeling van overgangsklachten wordt losgekop-

peld van het preventief gebruik van hormonen om kwalen op latere leeftijd te voorkomen. Ook over negatieve aspecten van nieuwe voorplantingstechnieken en prenatale screening publiceerde zij regelmatig.

Kleiverda is als gynaecoloog verbonden aan het Flevo-ziekenhuis in Almere. •



foto: Piet Roorda

HYPERTENSIE REMT VROUWELIJK ORGASME



Vrouwen met een hoge bloeddruk hebben vaker moeite om tot een orgasme te komen dan vrouwen met een normale bloeddruk. Dit blijkt uit een grote studie naar de relatie tussen bloeddruk en seksualiteit, die deze week werd gepresenteerd op een bijeenkomst van de American Heart Association. Van mannen was al langer bekend dat een te hoge bloeddruk problemen geeft bij het krijgen van een erectie of zaadlozing. Dat is vaak een bijwerking van anti-hypertensiemiddelen. De studie onder vrouwen suggereert dat de hoge bloeddruk zelf, en niet de medicijnen, de oorzaak is. De onderzoekers vroegen 211 vrouwen tussen 25 en 46 jaar naar hun seksuele wensen en activiteiten. Vrouwen met een te hoge bloeddruk hadden dezelfde seksuele wensen, even frequent seksueel contact en wa-

ren net zo opgewonden als vrouwen met een gemiddelde bloeddruk. Het niveau van hun orgasmen lag echter lager, evenals het vochtgehalte in hun vagina. •

ORDE ZIET VISIE BEVESTIGD



Als alle medisch specialisten op korte termijn in dienstverband gaan werken, wordt de wachttijd tussen verwijzing door de huisarts en het eerste polikliniekbezoek langer. De toename varieert van minimaal 19 dagen (voor de gynaecologen) tot maximaal 86 dagen (voor orthopeden) en komt bovenop de al bestaande toegangstijden voor eerste polikliniekbezoeken.

Dit concludeert het Nivel in het rapport 'Gevolgen voor zorgaanbod en wachttijden door overgang van medisch specialisten van vrij beroep naar dienstver-

DE STAAT VAN DE GEZONDHEIDSZORG



De Nederlandse gezondheidszorg is over het algemeen goed toegankelijk en van voldoende kwaliteit. Internationaal gezien scoort onze gezondheidszorg uitstekend. Dat neemt niet weg dat er ook knelpunten zijn, die onder andere worden veroorzaakt door eigen bijdragen, taalproblemen, te lange wachtlijsten en complexe hulpvragen. Dit staat te lezen in het rapport 'De staat van de gezondheidszorg', dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kortgeleden aan de Tweede Kamer aanbood. Het rapport schetst de ontwikkeling van de kwaliteit en de

toegankelijkheid van de gezondheidszorg tussen 1993 en 1996. De IGZ wil iedere vier jaar zo'n rapport afleveren. Door de Kwaliteitswet zijn instellingen wel meer aandacht aan kwaliteit gaan besteden, maar er bestaat onder patiënten, zorgverleners, artsen en verzekeraars te weinig overeenstemming over wat kwaliteit precies inhoudt: artsen leggen de nadruk op methodiek en medische techniek, voor patiënten is goede informatie en samenwerking tussen hulpverleners belangrijk, terwijl zorgverzekeraars de doelmatigheid van zorg hoog in het vaandel hebben. De inspectie signaleert dat er minder aandacht is voor preventieve zorg, onder andere in de thuiszorg. Ook de toegangsbijdrage voor de gezondheidszorg voor 0- tot 4-jarigen leidt tot verminderde preventieve zorg.

IGZ-hoofdinspecteur J. Verhoeff bena-

drukte bij de presentatie van het rapport de problemen bij de zorg aan mensen met complexe hulpvragen, zoals verstandelijk gehandicapten met ernstige gedragsproblemen, mensen met aangeboren hersenletsel en drugsverslaafden in Justitie-inrichtingen. Betere samenwerking tussen de betrokken instellingen en (inter)departementale afstemming zijn in de zorg voor deze mensen noodzakelijk. De hoofdinspecteur vroeg speciale aandacht voor de groeiende groep mensen die geen zorg zoekt of durft te zoeken of zorg mijdt. Hiertoe behoren dak- en thuislozen, zwerfjongeren, verslaafden aan alcohol, illegalen en verwaarloosde ambulante psychiatrische patiënten. Bij deze groepen schiet de reguliere zorg tekort. Verhoeff vindt dat de GGD's in de zorg aan deze groep een actievere en coördinerende rol moet spelen. •

ELEKTRONISCH GLUREN VERKORT WACHTLIJST



In het Diaconessenhuis Utrecht is een proefproject gestart waarbij huisartsen op een website kunnen zien hoe lang een patiënt moet wachten op een behandeling door de specialist. Ze kunnen via Internet rechtstreeks in de agenda van de specialisten kijken en een afspraak vastleggen. Afspraken worden zo beter verdeeld, zodat de patiënt minder lang hoeft te wachten. Aan het project doen nu drie Utrechtse huisartspraktijken mee. De initiatiefnemers hopen dat meer ziekenhuizen gaan meedoen, zodat de keuze voor huisartsen groter wordt. De volgende stap is, dat de huisarts met het maken van de afspraak ook de medische gegevens van de patiënt via een besloten deel van het Internet naar de specialist stuurt. •



*Sanders (Orde):
... perceptie van de
medisch specialist
bijstellen ...*

Rectificatie

Op bladzijde 1446 van het vorig MC is een storende fout geslopen. Bij het artikel over de nieuwe voorzitters van respectievelijk LHV en Orde zijn de onderschriften van de foto's verwisseld. De voorzitters waren het over veel eens, maar ze waren beslist nog niet 'in elkaars huid gekropen'.

Onze excuses voor deze fout. Ziehier de juiste naam/gezichtcombinaties. (BC)



*Van Velzen (LHV):
... als groep doen
wat je afspreekt ...*

band'. Het onderzoeksinstituut deed het onderzoek in opdracht van het Petrus Camper Instituut, het wetenschappelijk instituut van de Orde van Medisch Specialisten.

Het Nivel onderzocht de verschillen in de tijdsbesteding tussen specialisten in dienstverband en vrijgevestigde specialisten. Beide groepen specialisten werken meer dan 50 uur per week. Hun tijdsbesteding is echter verschillend; vrije beroepers behandelen meer patiënten per uur en besteden meer uren aan patiëntenzorg dan hun collega's in dienstverband.

De effecten van een overgang naar het dienstverband op de wachttijden is door het Nivel in drie scenario's uitgewerkt.

In het eerste scenario gaan alle specialisten over naar een dienstverband en besteden ze evenveel tijd aan patiëntenzorg als de dienstverbanders nu doen. Hierdoor daalt het aantal patiënten dat kan worden geholpen afhankelijk van het specialisme met 5% tot 11%.

Het tweede scenario houdt ook rekening met een daling van het aantal patiënten per uur. Gevolg: er kunnen nog eens 2% minder patiënten worden behandeld, na een jaar zal de extra wachttijd voor de

meeste specialismen met een week zijn gestegen.

In het derde scenario, waarin alle specialisten ook nog eens maximaal 48 uur werken, kunnen tussen de 10% en 19% minder patiënten worden geholpen dan nu het geval is. Voor de oogarts loopt de wachttijd dan op tot 40 dagen, voor de orthopeed tot 86 dagen.

De Orde van Medisch Specialisten ziet in het onderzoek haar stelling bevestigd dat het voortbestaan van het vrije beroep vooralsnog onontbeerlijk is voor een goede toegankelijkheid van medisch-specialistische zorg. •

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT
BEVORDERING DER GENEESKUNST
TEL. 030 - 2823911

MC

Redactie

B.V.M. Crul, huisarts, *hoofdredeacteur*
R.A. te Velde, *eindredeacteur*
mw. drs. W.G. Juffermans, *redacteur*
mw. C.R. van der Sluijs, *redacteur*
drs. R.N. Otten, *redacteur-verslaggever*
mw. drs. S.E. Wildevuur, *redacteur-*
verslaggever
mw. C.M. Schouten, *secretaresse*
mw. M.M. Stolp, *secretaresse*

Redactieadres Postadres
Lomanlaan 103 Postbus 20052
Utrecht 3502 LB Utrecht
telefoon 030-2823384
e-mail: redactie@mc.knmg.nl

Raad van Advies Medisch Contact

dr. C.J. Jonkman, *vice-voorzitter*
dr. R.J.E.A. Höppener, *secretaris*
dr. H.W.M. Anten, *penningmeester*
mw. dr. C. Vermeulen-Meiners
Secretariaat
Postbus 690
2900 AR Capelle a/d IJssel
Adviseurs namens het
hoofdbestuur der KNMG:
mw. U. Roschar-Pel
Th.M.G. van Berkestijn

Ontwerp & prepress:

DTP-studio Diap v.o.f., Dieren

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten voor een abonnement f 209,50 (inclusief BTW); België Bfr. 3864,- (incl. BTW); buitenland f 340,- (incl. verzendtoeslag); studenten-niet-KNMG-leden f 82,50; losse nummers: f 13,50.

Abonnementen & Ledenservice

Elsevier bedrijfsinformatie bv
Planetenbaan 100, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon 0346-558238
(mw. A. van de Meent- van den Ham)
telefax 0346-554287

Advertenties

- Elsevier bedrijfsinformatie bv
Planetenbaan 100, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
Telefoon: 0346-558222/fax: 0346-554287
Advertenties: J. W. Heus
 - Verkoop personeelsadvertenties en
verkoopnabewerking: mw. M. Nadorp
Telefoon: 0346-558245/fax: 0346-554287
 - Verkoopleider: G.Th. van den Brink,
tel. 0346-558285
- Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen geweigerd worden.

Druk

Tijl Offset, Zwolle

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoordelijk verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De besturen van de KNMG en de beroepsverenigingen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk. Medisch Contact wordt door Elsevier bedrijfsinformatie bv in licentie uitgegeven voor de KNMG. © 1997, KNMG

Foto omslag: Loek Zuyderduin, Voorschoten



Lid Nederlandse organisatie van
Tijdschrift-Uitgevers (NOTU)

IN CONTACT

Plaatsen van bijdragen in de rubriek 'In Contact' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen wordt schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

Zwanger in de opleiding tot specialist

A NVANKELIJK een zeldzaam verschijnsel, nu nog iets bijzonders en in de nabije toekomst een gewoon fenomeen: een zwangere arts (agio) op de ziekenhuiswerk-vloer. Een direct gevolg van de macht van het getal: een toename van vrouwelijke medische studenten (meer dan 60% van het totaal) heeft als gevolg meer vrouwelijke agio's en leidt tenslotte tot een groter aantal vrouwelijke specialisten. In deze twee laatste groepen zal naar alle waarschijnlijkheid ook een (groot) aantal zwangerschappen ontstaan. In zijn hoofdredactioneel commentaar in MC nr. 29-30/1997, blz. 907, verwijst Spreeuwenberg naar het rapport van de Commissie Positie Vrouwelijke Artsen. Het rapport geeft een helder overzicht van de problematiek rond zwangerschaps- en ouder-schapsverlof bij agio's. Bijna tweederde van de zwangere assistenten geeft aan ontevreden te zijn over de periode van zwangerschapsverlof. Slechts in 30% is er vervanging geregeld, in de overige gevallen wordt het werk verdeeld over de andere collega's. Vooral mannelijke collega's blijken er moeite mee te hebben dat ze kunnen opdraaien voor de diensten van zwangere collega's.

In zijn commentaar haalt Spreeuwenberg onder andere het verschil in tijdsbesteding aan rond de zorg voor eigen kinderen. Vrouwelijke agio's besteden veel meer uren aan de zorg voor kinderen, terwijl de uren besteed aan werk en aan huishoudelijke taken tamelijk gelijk verdeeld zijn over mannen en vrouwen.

De Vereniging Nederlandse Vrouwelijke Artsen vindt dat het hoog tijd wordt dat de in het rapport gesignaleerde problemen worden opgelost. Zij is van mening dat de werkgevers ervoor dienen te zorgen dat in het geval van zwangerschap tijdens de opleiding tot specialist adequate vervanging wordt geregeld. Een van de mogelijkheden is het creëren van een pool van agio's die invallen tijdens zwangerschapsverlofperiodes, maar ook tijdens ouder-schapsverlofperiodes van zowel mannelijke als vrouwelijke agio's.

Daarnaast dient bij de inrichting van de specialistenopleidingen en in de regelgeving rond de opleidingseisen rekening te worden gehouden met het gegeven dat zowel vrouwen als mannen ook tijdens hun opleiding zorgtaken te vervullen hebben. Gedurende tenminste een deel van de opleiding parttime werken, is nu

nog iets dat bij uitzondering geschiedt in de meeste specialistenopleidingen. Het zou ons inziens logisch zijn dat dit eerder regel wordt dan uitzondering. De tijd waarin de meeste mannen en vrouwen hun specialisatie voltooiën is nu eenmaal ook de tijd waarin het volgens de 'deskundigen' het verstandigste is om kinderen te krijgen als er kinderwens bestaat. •

Utrecht, oktober 1997

Marij Ebeling,
Aafke de Groot,
Henriëtte van der Horst,
Commissie Binnenland van de Vereniging
Nederlandse Vrouwelijke Artsen

Cervixscreening

M ET INTERESSE las ik het artikel over het project 'Preventie: maatwerk', dat programmatische preventie van influenza en baarmoederhalskanker in de huisartspraktijk ondersteunt (MC nr. 43/1997, blz. 1346). Maar ook las ik het met enige zorg met betrekking tot de preventie van baarmoederhalskanker. Het riep bij mij de volgende vragen op:

- Waarom reageert iemand wel op de oproep van haar huisarts, en niet op die van de GGD, sterker nog, op een herhalingsoproep?
- Waarin zit het extra effect dat een brief van de eigen huisarts heeft? Is dat extra vertrouwen, of brengt zo'n brief een element van controle in verhouding tussen huisarts en patiënt?

Het is bekend dat bij bevolkingsonderzoeken op kanker bij veel patiënten angst voor kanker ontstaat. Het is de vraag of een oproep van de eigen huisarts deze angst niet juist versterkt. Dit zou het effect op de hogere opkomst kunnen verklaren. Is dit een effect dat wij nastreven?

Een herhalingsoproep zal bedoeld zijn om juist een eventueel weggeraakte of vergeten oproep te corrigeren. Hebben mensen het recht om de oproep bij het oud papier te leggen? Ondernemen we met een herhalingsoproep niet de eigen verantwoordelijkheid? De eerste oproep is strikt genomen al een herinnering: de meeste vrouwen weten vijf jaar van tevoren al in welk jaar er een uitstrijkje moet worden gedaan.

Vanuit kankerbestrijders- en preventiefreaks-oogpunt zijn de responscijfers veelbelovend met betrekking tot het oproepen, vooral de herhalingsoproep, door de huisarts. En als alleen de cijfers tellen, zou iedere huisarts hiertoe moeten overgaan.

Zolang ik geen antwoord heb op bovenstaande vragen, zal ik niet zelf oproepen voor cervixscreening. •

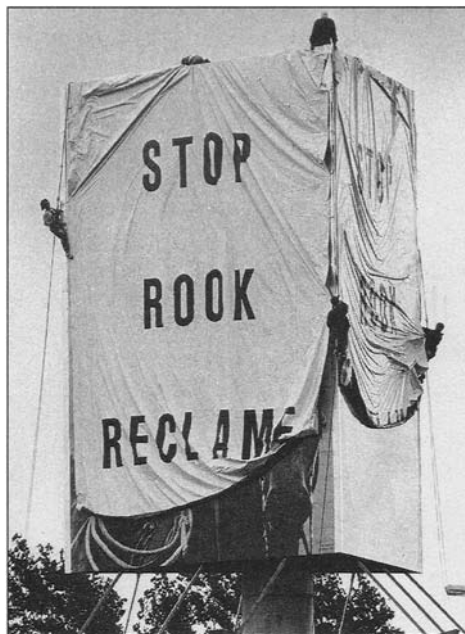
Gameren, oktober 1997

Chris de Ridder, huisarts

Tien jaar geleden stond ik in Leiden samen met de longarts Franken aan de basis van de inpakactie van een 26 meter hoge zuil met tabaksreclame. Omgeven door een groot aantal meeprotesterende witgejaste artsen en verpleegkundigen lukte het om de rokende cowboy een aantal dagen aan het gezicht te onttrekken. De reden dat juist artsen toentertijd actie voerden, was dat zij de overheid een lakse houding verweten in haar bestrijding van het roken. Volgens hen had de overheid een taak in het beschermen van de volksgezondheid.

Vele artsen vonden het toen al 'dweilen met de kraan open': aan de ene kant behandelden zij de medische gevolgen van het roken en raadden zij patiënten aan om het roken te staken, terwijl aan de andere kant op elke straathoek de door de overheid getolereerde en 'geïncasseerde' zegeningen van het roken breeduit werden geëtaleerd. In 1987 was al bekend dat jaarlijks 18.000 Nederlanders overleden aan de gevolgen van roken. In datzelfde jaar spendeerde de tabaksindustrie in Nederland 140 miljoen gulden aan reclame. Ondanks het feit dat in haar beleidsnotities was neergelegd dat het aantal rokers in het jaar 2000 moest zijn gehalveerd, bleef de overheid in haar nieuwe Tabakswet van 1987 uitgaan van reclame-zelfregulering door de tabaksindustrie. Economische Zaken had het gewonnen van Volksgezondheid en tot mei 1999 zitten we aan een tabaksreclamecode van de industrie vast. Af en toe een beetje bijgesteld en veel getraineed, hetgeen ik ook zou doen als ik sigarettenfabrikant was. Al die tijd heeft Nederland de uit gezondheidsoogpunt twijfelachtige eer gehad om samen met (Majors) Groot-Brittannië, Duitsland en Denemarken het Europese verbod op tabaksreclame tegen te houden. Er komt echter binnenkort een herkansing.

Wat is er de afgelopen tien jaar van de zelfregulering in Nederland terechtgekomen en zijn er andere nieuwe 'rokende' feiten aan het licht gekomen? Ik dacht het wel en als arts verontrust dat mij zeer. De uitgaven voor tabaksreclame van de zelfregulerende industrie zijn aangetrokken tot 250 miljoen gulden per jaar. Niet alleen de directe maar ook de verdeckte reclame is in opkomst. Sommige sporten en culturele evenementen zijn ook 'verslaafd' geraakt en financieel totaal afhankelijk geworden van de inkomsten uit de tabaksindustrie.



Het aantal doden ten gevolge van het roken is in Nederland volgens dezelfde berekeningsmethode van 1987 gestegen naar 30.000 per jaar. Uit epidemiologische gegevens weten we inmiddels dat van elke twee teenagers die gaan roken en daarmee door-

Ben V.M. Crul

gaan, er eentje vóór de middelbare leeftijd aan zal overlijden,¹ en dat de effecten op de gezondheid van het meerroken veel groter zijn dan werd vermoed. Ook weten we dat de lijst van ziektes waarbij het roken een belangrijke oorzakelijke factor is alleen maar langer is geworden: van wiegendood tot astma, van osteoporose tot veroudering van de huid en van hartinfarct tot CVA.¹ Wat mij extra verontrust is dat het Nederlands Huisartsen Genootschap in zijn herziene versie van de Standaard Hypertensie het opsporen van hoge bloeddruk niet adviseert bij rokers.² Alhoewel wordt toegegeven dat roken behoort tot één van de risicofactoren waarbij de bloeddruk gemeten zou moeten worden en wordt toegegeven dat het staken van roken meer gezondheidswinst oplevert dan de behandeling van hypertensie, worden rokers om puur logistieke redenen daarvan uitgesloten. Een derde van de bevolking rookt en dat zou thans een te grote belasting van de huisartsenpraktijk betekenen. Alhoewel een wat uitvoerbaarheid betreft begrijpelijke stellingname, vindt ik haar inhoudelijk fout. Een medisch rookgordijn wordt opgetrokken en het gemakzuchtig bagatelliseren van de voornaamste risicofactor van hart- en vaatziekten ligt op de loer.

Hoe staat het met de primaire preventie de afgelopen tien jaar? Het aantal rokende jongeren, de groep die de uitstervende afnemers moet vervangen, stijgt tot tevredenheid van de tabaksindustrie weer. Dat zeggen ze wel niet hardop, maar sinds de recente onderzoeken in de Verenigde Staten en het daarbij vrijgekomen bewijsmateriaal is dat niet meer vol te houden. De tabaksindustrie heeft ons lang proberen voor te houden dat hun wereldwijde miljardenuitgaven aan reclame uitsluitend waren bedoeld om rokers van merk te laten veranderen. Geen markt is echter zo stabiel en trouw gebleken als die van de sigaret. Daarbij zouden dus miljoenen worden uitgegeven om zichzelf te beconcurreren; de totale markt wordt namelijk door nog geen handvol fabrikanten beheerst. Ook zou de reclame niet op minderjarigen zijn gericht. Ik zie wat anders. Verder zou het verbieden van tabaksreclame mensen juist aanzetten tot roken. Als dat laatste waar zou zijn, snapt mijn boerenverstand niet waarom ze dan zo heftig strijden voor het behoud van hun reclame.

Inmiddels zijn door de in Europees en mondiaal verband georganiseerde kankerbestrijdingsorganisaties de nieuwste cijfers over het effect van het beëindigen van rookreclame vrijgegeven.³ In vier landen waarin vanaf 1975 (Noorwegen) tot 1993 (Frankrijk) de tabaksreclame werd verboden, daalde de sigarettenconsumptie tussen de 14% en 37%. In drie van de vier landen daalde ook het gebruik onder jongeren. *Een reclameverbod gekoppeld aan een geïntegreerd tabaksontmoedigingsbeleid blijkt effectief.*

Op 4 december komen in Brussel de ministers voor Volksgezondheid bijeen om over de richtlijn inzake tabaksreclamebeperking te stemmen. Groot-Brittannië, met Blair, lijkt om. Een belangrijk tegensputterend land is Nederland. Vandaag, 21 november, besluit de ministerraad over het mandaat voor minister Borst. Als het kabinet nu zijn fout van tien jaar geleden niet herstelt, schiet het in zijn volksgezondheidstaak schandelijk tekort. •

Referenties

1. Richard Doll. 'De meeste kankers zijn pech'. NRC Handelsblad 15 november 1997.
2. NHG-Standaard Hypertensie (eerste herziening). Huisarts Wet 1997; 40 (12): 598-617.
3. International Union Against Cancer. The effectiveness of banning advertising for tobacco products. Oktober 1997.

• K N M G • L H V • O r d e • L A D • L V S G •

Wisseling van de wacht

BESTE Floris, Nog eenmaal na de voorzitterswisseling mag ik meewerken aan de voorzitterscolumn in Medisch Contact. Waar heb ik het de afgelopen twee jaar over gehad op deze pagina? Heel erg vaak over het vrije beroep, de wet, onze positie. Te weinig ging het over de *inhoud* van ons vak. De politieke actualiteit dwong ons vaak tot reactie, waar we juist pro-actief wilden zijn. Wellicht is dat laatste met het sluiten van het Convenant toch een beetje gelukt. Na de witte rook rondom de fusie van de oude verenigingen in de Orde en het optrekken van de kruitdampen vlak voor het sluiten van het Convenant, komt er misschien toch weer meer zicht op de inhoud van ons vak.

Misschien kun jij ervoor zorgen dat er dan ook meer zichtbare aandacht komt voor het kwaliteitsbeleid van de Orde, waar we achter de schermen al jaren in investeren. Een investering overigens die we ook van de overheid proberen los te krijgen. Als je de vijf- à zeshonderd richtlijnen die de medisch-specialistische geneeskunde kent op dezelfde wijze zou laten uitwerken als de huisartsen hun standaarden hebben opgetuigd en als je de specialistische geneeskunde een blijvende kwaliteitsimpuls wilt geven, vergelijkbaar met de huisartsgeneeskunde, dan is een bedrag van zo'n 20 miljoen op jaarbasis nodig. Peanuts eigenlijk als je het als percentage uitdrukt van de totale bestedingen op het terrein van de medisch-specialistische geneeskunde binnen het JOZ. Dan praten we over hooguit een promille.

Kwaliteitsbeleid betreft niet alleen het vakmatig functioneren, maar ook het investeren in organisatorische aspecten zoals managementparticipatie, staf- en maatschapsorganisatie, regiobeleid en het opstellen van een medisch beleidsplan, ergo het investeren in het medisch-specialistisch bedrijf. Mijns inziens moet je inzetten op een investering van tenminste een procent van het totale ziekenhuisbudget.

Ten slotte nog eenmaal de tragische, onbedoelde en onnodige controverse tussen vrij beroep en dienstverband. Door vaste budgetten en productie-

afspraken te accepteren, zijn we in feite een derde weg ingeslagen. Het is aan jou om deze weg verder uit te zetten en te plaveien. Wanneer je dit traject verder kunt onderbouwen met de producttypering, waarin jij als geen ander deskundig bent, zal het onderscheid tussen dienstverband en vrij beroep nog meer van zijn scherpte verliezen.

Ik wens je alle sterkte toe, maar ook net zoveel plezier als ik er zelf - ondanks alle strijd - in heb gehad.

Herre

prof.dr. J. Herre Kingma
en F.B.M. Sanders

Beste Herre, Terecht vestig je de aandacht op het kwaliteitsbeleid van de Orde: ons eerste doel is immers "een kwalitatief goede en toegankelijke specialistische gezondheidszorg te bevorderen". Formidabele inspanningen worden door tal van wetenschappelijke verenigingen geleverd om een goed afgestemd aanbod van bij- en nascholing voor hun leden te realiseren en om visitatiemodellen te ontwikkelen.

Jij schrijft over standaarden, protocollen en richtlijnen. Natuurlijk, die moeten er komen. Maar de patiënt, onze opdrachtgever, hoe ervaart die de door ons geboden kwaliteit? Het medisch-inhoudelijke aspect zal hij doorgaans onvoldoende kunnen beoordelen. Wij zullen in formulering en toetsing hiervan onze eigen verantwoordelijkheid moeten nemen. Maar over de *bejegening* door de dokter, de kwaliteit van de geboden informatie en de wachttijden zal de patiënt wel een oordeel hebben. Steeds meer wordt de patiënt: hij die lijdende wacht. De principiële politieke stellingname tegen een tweedeling in de zorg onderschrijf ik van harte. Maar als solidariteit betekent dat iedere zorgvrager (te) lang moet wachten op noodzakelijke zorg, is dat geen reëel alternatief.

In dit kader wordt de doelmatigheid van onze medisch-specialistische zorg ter discussie gesteld. Laten wij die hand schoen opnemen en via producttypering definiëren wat up-to-date en doelmatig

handelen bij een bepaalde hulpvraag is en hoeveel specialistentijd en middelen daarbij moeten worden ingezet. Laten wij onderzoeken of wij onszelf - al is dat een relatieve maat - in internationaal perspectief kunnen positioneren. Ik heb veel vertrouwen in de goede afloop van zo'n onderzoek.

Voor wat betreft het laatste onderwerp van je brief: laat er geen misverstand over bestaan dat ook ik geen intrinsieke meerwaarde toeken aan het zelfstandig ondernemerschap of aan het dienstverband voor de medisch specialist. Het is immers van de persoon en de omstandigheden afhankelijk wat als het meest 'passend' wordt ervaren. Arts én patiënt hebben er baat bij dat de arts-hulpverlener kan functioneren onder die omstandigheden waarin hij het best tot zijn recht komt. De Orde wil een brede en pluriforme beweging zijn van en voor alle medisch specialisten in Nederland. Een groeiend deel van onze achterban kiest bewust voor een dienstverband, maar dan wel met alle bijbehorende primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden. Daarom zullen wij dat 'ideale dienstverband' verder gestalte geven, waar mogelijk in samenwerking en overleg met de LAD.

Ten slotte: op 6 november 1997 hebben de leden van de Orde afscheid genomen van hun eerste voorzitter. Je verdienst voor de medisch specialisten in Nederland zijn groot geweest: je hebt aan de basis gestaan van de totstandkoming van die ene organisatie voor medisch-specialistische gezondheidszorg. Jouw niet aflatende inspanningen hebben er mede toe geleid dat er enige politieke appreciatie is ontstaan voor de betekenis van de medisch specialist - ook als ondernemer - in de Nederlandse gezondheidszorg. Mede daardoor is het Convenant medisch-specialistische zorg mogelijk geworden. Weinigen zullen beseffen hoeveel je betrokkenheid bij de specialistische zaak jou en vooral de jouwen moet hebben gekost. Namens alle leden van de Orde wil ik daarvoor - nogmaals - mijn grote waardering uitspreken! •

Floris

De opleidingen geneeskunde en gezondheidswetenschappen:

Alle vijftien goed

Visitatierapport 1997

Hoe staat het ervoor met de opleidingen geneeskunde en gezondheidswetenschappen in ons land? Een commissie visiteerde dit jaar 15 opleidingen aan 8 universiteiten, en oordeelde. In vergelijking met het vorige visitatierapport uit 1992 is het onderwijs verbeterd, maar een optimale kwaliteit is niet bereikt.

Sabine E. Wildevuur

HOE WORDT MIJN universiteit beoordeeld, naar welke medische faculteit moet mijn dochter, en heeft mijn aio de beste opleiding genoten? De visitatiecommissie geneeskunde en gezondheidswetenschappen nam tussen februari en juni 1997 een kijkje in de keukens waar de toekomstige artsen en gezondheidswetenschappers worden klaargestoomd. Ook medische biologie, bewegingswetenschappen en medische informatiekunde zijn aan een inspectie onderworpen. Deze zijn alle ondergebracht onder de noemer gezondheidswetenschappen.

Alle plussen en minnen van de onderwijscurricula opgeteld, leveren "alle onderzochte opleidingen geneeskunde artsen op die met vertrouwen tot de medische praktijk kunnen worden toegelaten. Alle onderzochte opleidingen gezondheidswetenschappen leveren gezondheidswetenschappers af die een gekwalificeerde wetenschappelijke opleiding hebben voltooid en die goed toegerust de arbeidsmarkt kunnen betreden", stelt de voorzitter van de commissie, prof. dr. G.B.A. Stoelinga. Hij is één van de leden van de 7-koppige commissie, waarin ook een co-assistent zitting heeft. Sinds de vorige visitatie in 1991/1992 hebben meerdere faculteiten hun curriculum bijgesteld op grond van de beoordelingen van destijds. Het onderwijs is over de hele linie verbeterd, maar er zijn opleidingen die achterblijven. Voor een volgende visitatieronde verwacht de commissie verdere verbeteringen.

Nieuwe curricula

Naar aanleiding van de bezoeken aan de opleidingen heeft de commissie specifieke kanttekeningen gemaakt over: de onder-



wijsstructuur en de positie van de opleidingscommissie, de wetenschappelijke vorming, de man-vrouwverhouding binnen de faculteit, de opzet en de inhoud van de klinische fase, en onderwijs en toetsing van de algemene eindtermen.

Bijna iedere opleiding heeft óf een nieuw curriculum ingevoerd óf is bezig er een in te voeren óf heeft daartoe de intentie. In vrijwel ieder nieuw curriculum wordt de verantwoordelijkheid voor een succesvolle afronding meer bij de student neergelegd. De commissie stuurt aan op zelfwerkzaamheid. Tijdens de vorige visitatieronde concludeerde de commissie dat de verhouding tussen onderzoek en onderwijs binnen de faculteiten onevenwichtig was. Zij juicht de trend toe om het onderwijs onder te brengen in een onderwijsinstituut dat verantwoordelijk is voor het onderwijs van alle opleidingen. De commissie pleit voor een intensivering van het contact tussen faculteitsbestuur en Raad van Bestuur Academisch Ziekenhuis: "De werkplaatsfunctie van het academisch ziekenhuis kan zo beter worden afgestemd op de behoeften van de faculteit ten aanzien van zijn verantwoordelijkheid voor het onderwijs."

Werken aan wetenschap en vrouwen

Is voor de opleiding tot arts überhaupt een academische opleiding nodig? De commis-

sie stelt deze vraag niet ter discussie. Wél vindt zij dat aan de wetenschappelijke vorming van de student te weinig aandacht wordt besteed. Dit geldt met name voor de opleiding geneeskunde, en in mindere mate voor de gezondheidswetenschappen.

Het niveau van de stage en het schrijven van een stageverslag moeten worden opgekrikt, stelt de commissie. Deze aanbeveling wordt afgezwakt door de opmerking dat de opleidingen zich moeten realiseren dat wetenschappelijke vorming meer is dan het lopen van een stage en het schrijven van een stageverslag.

Er moet hoognodig worden gewerkt aan een evenwichtiger verhouding tussen vrouwen en mannen in de wetenschappelijke staf van de medische faculteiten en academische ziekenhuizen. Wat betreft het aantal vrouwen in de staf schieten alle faculteiten tekort. De Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) springt er in negatieve zin uit: het aantal vrouwen in de staf is beneden alle maat.

De commissie komt met een aantal aanbevelingen om de verhouding recht te trekken. Er moet een specifiek beleid komen om meer vrouwelijke hoogleraren en U(H)D's aan te stellen. Het werken in deeltijd en herintreden moeten worden gestimuleerd. Bij de samenstelling van beleids- en onderwijscommissies moet de verhouding man-vrouw in de gaten worden gehouden. ■

Tabel 1. Geneeskunde: het programma.

	EUR	KUN	RUG	RUL	UM	UU	UvA	VUA
de noodzakelijke basisvakken	-	v	-/v	-	v	-	v	v
selectieve functie propedeuse	v	v	v	v	v	v	v	v
oriënterende functie propedeuse	v	v	v	-	v	-	v	v
interne samenhang programma	-	v	v	-	v	-	v	v
evenwichtigheid qua diepte/breedte	v	v	v	v	v	v	v	v
evenwichtigheid qua vaste/keuzecomponent	v	v	v	--	v	--	-	-
niveau van het verplichte deel	v	v	v	v	v	v	v	v
inhoudelijke afstemming van de vooropleiding op de behoeften	v	v	v	v	v	v	v	v
aansluiting bij nieuwe ontwikkelingen op het vakgebied	v	v	v	v	v	v	v	v
-- = voldoet geheel niet, actie noodzakelijk; - = voldoet niet (geheel), verbetering gewenst; v = voldoet aan de verwachtingen; + = onderscheidt zich duidelijk positief van de andere opleidingen								

Tabel 2. Geneeskunde: vaardigheden.

	EUR	KUN	RUG	RUL	UM	UU	UvA	VUA
aandacht voor schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden	-	-	v	-	-	-	-	-/v
aandacht voor mondelinge uitdrukkingsvaardigheden	-	+	+	-	+	-	v	v
aandacht voor computervaardigheden	v	-	v	v	v	-	-	+
aandacht voor vaardigheden tot samenwerken met andere disciplines	v	+	+	v	+	v	v	v
aandacht voor het bevorderen van het probleemoplossend vermogen	-	+	+	-	+	--	v	v
aandacht voor het onafhankelijk en kritisch denken	v	v	v	v	v	v	v	v
aandacht voor praktische handvaardigheden	v	v	v	-	v	-	v	v
aandacht voor het zelfstandig leren en werken	-	v	v	-	v	-	v	v
aandacht voor het leren omgaan met patiënten	v	+	+	-	v	-	+	+
aandacht voor permanente bijscholing	v	v	v	-	v	v	v	v
-- = voldoet geheel niet, actie noodzakelijk; - = voldoet niet (geheel), verbetering gewenst; v = voldoet aan de verwachtingen; + = onderscheidt zich duidelijk positief van de andere opleidingen								

Een saillant detail: de man-vrouwverhouding in de visitatiecommissie 1997 is 5:2.

Attitudevorming

In alle curricula is ruimte gemaakt voor onderwijs dat is gericht op het bereiken van de algemene eindtermen, geformuleerd in het Raamplan 1994. De toekomstige arts moet tijdens zijn studie niet alleen kennis en vaardigheden hebben opgedaan, maar ook een attitude hebben ontwikkeld. Het aanleren van communicatieve vaardigheden, maar ook medische ethiek en gezondheidseconomie hebben een plek in de opleiding gekregen. De commissie stelt zich de vraag of er een eensluidende attitude van de arts bestaat. Het antwoord is een hartgrondig 'nee'. "Duidelijk is dat 'attitude' geen waarde vrij begrip is en dat het in de loop van de jaren een andere inhoud kan gaan krijgen." Attitude-onderwijs mag volgens de commissie niet alleen worden overgelaten aan gedragswetenschappers, maar moet ook in een klinische context worden gegeven. De commissie pleit ervoor dat de attitude van de student ook tijdens de co-schappen moet worden geobserveerd, en het oordeel moet deel uitmaken van het artsexamen.

Een scherpe scheiding tussen theorie en praktijk, zoals vroeger het geval was bij geneeskunde, is niet meer gewenst, oordeelt de visitatiecommissie. De meeste faculteiten hebben deze wens al ingevoerd in hun onderwijsprogramma's. In de meeste curricula zijn praktijkgerichte onderwerpen geïntegreerd in alle studie jaren. De commissie hecht belang aan een goede invulling van de klinische fase. Zij meent echter dat het bereikte eindniveau van de individuele student te veel afhangt van eigen inzet en omstandigheden. "De co-assistentenschapsfase is een periode van onderwijs en niet alleen een meeloperperiode. De structuur van de klinische fase moet hierop worden aangepast."

Brugfunctie

Met betrekking tot de opzet en de inhoud van de opleidingen gezondheidswetenschappen pleit de commissie voor het formuleren van eindtermen, zoals bij geneeskunde al het geval is. De commissie waarschuwt: "De gezondheidswetenschapper bevindt zich op het snijvlak van twee of meer disciplines." Zij noemt dit enerzijds de kracht: "Hij kan een brugfunctie vervullen tussen de geneeskundige praktijk en een

groot aantal andere vakgebieden." Anderzijds dreigt echter het gevaar van "onvoldoende wetenschappelijke diepgang". "Hoewel bij gezondheidswetenschappen integratie van inzicht en kennis centraal staat, is de kans aanwezig dat van al deze vakgebieden onvoldoende kennis wordt opgenomen en dat in de latere beroepsuitoefening de all-round gezondheidswetenschapper het zal moeten afleggen tegen de meer gespecialiseerde opgeleide academicus." De commissie is er niet van overtuigd dat voor de beroepsuitoefening van alle afstudeerrichtingen gezondheidswetenschappen een academische opleiding vereist is. Het academisch bestaansrecht is pas bewezen als een deel van de afgestudeerden doorstroomt naar leidinggevende functies waarbij een wetenschappelijke wijze van werken wordt gevraagd. Een deel van de opleiding bestaat te kort om aan deze eis van de commissie te voldoen, luidt het oordeel in het rapport.

Totaalscore

De visitatiecommissie heeft het niet aangeraden om opties te stellen van de opleidingen geneeskunde en gezondheids-

Tabel 3. Geneeskunde: studeerbaarheid.

	EUR	KUN	RUG	RUL	UM	UU	UvA	VUA
overeenstemming geprogrammeerde en reële studielast in propedeuse	-	v	v	v	v	-	v	v
overeenstemming geprogrammeerde en reële studielast in doctoraal	v	v	v	v	v	-	v	v
overeenstemming geprogrammeerde en reële studielast in co-schappen	v	v	v	v	v	v	v	v
verhouding co-schappen AZ-affiliatie	v	v	nvt*	v	v	v	v	v
relatie co-schappen en eindtermen	v	v	v	v	v	v	v	
verhouding verplichte en keuze co-schappen	v	v	v	--	v	v	v	v
studeerbaarheid in co-schappen	v	v	v	v	v	v	v	v
kwaliteitsbewaking van co-schappen	-	v	v	-	v	-	-	-
kwaliteit van de toetsing van de co-schappen	-	v	v	-	-	-	-	-
wachttijden	v	-	-	-	+	v	+	v
studeerbaarheid van het totale programma	v	v	+	v	+	-	+	v
studievoorlichting aan VWO-abituriënten	v	v	v	v	v	v	v	v
voorlichting en advisering tijdens de studie	v	v	v	v	v	v	v	v
duidelijkheid en overzichtelijkheid studiegids	v	v	v	v	+	v	+	+
studiebegeleiding	v	v	v	v	+	v	+	v
-- = voldoet geheel niet, actie noodzakelijk; - = voldoet niet (geheel), verbetering gewenst; v = voldoet aan de verwachtingen; + = onderscheidt zich duidelijk positief van de andere opleidingen								
* Bij de RUG loopt de helft van de co-assistenten de voltallige co-assistentenschappen in één affiliatieziekenhuis.								

Tabel 4. Gezondheidswetenschappen: rendementen en studieduur.

	EUR	KUN	RUG	RUL	UM	UU	UvA	VUA
ontwikkeling van studentenaantallen	v	v	nvt*	v	-/v	v	-/v	v
propedeuserendement	-	v	nvt*	v	v	v	v	-
postpropedeuserendement	v	v	nvt*	v	-/v	v	v	v
gemiddelde studieduur	-	v	nvt*	v	-/v	-	v	-
-- = voldoet geheel niet, actie noodzakelijk; - = voldoet niet (geheel), verbetering gewenst; v = voldoet aan de verwachtingen; + = onderscheidt zich duidelijk positief van de andere opleidingen								
* De RUG heeft geen opleiding gezondheidswetenschappen.								

wetenschappen. De aard en de zwaarte van de verschillende beoordeelde onderdelen lopen daarvoor te veel uiteen. Wél is een tiental onderdelen per opleiding en faculteit apart geturfd.

De programma's van de faculteiten geneeskunde voldoen over het algemeen aan de verwachtingen (tabel 1). De Rijksuniversiteit Leiden (RUL) en de Universiteit Utrecht (UU) scoren echter beneden niveau op het punt evenwichtigheid qua vaste/keuzecomponent.

Een gevarieerder beeld geeft het overzicht over de aandacht voor het aanleren van bepaalde vaardigheden (tabel 2); met name de RUL en UU dienen op een aantal punten verbetering aan te brengen.

Wat betreft de gemiddelde studieduur van de opleiding geneeskunde springt de Universiteit Maastricht (UM) er als enige positief uit, de rest van de faculteiten voldoet aan de verwachtingen. Die voorsprong heeft schijnbaar geen invloed op het eindniveau van de opleiding, en op de aansluiting op de arbeidsmarkt en de vooruitzichten op werk. Alle medische faculteiten voldoen op dat punt aan de verwachtingen.

Studeerbaarheid

Op het terrein van internationalisering scoort de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) hoog op zowel het beleid als op de omvang en de aard van de activiteiten, het internationaliseringsbeleid van de RUL is aan verbetering toe, de UU voldoet over de gehele linie niet aan de eisen die aan het onderdeel 'internationalisering' worden gesteld.

Maar liefst drie faculteiten hebben de aanbevelingen van de voorgaande visitatiecommissie (nog) niet ter harte genomen. De EUR, de RUL en de UU moeten actie ondernemen. De Katholieke Universiteit Nijmegen (KUN) en de RUG onderscheiden zich op dit punt positief.

Wie de tabel 'geneeskunde: studeerbaarheid' beziet (tabel 3), krijgt enigszins een overzicht van hoe het met de verschillende medische faculteiten is gesteld. De UM en de Universiteit van Amsterdam (UvA) onderscheiden zich op exact de vier zelfde punten van de rest: de wachttijden, de studeerbaarheid van het totale programma, de duidelijkheid en overzichtelijkheid van de studiegids en de studiebegeleiding. Ook de RUG kreeg een positieve beoordeling voor

de studeerbaarheid van het totale programma, de Vrije Universiteit Amsterdam (VUA) voor de duidelijkheid en overzichtelijkheid van de studiegids.

Gezondheidswetenschappen

Op het gebied van rendement en studieduur van de opleiding piekt geen van de opleidingen gezondheidswetenschappen (tabel 4). Wat betreft het programma van gezondheidswetenschappen komt de KUN als beste uit de bus: de evenwichtigheid qua diepte/breedte, en de evenwichtigheid qua vaste/keuzecomponent scoren boven gemiddeld. Op dat laatste punt scoort ook de UM hoog. De VUA springt eruit op het punt van interne samenhang van het programma. De RUL komt er bekaaid af: zowel de oriënterende functie van de propedeuse als de evenwichtigheid qua diepte/breedte en qua vaste/keuzecomponent stemde de commissieleden niet tevreden, verbetering is gewenst.

De aandacht voor het aanleren van bepaalde vaardigheden tijdens de opleiding gezondheidswetenschappen is over de gehele linie naar verwachting. Alleen de faculteiten in Nijmegen en Utrecht moeten nog schaven aan de computervaardigheden. Op een ander punt maakt Nijmegen dat minpunt weer goed: zowel de aandacht voor mondelinge uitdrukkingsvaardigheden als die voor het bevorderen van probleemoplossend vermogen is positief ten opzichte van andere universiteiten. Twee punten waarop ook de UM boven gemiddeld scoort.

Op het onderdeel 'afgestudeerden en arbeidsmarkt' doen de RUL en de UU het net iets beter dan de rest: het eindniveau van de opleiding onderscheidt zich in positieve zin van de andere faculteiten. •

Zorgverzekeraars staan voor de keuze: onderhandelen met ziekenhuis of met verzekerde

Schipperen zonder loods tussen maatschappelijk ondernemen en marktwerking

Ans Ankoné

Zorgverzekeraars vinden het overheidsbeleid "tegendraads en schizoïde". De afhankelijkheid van wisselend overheidsdirigisme begint ze danig op te breken. In het zicht van volledige budgettering trekken zorgverzekeraars hun eigen plan. Het maatschappelijk ondernemerschap dat de overheid verwacht, spreekt hun echter aan: "Wij willen af van het imago van 'die jongens met die rekenmachientjes'." Een rondetafelgesprek.

VWS VERLIEST 'grip' op de zorgverzekeraars. Hun activiteiten zijn in toenemende mate beleidsresistent. Strookt dit nog wel met regionale en lokale samenwerking? Door de volledige budgettering per 1 januari 1998 dreigt de verplichte solvabiliteitsreserve voor verzekeraars onhaalbaar te worden. De Ziekenfondsraad durft zelfs minister Borst niet over die reserves te adviseren: de gevolgen van de budgettering zijn onvoldoende nauwkeurig te voorspellen. De toekomst is dus onzeker. Dé zorgverzekeraar bestaat niet meer, zodat de rol van 'countervailing power' tegenover de zorgaanbieders verschillend wordt uitgespeeld. Welk type verzekeraar heeft de toekomst? Tijdens een rondetafelgesprek over de toekomst van de gezondheidszorg blijken verzekeraars stevig in te zetten op inhoudelijke vernieuwing.

Landelijk of regionaal

"Met enige schroom presenteer ik me in dit gezelschap als landelijk werkende particulier verzekeraar", zegt *drs. J.G.M. van den Oever*, lid van de Raad van Bestuur van OHRA te Arnhem, "want de algemene opinie is, dat het in de regio wordt beslecht. Als dat zo is, komt er van marktwerking weinig terecht. Als marktwerking echter betekent dat wij flexibel met capaciteit mogen omgaan, is er meer mogelijkheid tot kostenbeheersing.

"Ik onderscheid twee vraagstukken. De overheid heeft interesse in 'outputpricing'.

Wordt het huidige budgetsysteem vervolgens verlaten? Dan zijn de gevolgen enorm. Vraagstuk twee is: wordt de markt in de toekomst vraag- of aanbodgedreven? Ik denk: vraaggedreven. In dat geval zal de landelijke verzekeraar aan importantie winnen. De onderhandelingen vinden dan niet meer plaats tussen regionale verzekeraar, ziekenhuisdirectie en medische staf, maar rechtstreeks met de consument: over de kwaliteit van zorg én over condities, als beloning voor goed gedrag. Maar ik besef dat ik nu een bom op tafel leg, in dit gezelschap van vooral regionale verzekeraars."

De regionale collegae zijn echter niet zo overtuigd van hun ideale positie.

"Ik heb het gevoel in een schizoïde situatie te verkeren", constateert algemeen

De maatschappij is te complex geworden en daardoor moeilijk voor de overheid te dirigeren

directeur RZG te Groningen, *H.Th.A. Schildkamp*. "Zodra de overheid onverwachte consequenties van haar beleid ziet, roept ze vooral bestraffend naar de sociale verzekeraars. Bij privatisering van de Ziektewet moet je echter niet raar opkijken als werkgevers meer willen betalen om hun mensen sneller aan het werk te krijgen. Werkgevers zijn belangrijke klanten, ook voor de instellingen. Ik heb kamerleden gezegd: jullie moeten beter nadenken alvorens je marktprikkels introduceert. Zeg niet tegen een bedrijf: de risico's van ziekteverzuim zijn voor u, om ze vervolgens te belemmeren er iets aan te doen.

"Het andere dilemma bij marktwerking is het werken met kostprijzen. Dat leidt absoluut tot kostenexplosies. Iedereen schijnt te vergeten dat we vóór de budgettering ook uitgaven van kostprijzen. Re-

sultaat bekend. Tegelijkertijd waarschuwt minister Borst voor de toenemende uitgaven door vergrijzing en technologie. Dat betekent dat je de uitgaven op een andere wijze dient te beheersen: door budgettering. Dat is mijn privé-mening. Maar ik heb óók een bedrijf. Dus denk ik mee over reïntegratie van zieke werknemers, en dat heeft voordelen. Niet zozeer in termen van bulkinkoop van bedden, maar omdat het aanzet tot managed care-achtige concepten: waar voer ik marktwerking in, waar prikkels tot beter gedrag, en anderzijds: hoe houd ik het sociaal acceptabel, financierbaar, betaalbaar? Met die dilemma's word ik geconfronteerd."

Nieuwe sterke onderhandelaars

"Ik denk dat aan marktwerking niet valt te ontkomen. Er is eenvoudig geen alternatief." Een kloeke uitspraak van adjunct-directeur Zorgverzekeraars Nederland, *drs. M.W.L. Hoppenbrouwers*. De nuancering volgt: "De maatschappij is te complex geworden en daardoor moeilijk voor de overheid te dirigeren. Dus tracht de overheid op diverse terreinen marktwerking te introduceren, zodat een ander verantwoordelijk wordt voor de kostenbeheersing. Dat is de politieke benadering van het marktmodel. De praktijk is anders. Daar betekent marktwerking: vrije prijsvorming, bepaling van de capaciteit, reageren op vraag, nieuwe producten ontwikkelen. Er zijn nu andere consumenten dan tien jaar geleden. In die zin is er al sprake van marktwerking in de gezondheidszorg. "Eén ding is zeker: er is geen weg terug. Het kan niet zijn dat de overheid de prijzen bepaalt en initiatieven verbiedt. De tijd is ook voorbij dat de overheid kan voorschrijven welke partijen met elkaar overleggen. Zeker als het gaat over arbeidskosten is Nederland gewend zijn vrijheden in consensus in te vullen. Wij bepleiten dus geen volledig vrije markt."

Ir. B.F. Delsing, voorzitter Raad van Bestuur van het regionale VGZ in Nijmegen, dat samen met ambtenarenverzekeraar IZA landelijk actief is, vindt dat de discussie over marktwerking duidelijk heeft gemaakt dat de plaats wáár de zorg wordt

geleverd geen wet van Meden en Perzen is. "En ieders verantwoordelijkheid is beter gedefinieerd, ook die van de patiënt. Toch blijft 'marktwerking' een uitermate beladen en gedeformeerd begrip. In de gezondheidszorg kan niet één partij het voor het zeggen hebben. Ik heb het liever over samenwerking en denk vanuit de optiek van het evenwicht. Kijk wat er gebeurt als de overheid een duwtje geeft door sociale zekerheden te privatiseren: dan zoekt het veld direct een nieuw evenwicht."

Dessing ontkent noch zijn macht van bijna monopolist, noch zijn mogelijk chantabele positie tegenover werkgeversgiganten als DSM en Philips. "Ik neem mijn verantwoordelijkheid als verzekeraar en leg openlijk verantwoording af, óók over 'voorrangscontracten'. Zo krijg ik tenminste de knelpunten boven tafel die tot die roep om voorrang leiden en de oplossingen gebruik ik ten nutte van mijn hele verzekerdenpopulatie. Dat bereik je alleen door samenwerking. Ziektekosten zijn een punt van overleg tussen werkgevers en werknemers. Vakbonden komen nu al met ons praten. En vergeet de arbodiensten niet, zeer belangrijke werkgevers."

Schaken op meer borden

Univé is een landelijke coöperatieve verzekeraar, waarvan de zorgpoot in 1986 is ontstaan uit een samenvoeging van de ziekenfondsen Noord-Holland-Noord en hun zelfstandige bovenbouw. Directeur *drs. M.A.C.J.M. Sniijders*: "In die regio zijn we marktleider, maar elders in het land moet ik ook zorgklanten werven. Ik schaak dus op meer borden tegelijk, maar vanuit dezelfde vertrekpunten."

"Waar loop je dan tegenaan? Ik ben een ouderwetse aanbod-econoom met een sterke infiltratie in 'mijn' regionale zorgnetwerk. Wil je echter kunnen overleven in deze tijd waarin de vraag dominant wordt, dan moet je intens rekening houden met de wensen van jouw klanten. Dat betekent dat je de beperkte capaciteit creatief moet herschikken. Ik 'shop' niet van ziekenhuis naar ziekenhuis, maar zeg wel: ik kan mijn gulden maar één keer uitgeven. Als jullie je werk zo stom organiseren dat er een 'niche' ontstaat voor een privé-kliniek waar mijn klant liever heen gaat, dan gaat dat geld aan jullie voorbij. Heb je goede ideeën voor meer efficiëntie, dan help ik mee. Dat spel kan ik echter niet spelen voor een klein percentage verzekerden in Brabant. Maar mijn polis moet voor iedereen gelijk zijn en ik moet herkenbaar blijven voor het zorgaanbod. Dus haak ik aan bij de marktleider elders en ben ik zelfs bereid daar mee te betalen aan structuurveranderingen. Bij wachtlijsten in Noord-Holland ga ik met de zieken-




Foto: Loek Zuyderduin

huizen praten, voor mijn verzekerde in Drenthe bemiddel ik echter individueel. Dat pleit dus voor regionale onderhandelingen."

Sniijders vindt wel dat de echte innovatie pas is gekomen toen er landelijk werd gewerkt. "We zijn steeds meer onze eigen koers gaan varen, niet die van de overheid, want dan word je gek. Uiteindelijk gaat de overheid wel met de trend mee en zet ze wel eens het licht op groen als iedereen door rood rijdt. De overheid heeft in feite een tegentrendse opdracht voor zichzelf geformuleerd, waardoor met welk instrument ook nooit het bedoelde resultaat wordt bereikt. Verwacht namelijk niet

dat, wanneer het specialistenexperiment in Alkmaar werkt, het in Hoorn op dezelfde manier goed gaat. Verantwoordelijkheid gedijt alleen in vrijheid. Zo hoor je specialisten plotseling constateren: ziekenhuisdirectie, ik heb je nodig. Vervolgens willen de huisartsen ook meedenken en ontstaan er netwerken. De macht van de aanbieders neemt aldus toe. Dat is een voordeel, want ik onderhandel liever met een sterke partij dan met een 'zootje ongeregeld'."

Burgemeesters in oorlogstijd

Drs. E. van de Veen, voorzitter van de Raad van Bestuur van de ANOVA/ZAO- 

groep in Amsterdam, gelooft niet dat de overheid het heft uit handen zal geven. "Waarom komen er Kamervragen als er in Tietjerksteradeel iemand overlijdt omdat de ambulance uit Leeuwarden niet op tijd arriveerde? Waarom vraagt men de direct verantwoordelijken niet om opheldering? Omdat gezondheidszorg vooral een waardegedreven sector is. Bovendien is er schaarste en ook de klachten over kwaliteitsvermindering door slechte bejegening en personeelstekort nopen tot overheidsingrijpen. Wil je dat voorkomen, dan daag je de veldpartijen uit hun zaken beter te regelen, wat de overheid doet met marktwerking.

"Op dit moment reageren verzekeraars

Van de Veen: "Dus moeten verzekeraars met de overheid in dialoog blijven. De Commissie-Langetermijn van Zorgverzekeraars Nederland houdt zich bezig met de vraag: hoever gaat de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de verzekeraar?"

Het poldermodel der verzekeraars

Schildkamp verwacht weinig van dat maatschappelijk engagement. "Verzekeraars laten zich primair door marktmacht leiden, waardoor de verzekeringsmarkt steeds verder afdrijft van de zorgmarkt. Daarom bepleit ik een budgettering die aansluit bij het risicoprofiel van de popu-

van voorheen strijdende partijen. Huisartsen en bedrijfsartsen zijn bezig een convenant te sluiten waarin intercollegiale afstemming en toetsing is geregeld. Schildkamp is druk bezig met managed care-achtige units voor ziektes als hernia en beroerte. "Dan blijkt hoe inefficiënt de zorg werkt. Om die inhoudelijke discussie niet te verstoren door financiële perikelen werken ook wij tijdelijk met een lumpsum. Eigenlijk waardeloos, want je weet niet waar het geld in- of uitgaat, maar het geeft even rust."

Van de Veen heeft contracten gesloten met een Amerikaanse verzekeraar over protocollen voor disease management. Van den Oever ziet hierin opnieuw bevestigd dat de vraaggerichte trend doorzet. "Via polisvoorwaarden of afspraken met verzekerden zullen wij gunstig cliëntgedrag registreren. De discussie over regionaal of landelijk onderhandelen wordt dan minder relevant."

Van de Veen stemt in: "Met dergelijke HMO- of PPO- constructies, kwaliteits- en doelmatigheidskeurmerken inclusief, zijn veel verzekeraars bezig."

De zorgverzekeraar nieuwe stijl is in statu nascendi. En wederom doen Amerikaanse voorbeelden volgen. Wie weet, prettig aangepast aan ons poldermodel. •

mw. mr. J.C.M. Ankoné,
journalist

De verzekeringsmarkt drijft steeds verder af van de zorgmarkt

nog met een conservatief eigen belang, en dat is: behoud van marktaandelen en niet te veel verschuiving tussen particulier en ziekenfonds. Aanbieders idem dito. We zijn net een stelletje burgemeesters in oorlogstijd. Gelukkig zijn er verzekeraars die zich minder storen aan de regels. Die baanbrekend bezig zijn en de overheid kunnen overtuigen van hun maatschappelijk verantwoordelijkheidsgevoel."

Van den Oever vindt Van de Veens afschildering een "mystificatie van de werkelijkheid": "We zitten juist in een opwaartse spiraal. De wachtlijsten zijn doorgaans stabiel, hetgeen betekent dat we niet zo zeer een capaciteitsprobleem als wel een organisatieprobleem hebben. Dat de klachten toenemen, zegt eerder iets over grotere mondigheid. En als je de kostenontwikkeling van de laatste dertig jaar corrigeert op prijsindex en volumina, blijken de kosten in dit decennium nauwelijks gestegen. Juist omdat de verzekeraars door de marktwerking actiever zijn geworden."

"Dat klopt," zegt Van de Veen, "maar je kunt ook zeggen dat we een achterstand hebben weggewerkt. De vervolgvraag blijft: waar moet dit nu heen?"

Niemand schijnt het te weten, constateert Snijders. "De overheid doet aan symptoombestrijding en wij streven ons eigen belang na, dat niet altijd strookt met het cliëntenbelang. Een voorbeeld: Volgens het huidige prijsregiem kan het voordelig zijn privé-klinieken te contracteren en de dure infrastructuur in de ziekenhuizen op het conto van de regionale marktleider te schuiven. Maar iedere nieuwe privé-kliniek in mijn regio kost mij geld. Die tegenstrijdigheid is het gevolg van landelijke regels die indruisen tegen wat wij willen."

latie. Dan is risicoselectie niet de eerste zorg en is er meer aandacht om de zorgmarkt goed aan te sturen."

Van den Oevers motivatie is een andere: "Toen de wachtlijsten inzake ziekteverzuim de media en de kamer in beroering brachten en de verzekeraars gingen bemiddelen voor ál hun verzekerden, niet alleen voor de collectief verzekerden, was het probleem zo van de baan. Want waarom zou ik één groep van mijn verzekerden bevoordelen boven een andere groep? Daar moet het echter bij blijven: je bemoeit je niet met de verzekerden van een ander."

Van de Veen: "Ik heb het in Amsterdam wel voor de hele regio geregeld, ook voor de twintig procent verzekerden van de concurrent. Doe ik dat niet, dan heb ik een organisatorisch probleem in de ziekenhuizen: dé oorzaak van de wachtlijsten."

"Of je dat nu doet uit eigen belang of uit maatschappelijke bewogenheid," zegt Snijders, "als je niet voor je collega's mee onderhandelt, deugt je strategie als regionale marktleider niet."

Dessing: "Ik zie dit als een overgangsperiode. Sommige collegae zijn eindelijk aan het rekenen geslagen, velen zijn inhoudelijk bezig. VGZ richt zich intensief op de specialistenexperimenten. Voor zes Brabantse ziekenhuizen hebben we een aanneemsom afgesproken voor alle zorg, binnen én buiten de muren. Daarvoor moet je het met alle partijen eens worden over het niveau van kwaliteit en doelmatigheid. We leveren regionaal maatwerk op geleide van directe signalen van onze klanten. Daar kan geen overheid tegenop."

In Groningen heeft de intensieve aanpak van ziekteverzuim geleid tot verzoening

Versterving: dood-zonde

Wat is er fout gegaan?

J.M.G.A. Schols

De onlangs in de pers breed uitgemeten verstervingsproblematiek heeft het verpleeghuis (onterecht) in een kwaad daglicht gesteld. Een kwalijke zaak, waar de hulpverlening zelf echter ook debet aan is.

1 997 ZAL de geschiedenis ingaan als het jaar van imago-verlies voor de verpleeghuissector als gevolg van de verstervingsproblematiek. De affaire-Blauwborgje heeft tot een secundaire mediaheisa geleid waarin het verpleeghuis de zondebok was. Ongefundeerde en ongenueanceerde meningen hebben ertoe geleid dat bij de doelgroep alsmede bij haar verwanten grote onrust is ontstaan: het vertrouwen in de goede zorg van het verpleeghuis is verdwenen. Dit is 'dood-zonde'.

Het Nederlandse verpleeghuis is immers als instituut qua opzet, vormgeving, wijze van zorgverlening en kwaliteit van zorg, uniek in de wereld. Jarenlang heeft de verpleeghuissector geprobeerd zich te onttrekken aan het sterfhuisimago en het hedendaagse verpleeghuis heeft zich ontwikkeld tot een dynamisch instituut, waarin een veelheid aan behandel-, verpleeg- en begeleidingsfuncties wordt aangeboden, variërend van revalidatie, complexe verpleging, tweezorg en opvang van dementerende patiënten tot optimale, terminale zorgverlening.

Zeven dagen in de week, gedurende 365 dagen per jaar, wordt er in ons land 24 uur per dag intensieve en ook liefdevolle zorg geboden aan meer dan 50.000 verpleeghuisbewoners, waarbij de laatste jaren in toenemende mate aandacht is besteed aan het realiseren van een patiëntgerichte zorg, aan het handhaven van de autonomie van de patiënt en ook aan het vechten voor steeds meer privacy. Respecteren van de eigen wil en wensen van de patiënt bij het bepalen van de accenten in de zorg, en oog hebben voor de betrokkenheid van de familie en andere verwanten, hebben daarbij hoge prioriteit. De mediaheisa rond versterving doet onrecht aan de inspanningen die in de Nederlandse verpleeghuizen op dit gebied worden geleverd.

Verstervingsproblematiek objectief beschouwd

Wanneer we de verstervingsproblematiek ob-

jectief beschouwen, valt een tweetal zaken duidelijk op.

Ten eerste: de ongunstige associaties die het woord 'versterven' oproept. Versterven associëer ik met bederven, met verwaarlozing, terwijl de zaak veel genuanceerder ligt. Het is in een aantal gevallen immers absoluut niet opportunistisch om de natuur zijn gang te laten gaan. En in de verpleeghuissector gebeurt dit dan op een goed begeleide wijze en niet op een wijze die het etiket 'verwaarlozing' verdient.

Het tweede punt is, dat de origine van de verstervingsproblematiek relatief gemakkelijk is te herleiden. Immers, in een verzakelijke en technocratische gezondheidszorg laat de communicatie tussen zorgvragers en hun verwanten enerzijds en zorgverleners anderzijds vaak te wensen over. De basis voor verwarring en teleurstelling bij de patiënt en zeker ook bij diens omgeving is dan heel snel gelegd. Vooral ook omdat daar waar communicatieproblemen ontstaan door de instellingen zelf maar al te vaak de budgettaire problematiek als verkeerd (dom!) excuus wordt aangevoerd.

Ik durf dan ook te stellen dat de *verstervingsproblematiek primair een bejegeningsskwestie* is.

De 'dikke van Dale' definieert bejegenen als volgt: "Iemand of iets met bepaalde uitingen of gevoelens benaderen". In het contact tussen zorgvrager en zorgverlener kan deze definitie worden vertaald in *communicatie* (uitingen) en *medemenselijkheid* (gevoelens).

De contacten tussen hulpverlener en mensen met een chronische ziekte zijn vaak langdurig van aard. Zeker in de verpleeghuiswereld is dat een heel bekend fenomeen. Als hulpverlener leg je dan samen met de zieke en diens verwanten deels eenzelfde traject af: je vergezelt de zieke als het ware voor een deel op zijn of haar levensweg. In dat traject staat één woord centraal: *samen*. Gestreefd moet worden naar een situatie waarin zorgvrager en zorgverlener gezamenlijk proberen een antwoord of oplossing te vinden voor alle voorkomende zorgvragen. Optimale communicatie, oprechte medemenselijkheid, gelijkwaardigheid en autonomiebewaking zijn hierbij noodzakelijke voorwaarden.

Bij de begeleiding van demente patiënten is dit extra belangrijk. Verlies van eigen identiteit, cognitie, vertrouwen en veiligheid vraagt om steun, om geduld, om een zorgvuldige afweging in de zorgverlening én om zorgvuldig contact met de vertegenwoordigers van de patiënt.

Duidelijkheid jegens de patiënt en in het geval van de dementerende ook jegens diens vertegenwoordiger of diens familie/verwanten is geboden.

Dit alles vraagt een respectvolle attitude en raakt dus niet alleen de bevoegdheid, maar vooral ook de bekwaamheid van de zorgverleners.

Helder krijgen

In het streven naar een optimale kwaliteit van zorg is in de verpleeghuizen de laatste jaren veel aandacht besteed aan de beroepsattitude van de hulpverleners, aan de autonomie van de patiënten en aan de eigen inbreng van de patiënten, respectievelijk van hun vertegenwoordigers, in het zorgproces.

Door de verstervingsproblematiek heeft het vertrouwen in de sector een enorme deuk opgelopen en heeft men weer het gevoel gekregen overgeleverd te zijn aan de macht van de hulpverleners. Jammer, dat de sector zelf zo weinig assertief is om hier op een verstandige wijze mee om te gaan. Waarom lukt het de verpleeghuizen niet om een en ander helder te krijgen voor de patiënten en hun omgeving? Wat is er dan toch fout gegaan in de communicatiestrategieën, in het PR-beleid, in de profilering, met andere woorden: in het optimaal verpleeghuis willen zijn anno 1997?

Ongetwijfeld zullen nog vele rapporten verschijnen met betrekking tot het 'oplossen' van de verstervingsproblematiek. Centrale branchesturing zal ertoe leiden dat verpleeghuizen wellicht nog meer zaken protocollair gaan vastleggen met betrekking tot het contact tussen patiënt en hulpverlener.

Ik zou willen zeggen: Beste medehulpverleners ..., laten we toch weer gewoon mens worden; laten we primair eens echt aandacht gaan besteden aan de normale, elementaire beginnelen van het contact tussen patiënten en hun verwanten enerzijds en hulpverleners anderzijds. Als de gepredikte 'vraaggestuurde zorg' daar uiteindelijk toe zal leiden, hoeven we onze 'aanbodsturing' niet steeds weer opnieuw te verdedigen. Want fysiologische, theologische, sociologische, en medische verklaringen van versterving zullen hier geen enkel soelaas bieden. Samen met de patiënt beslissen over de zorg op basis van elementair, intermenselijk contact, dát is geboden! •

J.M.G.A. Schols,

arts, directeur patiëntenzorg Verpleeghuis De Riethorst Geertruidenberg

Mishandeld

Een traumatische ervaring van een huisarts in opleiding

EEN RUSTIGE namiddag in de opleidingspraktijk. Ik noteer nog wat gegevens, terwijl ik achter de balie zit. Een man komt binnen: "Wie is de dokter die vorige week mijn vrouw heeft behandeld?" Ik vraag over wie het gaat, want ik heb deze man nooit eerder gezien. Hij noemt de naam van zijn vrouw en er gaat mij een licht op. Vier dagen eerder had zij mij gebeld, omdat zij bloedverlies had in de tiende week van haar zwangerschap. Ze had geen buikpijn of andere klachten, maar maakte zich ongerust. Ik gaf haar de gebruikelijke uitleg en adviezen en zei dat ze ons in het week-einde bij problemen kon raadplegen. Dit overdenkend, realiseer ik me niet de dreigende fysieke uitstraling van de man. "Ik heb vorige week een telefoongesprek met uw vr...". Terwijl ik dit zeg, springt de man bliksemsnel om de balie heen en vliegt me naar de keel. Hij knijpt zo hard hij kan en schreeuwt: "Het is jouw schuld dat mijn vrouw tien dagen met een dood kind in haar buik heeft rondgelopen. Klootzak, ik ga je vermoorden! Mijn kind dood, jij ook dood!!" Hij gaat met een enorme woede en kracht tekeer en ik voel de adrenaline door mijn lichaam jagen. Mij zijn de bloeddorlopen ogen in dat vreselijke hoofd, een kaalgeschoren sportschoonkop waar de agressieve domheid vanaf straalt, het meest bijgebleven. Mijn hartslag raakt in de war doordat hij in feite een dubbelzijdige carotismassage toepast. Ik hang hulpeloos in zijn handen en kan geen woord uitbrengen. Terwijl bij mij langzaam het licht uitgaat, laat hij mij los en val ik op de grond.

"Ik ga je doodschoppen", schreeuwt hij, "je hebt mijn kind vermoord!" Hij maakt aanstalten om mij een trap in mijn buik te geven, maar besluit op het laatste moment anders. Ik lig verdwaasd op de grond. Als ik overeind ben gekomen, geeft hij me een snoeiharde klap tegen mijn hoofd. Ik raak buiten bewustzijn. Als ik bijkom, zit ik onder het bloed en is de man verdwenen. Mijn huisartsopleider, die op het lawaai

afkomt, denkt dat ik een epileptisch insult heb gehad vanwege de manier waarop ik op de grond lig. We kunnen allebei nauwelijks geloven dat dit is gebeurd. Mijn rechter gezichtshelft is gevoelloos, alle voortanden zijn gebroken, ik heb een bloedneus, de afdrucken van zijn handen staan in mijn hals, ik zit onder de blauwe plekken en kan niet slikken.

Op de balie vinden wij een briefje van de eerste hulp van het ziekenhuis, waarin staat dat bij de vrouw in het weekend wegens bloedverlies een echo is verricht en dat er een levenloos vruchtje is aangevonden. (Deze gebeurtenis lijkt onbedoeld een pleidooi voor gelijklopende behandeling door specialisten en huisartsen: in dit geval was een echografie niet nodig geweest! Nu lijkt het voor de patiënt alsof de huisarts heeft gefaald, omdat in het ziekenhuis wél een echo werd gemaakt. Men had op de eerste hulp eerst moeten vragen of de patiënt de dienstdoende huisarts al had geraadpleegd.)

Als ik de volgende dag aangifte doe, word ik keurig opgevangen door een agent, die echter al gauw laat doorschemeren dat het een 'aanslag zonder wapen' betreft en dat de vervolgingsmaatregelen dan beperkt zijn: de verdachte wordt eenmaal uitgenodigd om voor verhoor langs te komen. Doet hij dat niet, dan wordt er verder niets gedaan. Hij moedigt mij aan toch aangifte te doen. Mijn aanvaller blijkt een zware crimineel te zijn, die eerder betrokken was bij doodslag en andere zaken. Hij heeft daarvoor nog 'voorwaardelijk' staan en mijn aangifte zou dat kunnen effectueren. De verdachte verschijnt inderdaad niet voor verhoor, maar hij loopt wel een keer het politiebureau binnen en zegt provocerend: "Ik kom niet hoor, jongens, reken maar niet op mij!"

Hij komt echter ook een paar keer naar de praktijk, waar hij mijn opleider en de assistente meedeelt dat "als die dokter zijn aanklacht niet intrekt er wel eens heel vervelende dingen met hem of zijn gezin kunnen gebeuren": zijn 'vrienden' zouden wel eens wraak kunnen nemen op de jonge dokter en zijn kinderen.

Deze bedreigingen maakten mij enorm bang. Na de mishandeling was ik voortdurend op mijn hoede. Ik was twee maanden later bijna blij te vernemen dat er aan deze 'zaak' verder niets zou worden gedaan. De bedreigingen hielden hiermee namelijk op.

Drie maanden later ontwikkelde zich bij mij een hevige depressie: nachtmerries, angsten, niet alleen kunnen zijn, maar vooral 24 uur per dag met de dood bezig zijn. Aan psychose grenzende gedachten over mezelf, mijn omgeving en mijn naderende dood vulden mijn dagelijks leven en maakten mij bang om 'gek' te worden.

Naar de huisarts, stoppen met de ELWP, naar de psychiater en de psycholoog, Seroxat en Xanax. Vervolgens was ik ruim vier maanden ziek thuis. Geleidelijk aan namen de angsten af en werd het leven draaglijker.

Van binnen is er in mij toch iets veranderd: de verbazing dat dit heeft kunnen gebeuren, de ontdekking dat je psychisch compleet kunt ontsporen, de haat tegen dit soort psychopaten en de rol van het juridisch systeem in deze kwestie.

Dat ik mijn gemiste vier maanden ELWP moest inhalen, terwijl ik al bijna twee jaar klinische ervaring had opgedaan, versterkte mijn boosheid jegens de Kafkaïaanse aspecten van deze maatschappij. Dat wij voor dergelijke incidenten niet verzekerd zijn, draagt hiertoe nog bij. De opvang door mijn huisartseninstituut was welwillend en sympathiek, maar niet doelgericht of ergens toe leidend (overal behalve hiervoor zijn standaarden), om nog maar te zwijgen over het gebrek aan interesse en opvang van het ziekenhuis waar ik mijn ELWP deed. Ervaringen als deze maken een ander mens van je: argwanender, beschouwender en cynischer. De huisartsopleiding heb ik na mijn betermelding weer opgepakt. En gelukkig: het gaat lekker. •

Arjen Göbel,
huisarts in opleiding, Amsterdam

Waarom komen mensen naar ons ziekenhuis?

Een onderzoek naar motieven en factoren

M.C.V. Idema

'Concurrentie' en 'marktwerking' zijn twee begrippen die in de gezondheidszorg hebben geleid tot de noodzaak voor instellingen zich te bezinnen op hun eigen positie. Eén van de vragen die daarbij aan de orde dienen te komen, is waarom mensen kiezen voor een bepaald ziekenhuis of voor een bepaalde specialist. Het antwoord op deze vraag biedt een instelling aanknopingspunten voor het voeren van beleid om bestaande patiënten te behouden en nieuwe patiënten aan te trekken.

DE GEZONDHEIDSZORG is voortdurend aan veranderingen onderhevig. Beleidsmaatregelen volgen elkaar in hoog tempo op en leiden tot onzekerheid over de positie en het voortbestaan van zorginstellingen. Bewegingen die er daar mede toe bijdragen zijn concurrentie en marktwerking. Het wordt voor ziekenhuizen steeds belangrijker zich te bezinnen op hun positie in de markt. Het lijkt dan ook logisch dat in de gezondheidszorg steeds vaker allerlei marketinginstrumenten worden ingezet. Maar voordat deze instrumenten op een zinvolle manier kunnen worden gebruikt, is het noodzakelijk stil te staan bij de vraag waarom mensen eigenlijk kiezen voor een bepaalde zorginstelling. Een antwoord op deze vraag biedt inzicht in de aspecten die voor mensen belangrijk zijn bij de keuze voor een ziekenhuis of voor een specialisten kunnen het uitgangspunt vormen voor het inzetten van beleidsinstrumenten.

De theorie

In de literatuur wordt een groot aantal aspecten opgesomd die bepalend zijn bij de keuze die mensen maken voor een ziekenhuis of een specialist. Deze aspecten worden weergegeven in de *figuur*.

Kostenaspecten vallen uiteen in indirecte kosten en directe kosten. Een voorbeeld van de laatste groep zijn de eigen bijdragen en de verzekeringspremies (prijs). Indirecte kosten zijn niet direct in een prijs

uit te drukken, maar worden gevormd door de tijd, de moeite, etc. die het mensen 'kost' wanneer zij een ziekenhuis bezoeken.

Ziekenhuisgebonden aspecten hebben betrekking op de aard en de omvang van het ziekenhuis, behandelinggebonden aspecten op de behandeling zelf. Kwaliteit is hierbij te onderscheiden in zogenaamde tastbaarheden: betrouwbaarheid, dienstverlening, vertrouwen en invoelbaarheid.¹

Kleinschaligheid komt tot uitdrukking in de grootte en de sfeer van het ziekenhuis.

Het onderzoek

Het is de vraag in hoeverre deze theoretische aspecten ook in werkelijkheid te herkennen zijn, wanneer wordt gekeken naar de keuze van mensen voor een bepaald ziekenhuis of voor een bepaalde specialist.

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is onderzoek gedaan in twee ziekenhuizen in de stad Utrecht.² Aan alle polikliniekbezoekers die voor de spreekuren interne geneeskunde en gynaecologie in het ziekenhuis kwamen, werd gedurende een meetperiode van drie dagdelen een vragenlijst uitgedeeld. De vragenlijst kon in de wachtkamer worden ingevuld en weer worden ingeleverd. Deze methode van werken leverde een gemiddeld geldige respons op van 80%.³

In de vragenlijst werd met betrekking tot alle in de literatuur genoemde aspecten gevraagd in hoeverre deze een rol hebben gespeeld bij de keuze van het ziekenhuis. Antwoorden konden worden gegeven op een vijfpuntsschaal, lopend van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal mee oneens'.

De resultaten

Analyse van de 204 geldig ingevulde vragenlijsten leverde opmerkelijke resultaten op. Naast de bekende aspecten die patiënten laten meewegen in hun keuze voor een ziekenhuis, zoals de lengte van de wachttijd en de bejegening, blijken ook andere aspecten een duidelijke rol te spelen in het keuzeproces. De kosten die mensen moeten maken en de inspanning

die ze moeten doen om in een ziekenhuis te komen, de aanwezigheid van moderne apparatuur, de bereikbaarheid, de eigen indruk en kleinschaligheid spelen allemaal een rol van betekenis. De specialisten die in een ziekenhuis werken, spelen in veel gevallen ook een belangrijke rol bij de keuze voor een ziekenhuis. Sommige mensen komen van ver om speciaal naar de specialist van hun keuze te gaan. Afstand blijkt een veel minder belangrijke rol te spelen dan in de literatuur wordt verondersteld. Men kiest liever voor een ziekenhuis waarover men tevreden is en waar men vriendelijk wordt bejegend dan voor een ziekenhuis dat dichtbij is.

Wel van belang zijn de voorlichtingsactiviteiten en de PR. Mensen geven aan dat ze het belangrijk vinden over een ziekenhuis regelmatig iets te lezen of erover te horen.

Duidelijk niet van belang bij de keuze voor een ziekenhuis of een specialist is het soort verzekeringspakket of de eigen bijdrage. De invoering van een eigen bijdrage is voor veel mensen juist een reden om te kiezen voor het ziekenhuis waar ze nu ook al komen.

Ten slotte geven mensen aan dat zij zelf de keuze voor een ziekenhuis of een specialist maken en dat daarbij eerdere ervaringen een belangrijke rol spelen. De adviezen en invloed van anderen spelen evenals familietradities nauwelijks een rol. De huisarts is de enige persoon die enigszins invloed heeft op het keuzeproces. Voor alle resultaten is vervolgens onderzocht of er demografische kenmerken zijn die het keuzegedrag en de mate waarin men belang hecht aan de verschillende keuzaspecten bepalen. Zonder dat er duidelijke patronen te herkennen zijn, lijken de resultaten erop te wijzen dat naarmate men ouder is en naarmate men meer kinderen heeft mensen een grotere rol toekennen aan de verschillende keuzaspecten bij hun keuze voor een ziekenhuis.

Beleid op basis van de onderzoeksresultaten

De vraag is vervolgens wat ziekenhuizen kunnen met resultaten zoals die wor- **■**

den verkregen met behulp van dergelijk onderzoek. De aspecten waar mensen belang aan hechten bij de keuze voor een ziekenhuis, kunnen worden opgesplitst in aspecten waar het ziekenhuis geen vat op heeft (alternatieve kosten, prijs, afstand) en aspecten die het ziekenhuis wél kan beïnvloeden. Juist deze laatste groep biedt het ziekenhuis aanknopingspunten voor het voeren van gericht beleid.

Uit het uitgevoerde onderzoek komen in dit verband de volgende aandachtspunten naar voren:

Wachttijden en wachtlijsten blijken voor de patiënt een belangrijk keuzecriterium te zijn. Wachtlijst- en wachtlijstbeheersing vormen op dit moment in de meeste ziekenhuizen al een standaardonderdeel van beleid. Het belang dat patiënten aan deze aspecten hechten, wijst nog eens op de noodzaak hierover als ziekenhuis voortdurend na te denken. Er is daarnaast in veel ziekenhuizen nog het een en ander mogelijk met betrekking tot 'de aankleding' van de wachtruimte. Een kopje koffie en zo min mogelijk beduimelde tijdschriften

Het ziekenhuis kan inspelen op de marktwerking door zich te verdiepen in de wensen en behoeften van de patiënt

of leesboeken kunnen een deel van de ergernis op de polikliniek wegnemen en de wachttijd voor de patiënt zo min mogelijk onaangenaam maken.

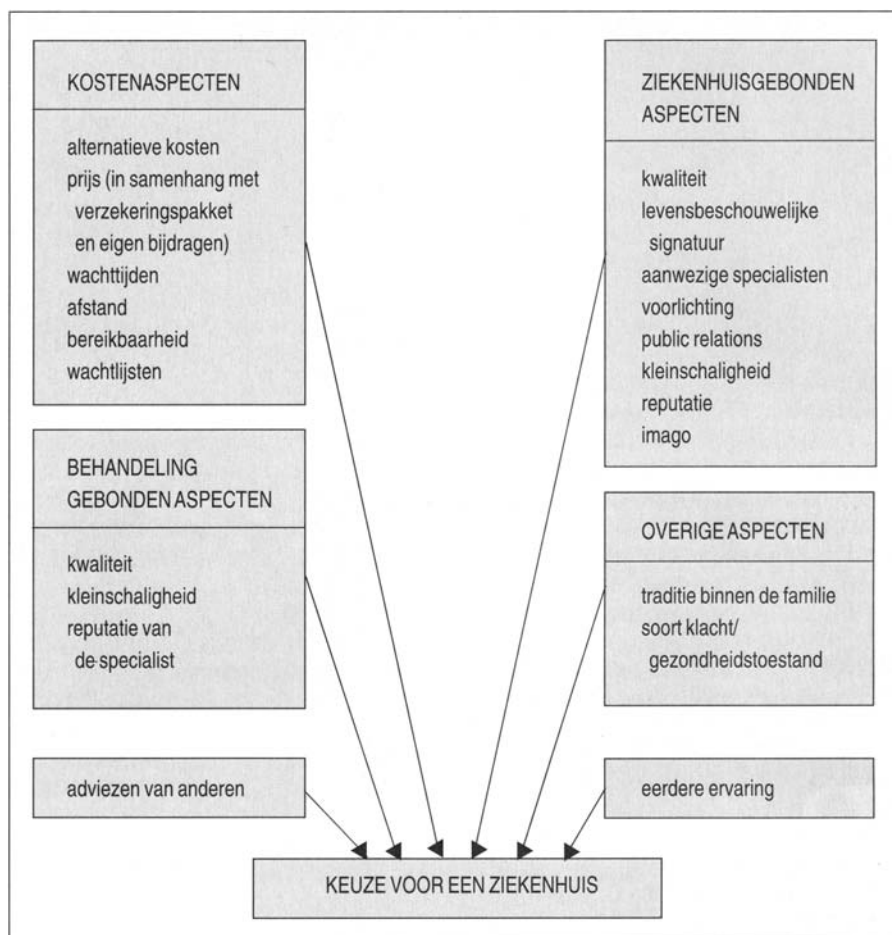
De bereikbaarheid kan worden verbeterd door het aanleggen van (goed verlichte) wandelpaden, voldoende parkeerruimte en een goede verbinding met het openbaar vervoer. Indien nodig zouden hierover afspraken kunnen worden gemaakt met het vervoersbedrijf.

Zaken als bejegening en persoonlijke aandacht blijken voor de patiënt ook erg belangrijk te zijn. In veel ziekenhuizen is ten aanzien van deze aspecten nog een verbetering mogelijk.

Patiënten blijken veel waarde te hechten aan goede voorlichting en presentatie van het ziekenhuis naar buiten toe. Ook hierop kunnen ziekenhuizen actief inspringen door een goed uitgerust patiënteninformatiebureau, het uitbrengen van informatiekranjes en een presentatie van activiteiten die binnen het ziekenhuis plaatsvinden.

Aan moderne apparatuur wordt eveneens veel waarde gehecht. Door het beschrijven van behandelingen in specifieke folders wordt voor patiënten duidelijk welke

Figuur. Aspecten die van belang zijn bij de keuze voor een ziekenhuis of voor een specialist.



apparatuur bij de behandeling wordt gebruikt.

Ten slotte blijkt dat patiënten hun keuze voor een ziekenhuis veelal baseren op eerdere ervaringen. Het is voor ziekenhuizen dus een uitdaging patiënten zo tevreden mogelijk de deur uit te laten gaan. Dat kan onder andere door te werken aan de verbetering van bovengenoemde aspecten. Door als ziekenhuis de vraag te stellen: Hoe zou ik hier als patiënt tegenaan kijken?, worden de sterke en de zwakte punten van zorgverlening en ziekenhuis duidelijk.

De mogelijkheden tot het identificeren van voor de patiënt belangrijke aspecten en de aanknopingspunten die deze bieden voor het voeren van gericht beleid, zouden ziekenhuizen moeten stimuleren het keuzeproces van patiënten voor hun ziekenhuis in kaart te brengen. Op die manier kunnen relevante aspecten worden verbeterd ("Waar hecht de patiënt nu daadwerkelijk waarde aan?"). Door op basis van meningen van patiënten actief te werken aan kwaliteitsverbeteringen en klantvriendelijkheid kunnen ziekenhuizen patiënten aantrekken en vasthouden en wordt aansluiting gezocht bij de werking

van de markt. Alleen door zich onder andere op deze wijze te verdiepen in de wensen en behoeften van de patiënt kan het ziekenhuis zich onderscheiden ten opzichte van haar concurrenten en inspelen op marktwerking en concurrentie. •

Deze bijdrage is een verkorte weergave van de afstudeerscriptie 'Waarom komen mensen naar ons ziekenhuis? Een onderzoek naar de motieven en factoren die bepalen waarom mensen kiezen voor een bepaald ziekenhuis of een bepaalde specialist', Rotterdam, 1997.

mw. drs. M.C.V. Idema,

bestuurskundige en student beleid en management gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam

Literatuur/Noten

1. Harteloh PPM, Casparie AF. Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak. Utrecht: De Tijdstroom, 1994.
2. Er is bewust gekozen voor onderzoek in de stad Utrecht, omdat in en rondom deze stad het aantal ziekenhuizen groot is. Dit betekent dat afstand hier waarschijnlijk een minder belangrijk en dominant keuzecriterium zal zijn dan in gebieden waar maar één ziekenhuis dichtbij is. In deze gebieden kiezen mensen in het algemeen niet bewust voor een ziekenhuis, maar gaan ze naar een ziekenhuis omdat dit het enige ziekenhuis in de buurt is.
3. De respons is berekend door het aantal geldig ingevulde en geretourneerde vragenlijsten te delen door het aantal aangesproken mensen. De uitkomst van deze deling wordt gemiddeld over alle onderzoeksdagen.

Het Meldpuntennetwerk Gezondheid en Milieu

Registreren is signaleren

J.Höppener-Helmich en P.Höppener

Drie jaar geleden werd het Meldpuntennetwerk Gezondheid en Milieu opgericht. Doelstelling van het project was een instrument te ontwikkelen om het inzicht in de relatie tussen milieufactoren en gezondheidsklachten te vergroten. Tijd om de balans op te maken.

DE RELATIE tussen gezondheid en milieu is zelden te bewijzen.¹ Variabelen als erfelijke aanleg, leefwijze en psychische gesteldheid vormen een achtergrondruis en kunnen soms een wankel evenwicht verstoren. Het herstelmechanisme is uit balans, de buffercapaciteit heeft een kritische grens bereikt, de ziekte krijgt een naam. Verschillende oorzaken kunnen dezelfde diagnose opleveren. Evenzo wordt heel individueel gereageerd op bestrijdingsmiddelen, fijn stof, oplosmiddelen, zware metalen, lawaai en stank.

Om de gevolgen van een of meer negatieve omgevingsfactoren tussen de algemene ruis te ontdekken, moet men alert zijn op trends, op het lokaal vaker voorkomen van bepaalde klachten in relatie tot een verdachte milieuverontreiniging.² Bestuurders en artsen moeten leren luisteren naar de signalen die, doorgaans heel voorzichtig, worden afgegeven. Het uiten van zorg over een bestaande situatie in een verder prettige woonomgeving is extra moeilijk in verband met mogelijke consequenties, zoals het saneren van tuinen, waardevermindering van de woning, of sluiting van een bedrijf. Wanneer het blootstelling aan iets uit het verleden betreft, bijvoorbeeld aan asbest of mijnstof, en men alsnog hoopt op erkenning en schadevergoeding, is het melden minder moeilijk. Maar ook dan leiden kostbare, langdurige procedures tot boosheid, wantrouwen en frustratie bij de betrokkenen.

Omgaan met signalen

Komen bepaalde auto-immuunziekten lokaal vaker voor? Zijn onderzoeken naar lokale clusters gedoemd te mislukken? In kleine bevolkingsgroepen kunnen zelden statistisch significante relaties worden aangetoond. Uitsluiting van enige relatie is echter ook niet mogelijk. Het is voor lokale bestuurders vaak moeilijk om met de bezorgdheid van burgers

om te gaan en te luisteren naar de signalen. Zijn die serieus genoeg, dan dienen zij met betrokkenen te overleggen en nader onderzoek bespreekbaar te maken. Gelukkig worden burgers hierbij steeds vaker gesteund door politici, ambtenaren, huisartsen of medisch milieukundigen van de regionale GGD. Het Meldpuntennetwerk Gezondheid en Milieu is met subsidie van VROM uitgegroeid tot een organisatie met zo'n dertig hooggekwalificeerde medewerkers. Zij vangen via de provinciale meldpunten de signalen van burgers op ten behoeve van een *landelijke databank*. Gezondheidsklachten worden gecodeerd ingebracht volgens de officiële ICPC-codes. Voor de hieraan gerelateerde milieufactoren is een vergelijkbaar eigen codesysteem ontwikkeld. Bij het groeien van de databank kunnen daardoor algemene trends zichtbaar worden. Wanneer de bezorgdheid van melders met goede argumenten is onderbouwd, bemiddelen de medewerkers van het meldpuntennetwerk in de contacten met de betrokken instanties. Daarbij kunnen gegevens van de landelijke databank helpen de onderzoeksvraag niet alleen te ondersteunen, maar ook helder te formuleren.

Deze gang van zaken blijkt voor provinciale en lokale bestuurders acceptabel, en aantrekkelijker dan een uit de hand lopend conflict met burgers. Wanneer gedupeerden zich niet serieus genomen voelen, volgen vaak emotionele beschuldigingen over wanbeheer, vriendjespolitiek, gedoogbeleid en de steeds weer overheersende economische motieven.

Intermediair tussen burger en overheid

De meldpunten nemen steeds vaker de rol van intermediair op zich. De provincie Gelderland heeft als eerste aangeboden deze rol structureel te maken in de vorm van een gesubsidieerd project. De gegevens van de databank zullen daarbij gebruikt worden om het provinciale milieubeleid op sommige punten te onderbouwen en van draagvlak te voorzien.

In het buitenland is er duidelijke belangstelling voor dit registratiesysteem. Er is vraag naar informatie en participatie van burgerinitiatieven en/of gezondheidsdiensten uit België, Duitsland, Engeland en zelfs Rusland. De software (het registratieprogramma) is beschikbaar in verschillende talen en kan in

verschillende landen worden ingezet. Indien aangrenzende landen op gelijke wijze registreren en coderen, versterkt dat de signaleringsfunctie.

Enkele resultaten

Circa honderd meldingen over specifieke gezondheidsklachten waarbij laag frequent geluid (LFG) als mogelijke oorzaak werd aangewezen, vormden de aanzet tot het instellen van een wetenschappelijke werkgroep en tot het samenstellen van twee rapporten over dit onderwerp. Dit heeft geleid tot voorstellen voor maatregelen om LFG beter te meten en strenger te normeren.

De werkgroep Weurt+ heeft, met steun van enkele huisartsen, ervoor geijverd en ook bereikt dat er een uitgebreid onderzoek is gedaan naar signalen over een mogelijk verhoogde incidentie van kanker en chronische ziekten in de wijk. Tegelijk bleken de emissies van bedrijven in de buurt veel te hoog. Onlangs heeft de KNMG-regio Nijmegen een prijs van f 10.000 aan de werkgroep Weurt+ uitgereikt.

Twee huisartsopleidingen organiseerden een onderwijsblok 'Milieu en gezondheid' aan de hand van concrete voorbeelden uit de regio. Welke houding moet een huisarts aannemen als patiënten om steun, een standpunt, een uitspraak vragen?

De Amerikaanse antropoloog Frank 'I Engle Williams kwam het verschijnsel van de keukentafelepidemiologie in Nederland bestuderen.³ Zijn slotconclusie luidde: "Het meldpuntennetwerk en de GGD-epidemiologen beogen hetzelfde, hebben elkaar nodig en vullen elkaar aan. Ze dienen daarom nauw samen te werken."

We zijn na drie jaar op de goede weg. •

drs. J. Höppener-Helmich,
milieubioloog

dr. P. Höppener,
huisarts

Literatuur

1. Arts en milieu. Themanummer Medisch Contact 1995; 50 (50): 1611-30.
2. 1995 Annual Conference of the ISEE and the ISEA. Abstracts 99-114. Epidemiology 1995; 6: S31-5.
3. 'I Engle Williams F. Citizen and biomedical voices in the Dutch Pollution Health Debate. Rapportage, mei 1996.

Afdelingen Geriatrie in Nederland

Spreiding en ontwikkelingen in het komende decennium

P.A.F. Jansen, E. Bruijns en
T.J.M. van der Cammen

In ons land is de spreiding van de afdelingen Geriatrie zodanig gevorderd dat rond het jaar 2000 klinisch-psi­chiatrische expertise binnen bereik komt voor alle patiënten met geriatrische problematiek.

DE KOMENDE decennia neemt in Nederland het aantal ouderen aanzienlijk toe. Met name

het aantal mensen ouder dan 75 jaar zal sterk stijgen; in 1996 waren ruim 880.000 mensen ouder dan 75 jaar. Volgens de middenvariant van het Centraal Bureau voor de Statistiek wordt in 2010 een aantal van ruim 1,1 miljoen mensen ouder dan 75 jaar verwacht.¹ De druk op de gezondheidszorgvoorzieningen voor oude patiënten wordt hierdoor groter. Om op deze ontwikkelingen voorbereid te zijn, is het noodzakelijk een planning te maken voor de benodigde middelen en menskracht en op korte termijn de benodigde investeringen te doen.

Eén van de voorzieningen voor oude patiënten die zich het afgelopen decennium hebben ontwikkeld, is de klinische geriatrie. Het aantal klinisch geriater was bij de erkenning van het specialisme in 1982 klein en de financiële middelen waren gering. Het specialisme heeft zich daar­door aanvankelijk slechts langzaam kunnen ontwikkelen. De laatste jaren groeit het aantal klinisch geriater snel en komen er meer opleidingsplaatsen voor het specialisme beschikbaar. In dit artikel beschrijven wij de huidige spreiding van afdelingen Geriatrie in Nederland en ge-

Overzicht. Spreiding afdelingen Geriatrie in algemene en academische ziekenhuizen in 1997 over de gezondheidregio's (Wet Ziekenhuisvoorzieningen Regio's); met afdeling Geriatrie wordt de kliniek, polikliniek en consultatieve functie bedoeld.

regio	instelling	voorziening (beddenaantal)	plannen
Groningen	Academisch ZH Groningen		liaison-geriatrie
Friesland	Medisch Centrum Leeuwarden	afdeling Geriatrie (24)	dagbehandeling
	De Tjongerschans, Heerenveen	polikliniek/consultatie	
	ZH De Sionsberg, Dokkum		polikliniek/consultatie
	ZH Nij Smellinghe, Drachten		polikliniek/consultatie
	Antonius ZH, Sneek		polikliniek/consultatie
Drenthe	Scheper ZH, Emmen	afdeling Geriatrie (11)	afdeling Geriatrie (16)
	ZH Bethesda, Hogeveen	polikliniek/consultatie	
Zwolle	ZH De Weezenlanden/St. Sophia		afdeling Geriatrie
Twente	Twenteborg ZH, Almelo	afdeling Geriatrie (12)	uitbreiding klinische capaciteit; dagbehandeling
	ZH Midden-Twente, Hengelo	consultatie	
Stedendriehoek	St. Deventer Ziekenhuizen	polikliniek/consultatie	afdeling Geriatrie (24)
	Ziekenhuiscentrum Apeldoorn	polikliniek/consultatie	12 bedden meebehandeling
Arnhem	Rijnstate ZH, Arnhem	afdeling Geriatrie (24)	dagbehandeling
	ZH Gelderse Vallei, Bennekom		polikliniek/consultatie
	Slingeland ZH, Doetinchem	polikliniek/consultatie	
Nijmegen	Academisch ZH Nijmegen	afdeling Geriatrie (22)	
Utrecht	Academisch ZH Utrecht	afdeling Geriatrie (24)	dagbehandeling
	Diakonessenhuis, Utrecht		consultatie
	Eemland ZH, Amersfoort	afdeling Geriatrie (24)	
Flevoland	-		
Het Gooi	ZH Gooi-Noord, Blaricum	afdeling Geriatrie (24)	
	Streek ZH Hilversum	afdeling Geriatrie (22)	
Alkmaar		dagbehandeling	
	Medisch Centrum Alkmaar	afdeling Geriatrie (20)	
		dagbehandeling	
Kennemerland	Kennemer Gasthuis, Haarlem	afdeling Geriatrie (18)	afdeling Geriatrie (24)
	Slotervaart ZH, Amsterdam	afdeling Geriatrie (24)	
		dagbehandeling	
Amsterdam	Academisch ZH VU, Amsterdam	polikliniek	

ven wij aan welke ontwikkelingen het komende decennium worden nagestreefd.

Spreiding

Eind jaren tachtig bepaalde de overheid dat er in elk van de 27 regio's die Nederland volgens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen kent, ten minste één afdeling Geriatrie diende te komen. Het aantal afdelingen Geriatrie in Nederland is sinds die tijd sterk gegroeid. Momenteel zijn in vrijwel alle 27 regio's afdelingen aanwezig of zijn er vergoederde plannen voor een afdeling (zie *overzicht*). Daarnaast zijn aan 11 algemeen psychiatrische ziekenhuizen klinisch gerieters verbonden. Alleen in de regio's Flevoland en Leiden zijn geen klinisch gerieters werkzaam. In de regio Breda zijn geen klinisch gerieters door nog niet vervulde vacatures.

Het streven is om vanuit de afdelingen Geriatrie expertise beschikbaar te stellen voor alle patiënten met geriatrische problematiek in de regio. Dit kan tot stand worden gebracht enerzijds door verwijzing naar de afdeling Geriatrie, anderzijds door consultatie vanuit de afdeling Geriatrie in

het eigen ziekenhuis, bij de patiënt thuis en in verpleeghuizen. Daarnaast wordt vanuit de afdelingen Geriatrie een aanzet gegeven voor het opzetten van satelliet-poliklinieken en consultatie in andere ziekenhuizen. De klinische geriatrie werkt nauw samen met andere specialismen met speciale aandacht voor geriatrische problematiek, te weten de sociale geriatrie, ouderenpsychiatrie en verpleeghuis-geneeskunde. Dit samenwerkingsverband wordt ook wel het *netwerk specialismen geriatrie* genoemd.²

De capaciteit van de afdelingen Geriatrie is beperkt. Om de capaciteit zo goed mogelijk te benutten, is een tijdige herkenning van geriatrische problematiek en een goed functionerend netwerk geriatrie van belang. Momenteel worden in de regio's Friesland, Tilburg, Utrecht en Den Haag, met behulp van subsidie van VWS, modellen van netwerkvorming ontwikkeld. Het verdient naar onze mening aanbeveling om in de ziekenhuizen waar een afdeling Geriatrie aanwezig is ook de functie Ouderenpsychiatrie te ontwikkelen.

Ontwikkelingen

De spreiding van de afdelingen Geriatrie is zodanig gevorderd dat rond het jaar 2000 klinisch-geriatrie expertise binnen bereik komt voor alle patiënten met geriatrische problematiek in Nederland. Uitbreiding van het aantal klinisch gerieters naar ten minste drie per afdeling Geriatrie in een algemeen ziekenhuis is in de toekomst nodig; voor de ziekenhuizen met een afdeling Geriatrie zijn ongeveer 80 fulltime equivalenten (fte's) klinisch gerieters nodig.

Daarnaast is verdere uitbreiding van de klinische geriatrie naar circa 80 ziekenhuizen die niet over een afdeling Geriatrie zullen beschikken, gewenst; dit kan tot stand worden gebracht door het budget uit te breiden en een polikliniek Geriatrie en consultatie in het ziekenhuis te laten starten door een klinisch geriater en een geriatrieverpleegkundige die binnen een team samenwerken met een fysiotherapeut, een ergotherapeut en eventueel een psycholoog;² hiervoor is, afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis, 0,5-1,0 fte klinisch geriater per ziekenhuis nodig. ■

Overzicht. Spreiding afdelingen Geriatrie in algemene en academische ziekenhuizen in 1997 over de gezondheidregio's (Wet Ziekenhuisvoorzieningen Regio's); met afdeling Geriatrie wordt de kliniek, polikliniek en consultatieve functie bedoeld (vervolg).

regio	instelling	voorziening (beddenaantal)	plannen
Leiden	Waterland ZH, Purmerend	polikliniek/consultatie	
	Academisch ZH Leiden	polikliniek (internisten)	
	Den Haag	Leyenburg ZH, Den Haag	liaison-geriatrie
	Delft	Reinier de Graaf Stichting, Delft	polikliniek/consultatie
Midden-Holland	Groene Hart ZH, Gouda	afdeling Geriatrie (8)	afdeling Geriatrie (16)
			dagbehandeling
			afdeling Geriatrie (24)
			dagbehandeling
Rijnmond	Acad. ZH Rotterdam Dijkzigt/ Havenziekenhuis, Rotterdam	afdeling Geriatrie (24)	
Dordrecht	Merwede ZH, Dordrecht	afdeling Geriatrie (8)	uitbreiding klinische capaciteit
	Drechtsteden ZH, locatie Refaja		consultatie
Zeeland	Streek ZH Walcheren, Vlissingen	afdeling Geriatrie (12)	afdeling Geriatrie (24)
Breda	De Baronie, Breda		afdeling Geriatrie (16)
	De Lievensberg, Bergen op Zoom		afdeling Geriatrie (16)
Tilburg	Twee Steden ZH, Tilburg	afdeling Geriatrie (24)	
Den Bosch	Bosch Mediecentrum, Den Bosch	afdeling Geriatrie (24)	
Eindhoven	Elkerlick ZH, Helmond	afdeling Geriatrie (22)	dagbehandeling
	Catharina ZH, Eindhoven		consultatie
	Diaconessenhuis, Eindhoven		consultatie
	St. Anna ZH, Geldrop		consultatie
	St. Joseph ZH, Veldhoven		consultatie
Noord-Limburg	St. Maartens Gasthuis, Venlo	afdeling Geriatrie (24)	
		dagbehandeling	
	St. Laurentius ZH, Roermond	polikliniek/consultatie	
	St. Elisabeth ZH, Venray	consultatie	
Zuid-Limburg	St. Jans Gasthuis, Weert	polikliniek/consultatie	
	Maasland Ziekenhuis, Sittard	afdeling Geriatrie (26)	
		dagbehandeling	
	ZH St. Gregorius, Brunssum		polikliniek/consultatie
	Academisch ZH Maastricht	afdeling Geriatrie (8)	capaciteitsuitbreiding

Voor het onderwijs is het van belang dat alle medisch studenten in de gelegenheid worden gesteld kennis te nemen van de specifieke problemen van geriatrische patiënten. Een afdeling Geriatrie met vol-

nodig zullen zijn, dat is 1 fte klinisch geriater per 4.000 mensen ouder dan 75 jaar. Dit komt overeen met de adviezen van de British Geriatrics Society.³ Momenteel zijn er 60 geregistreerde werk-

het huidige potentieel aan klinisch geriateren mogelijk om de komende tien jaar ruim 175 arts-assistenten en internisten tot klinisch geriater op te leiden teneinde de beschikbaar komende plaatsen voor klinisch geriateren rond het jaar 2010 te kunnen bezetten en te voorkomen dat er langdurige vacatures ontstaan. •

... in 2010 ruim 275 fte's klinisch geriater nodig...

doende staf aan alle academische ziekenhuizen is daarbij onontbeerlijk. Ten behoeve van het wetenschappelijk onderzoek is dringend een academische infrastructuur noodzakelijk. In de academische ziekenhuizen zijn ruim 50 fte's klinisch geriater nodig.

Tot slot is er toenemende vraag naar klinisch geriateren in de 83 algemeen psychiatrische ziekenhuizen en worden klinisch geriateren structureel in consult gevraagd in een groeiend aantal verpleeghuizen. Hiervoor zijn ruim 100 fte's klinisch geriater nodig.

In zijn totaliteit betekent dit dat in Nederland in 2010 ruim 275 fte's klinisch geriater

zame klinisch geriateren en 40 arts-assistenten in opleiding. Daarnaast is er een klein aantal internisten, van wie de meesten een aanvullende opleiding in de klinische geriatrie hebben gevolgd, volledig werkzaam binnen de klinische geriatrie. Instroom van internisten in de klinische geriatrie via een aanvullende opleiding van maximaal twee jaar wordt gestimuleerd.

De capaciteit van de opleiding tot klinisch geriater zal op korte termijn verder moeten worden uitgebreid om zo snel mogelijk in de behoefte te kunnen voorzien. Wanneer er voldoende financiële middelen beschikbaar worden gesteld, is het met

dr. P.A.F. Jansen,
klinisch geriater en klinisch farmacoloog,
afdeling Geriatrie, Academisch Ziekenhuis
Utrecht

dr. E. Bruijns,
klinisch geriater, afdeling Geriatrie,
Rijnstate Ziekenhuis Arnhem

dr. T.J.M. van der Cammen,
klinisch geriater, afdeling Geriatrie,
Academisch Ziekenhuis Rotterdam Dijkzigt

Literatuur

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch Jaarboek 1997.
2. Duursma SA, Ribbe MW, Robben PBM, Heeren ThJ. Geriatrie in Nederland II. De netwerken geriatrie. Ned Tijdschr Geneesk 1996; 140: 2420-3.
3. British Geriatrics Society Compendium Document F1 1997.

G E L E E T T E R D

A.H.M. Kerkhoff. De Staat als dokter.
Bussum: Coutinho, 1997. 178 blz. ISBN
90-6283075-7. Prijs f 44,50.

IN DIT BOEK worden de opvattingen van een aantal sociaal-wijsgerigen denkers over de rol van de Staat in de gezondheidszorg besproken. De auteur heeft een keuze gemaakt uit denkers in de Westerse wereld vanaf Plato tot Neumann en eindigt rond 1870. Aan de orde komen onder andere Plato, de middeleeuwen, die samenvattend worden besproken, More, Luther, Locke, Rousseau, Frank, Bentham, Malthus, Owen en Cabet. Er zouden ook andere denkers kunnen worden genoemd dan die welke worden besproken, maar Kerkhoff geeft voor zijn keuze een goede verklaring. De besprekingen beginnen met een beeld van de persoon, daarna volgt een schets van zijn werk, van zijn opvattingen over Staat en maatschappij en over gezondheidszorg. Elke onderdeel wordt afgesloten met een beschouwing en het

boek eindigt met een slotbeschouwing waarin Kerkhoff in het kort de ontwikkeling in één greep samenvat. Het is een vruchtbare gedachte geweest om in de historie naar denkbeelden over de rol van de Staat in de gezondheidszorg terug te kijken. Het geeft inzicht in de ontwikkeling en voor de lezer is het goed dat hij gaat beseffen dat de huidige opvattingen historische wortels hebben en minder origineel zijn dan soms wel wordt gedacht. Het boek laat zich gemakkelijk lezen en de auteur is er in geslaagd het denken van de besproken wijsgeren beknopt weer te geven, hetgeen een hele klus moet zijn geweest. Jammer vind ik het dat hij in 1870 eindigt. Daarna zijn er zeer vruchtbare denkers over het onderwerp van het boek geweest. Ik noem als voorbeelden Jellinek, Kelsen, Poulantzas, Schmidt, Rawles, Nozick. Door in deze eeuw door te gaan zou meer aansluiting zijn verkregen bij de huidige tijd. Het argument van Kerkhoff dat in 1870 een nieuwe geschiedenis-

periode begon, vind ik niet zo relevant. Het gaat om de terugblik van heden naar verleden. Een tweede kanttekening betreft de uitwerking van de verschillende hoofdstukken. De eigenlijke thematiek van het boek: de rol van de Staat in de gezondheidszorg, komt in een aantal hoofdstukken betrekkelijk weinig uit de verf, vergeleken met de bespreking van de algemene opvattingen van de besproken denker. Ook als gezondheid en gezondheidszorg aan de orde komen, blijft de rol van de Staat in een aantal hoofdstukken onderbelicht. Misschien had de besproken denker daarover geen gedachten, maar dan rijst de vraag waarom hij een plaats in het boek heeft gekregen. Maar deze kanttekeningen doen niet af aan mijn waardering voor het boek. Het is een leeswaardige inleiding in gedachten die in het verleden zijn ontwikkeld en die ook in de huidige samenleving nog doorwerken. •

prof. dr. H.J.J. Leenen

Sociale geriatrie op weg naar erkenning

De sociaal-geriater als breedtespecialist

J.A.L. de Keijzer, A.H.M. Kleemans
en P.J.F. van der Kooij

De sectie sociale geriatrie van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie heeft bij de KNMG een verzoek tot erkenning gedaan. Er wordt hard gewerkt aan de opzet van een opleiding en afgelopen jaar is een door VWS gesubsidieerd project over de kwaliteitscriteria afgerond. In dit artikel wordt ingegaan op de inhoud en de relevantie van de functie sociaal-geriater als breedtespecialist.

OP 1 JANUARI 1982 werden de Riagg's operationeel. Eén van de belangrijkste verworvenheden van deze ambulante organisatievorm was het ontstaan van ouderenafdelingen. Er was bij deze afdelingen behoefte aan psychiaters en artsen die de verantwoordelijkheid op zich namen om ouderen met psychiatrische stoornissen te diagnosticeren en te behandelen. Psychiaters waren, zeker in het begin, nauwelijks te bewegen tot een aanstelling bij de ouderenafdelingen. Andere ervaren en ook minder ervaren artsen zijn zich wel voor deze groep gaan inzetten en hebben expertise op dit terrein ontwikkeld. Niet zoveel later ontwikkelden zich indicatieprocedures voor de ouderenzorg. Dit leidde tot een Algemene Maatregel van Bestuur van 29 september 1988 waarin de regelgeving en ook de kwaliteit van de indicatiecommissie werden geregeld.¹ Het is wettelijk verplicht om een arts met geriatrische deskundigheid te benoemen in de indicatiecommissies.

Deze beide ontwikkelingen hebben één punt gemeen: de deskundigheid van beide groepen artsen, werkzaam bij Riagg of indicatiecommissie, wordt enigszins vaag beschreven in termen van ervaringsdeskundigheid op het gebied van de geriatrie en de psychogeriatric. Beide artsen-groepen treffen elkaar binnen de sectie sociale geriatrie van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie. Ze vinden elkaar in de omschrijving van hun werkdomein

en de daarbij vereiste deskundigheden. In 1990 opent de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie een voorlopig register voor sociaal-geriaters. Er wordt een plan vastgesteld voor een driejarige opleiding. De onderhandelingen voor de start aan de Vrije Universiteit te Amsterdam zijn begonnen. Parallel hieraan heeft het verzoek tot erkenning geleid tot het formeren van een werkgroep binnen de KNMG. Deze werkgroep onderzoekt de mogelijkheden om tot erkenning te kunnen overgaan. Naast de psychiaters vormen de sectie sociale geriatrie en de Nederlandse Vereniging van Artsen in de Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap (NVAZ) samen twee groepen georganiseerde artsen die een specifiek domein binnen de GGZ hebben.² Naast ons bestaat er nog een grote groep niet-georganiseerde langdurig binnen de GGZ werkzame artsen, die ook geen psychiater zijn. Met de NVAZ menen wij als sectie sociale geriatrie dat er verschillende redenen zijn om binnen de GGZ niet alleen maar psychiaters werkzaam te laten zijn, maar dat er dan wél kwaliteitseisen en normen moeten worden gesteld aan de artsen werkzaam binnen nader te bepalen onderdelen van de GGZ. Van de Wet BIG gaat ook een impuls uit om gekwalificeerde deskundigheid te benoemen en te beschermen. Daarnaast is een maatschappelijke discussie over onpartijdige geïntegreerde indicatiestelling voor de ouderenzorg 'losgebarsten', waarbij de vraag naar een sociaal-geriater steeds toeneemt. Onze inschatting is dat er in het jaar 2000 een behoefte is aan minimaal 200 sociaal-geriaters werkzaam bij indicatiecommissies en ambulante psychogeriatrische en psychiatrische afdelingen in de ouderenzorg van de GGZ. Het gaat derhalve om een redelijk grote groep artsen naar wie vraag is in de toekomst.

Wat is een sociaal-geriater?

De sociaal-geriater laat zich beschrijven als een veelzijdige, generalistische arts - een breedtespecialist - die zowel kan omgaan met als zicht heeft op multiproblematiek bij ouderen en op de complexiteit van de omgevingsfactoren.

Het specifieke van de sociaal-geriater is dat hij of zij bij de multiproblematiek van ouderen alle factoren die daarbij meespelen kan betrekken. Dit betreft de diagnostiek van de patiënt, de beoordeling van de mantelzorg, het inschatten van de mogelijkheden van de directe omgeving in de thuissituatie, van de eerste lijn en de mogelijkheden van tweedelijns voorzieningen.

De sociaal-geriater is op dit terrein een diagnosticus van de multiproblematiek,

... sociaal-geriater voegt belangrijke dimensie toe aan de contextuele benadering ...

een indicatiesteller, een verbindende en samenwerkende schakel. Als diagnosticus van de multiproblematiek moet hij of zij worden gezien als een generalist.

Op het terrein van de psycho-organische stoornissen in de thuissituaties echter is de sociaal-geriater een expert in diagnostiek en behandeling. Bovendien is hij of zij op het terrein van de wetgeving en de juridische aspecten onderlegd.

De sociaal-geriater is verder breed inzetbaar en heeft ook kennis en vaardigheden op het terrein van de psychiatrie bij ouderen en van sociaal-geneeskundige aspecten rond de psycho-organische stoornissen.

De sociaal-geriater kan in het kader van sociaal-medische zorg aan ouderen adviezen verstrekken over huisvesting, zorg en voorzieningen.

Dit beeld van de sociaal-geriater roept de volgende vragen op: Waarom nu een aparte specialisatie? Waarin onderscheidt hij of zij zich van andere artsen?

Apart specialisme

We hebben ons in de afgelopen jaren veel vragen gesteld. Allereerst hebben we ons gericht op een mogelijke specialisatie ■

in de richting van sociaal-geneeskundige. Daarbij deden en doen zich twee problemen voor.

Enerzijds zijn we veel te curatief om als sociaal-geneeskundige pur sang te boek te staan. Vergelijk de ongemakkelijke positie van de sportgeneeskunde binnen de sociale geneeskunde.³

Anderzijds zijn de opleidingen voor sociaal-geneeskundigen zo breed dat voor ons vakgebied ouderen nog veel applicatiecursussen zouden moeten volgen alvorens zij kunnen worden ingezet. Ook de Vereniging van Indicerende en Adviserende Artsen (VIA) maakt zich sterk voor de verbreding van de deskundigheid van de sociaal-geneeskundige op het terrein van de ouderenzorg.⁴

Dit heeft ons ertoe gebracht ons als voorname curatief gericht arts te positioneren. Ons streven is nooit geweest te worden gezien als de evenknie van de klinisch geriater of de ouderenpsychiater. Maar omgekeerd achten wij het niet wenselijk dat deze beide disciplines volledig zouden worden ingezet op ons domein. Wij menen namelijk dat wij een zeer belangrijke toegevoegde waarde hebben. Ten opzichte van de klinisch geriater en in wat mindere mate van de ouderenpsychiater voegen wij met onze kennis en vaardigheden een belangrijke dimensie toe aan de contextuele benadering. Deze benadering is zeer lovend beschreven in het NCGV-onderzoek 'Vraag en aanbod van de ouderenafdelingen'.⁵

In vergelijking met de ouderenpsychiaters hebben wij duidelijk een toegevoegde waarde wat betreft onze kennis en vaardigheden op het gebied van de somatiek. Maar ook een zeer belangrijk argument voor onze aparte positionering is dat het voor ons werkdomain niet nodig is dieptespecialisten aan te trekken. Wij menen met Hutschemaekers,⁶ dat binnen de GGZ taken kunnen en ook moeten worden benoemd die niet per se door psychiaters (of klinisch geriateren) worden vervuld, maar die door andere specialisten in de GGZ kunnen worden overgenomen.

Het domein van de verpleeghuisarts heeft een grote overlap met het onze, maar niet op het gebied van de contextuele benadering. Zeker zolang de verpleeghuisgeneeskunde gedefinieerd blijft als intramurale behandeling in verpleeghuizen en dadelijk in verzorgingshuizen zijn een aparte opleiding en functie van sociaal-geriater voor de ambulante GGZ-ouderenafdelingen en de indicatiecommissies noodzakelijk.

Kwaliteitscriteria

In het begin van dit jaar is door een commissie bestaande uit vertegenwoordigers van VWS, de Nederlandse Vereniging

voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, de Landelijke Vereniging van GGD-en en de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie een document opgesteld,⁷ waarin de kwaliteitseisen voor artsen werkzaam in de sociale geriatrie zijn vastgesteld. Bij deze eisen wordt veel aandacht besteed aan het werken met en ontwikkelen van standaarden en protocollen.

Diagnostiek en vraaganalyse vormen een zeer wezenlijk onderdeel van het werk van een sociaal-geriater. De sociaal-geriater heeft de kennis en kundigheid als behandelend of - daarvan goed te onderscheiden - als onafhankelijk arts te beoordelen of een oudere wel of niet in aanmerking komt voor een bepaalde voorziening en of de oudere wel of niet verantwoord thuis kan blijven met de daartoe eventueel benodigde voorzieningen. Cruciaal in de zorgvraaganalyse bij zorgbehoevende

Diagnostiek en vraaganalyse vormen een zeer wezenlijk onderdeel van het werk van de sociaal-geriater

ouderen is de interpretatie van het totaal aan beperkingen en belemmeringen voortvloeiend uit een somatische en/of psychiatrische stoornis. De zorgvraaganalyse is onderdeel van een proces waarin te onderscheiden zijn de hulpvraag, de toetsing of de hulpvraag bij de desbetreffende organisatie terecht is gekomen, het uitbrengen van een advies, urgentiebepaling in het wachtlijstbeheer, toezicht op implementatie van het advies en zorgevaluatie. In dit kader kan de sociaal-geriater invulling geven aan de begrippen 'bereidheid' en 'verzet' die in de Wet BOPZ centraal staan.

Naast de curatieve met name diagnostische vaardigheden heeft de sociaal-geriater ook sociaal-geneeskundige vaardigheden. Het samenwerken binnen multidisciplinaire teams, het participeren en opzetten van zorgnetwerken, het analyseren van knelpunten in het zorgaanbod en het vertalen in beleidsadviezen zijn daarbij belangrijke aspecten die de sociaal-geriater beheerst.

In de kwaliteitscriteria wordt verder detailistisch ingegaan op verschillende voor de hand liggende aspecten van het takenpakket van de sociaal-geriater, die echter voor dit artikel niet echt interessant

zijn. De hierboven aangehaalde aspecten geven de markante punten weer.

Tot slot

Wij zijn op weg naar erkenning. We verwachten zeker nog enkele pittige discussies over nut en noodzaak van ons vak. We hebben ons inziens genoeg argumenten om deze discussies met vertrouwen tegemoet te zien. We werpen ons op als deskundige artsen-breedtespecialisten die óf een rol hebben in ambulante GGZ-teams voor ouderen óf echt onafhankelijke artsen zijn in indicatiecommissies voor de ouderenzorg. •

J.A.L. de Keijzer,
sociaal-geriater Riagg Zuid Kennemerland

A.H.M. Kleemans,
sociaal-geriater van Foreest centrum,
Alkmaar

P.J.F. van der Kooij,
beleidssecretaris Nederlandse Vereniging
voor Geriatrie

Literatuur/Noten

1. Besluit van 29 september 1988, houdende bepalingen omtrent de advisering van ouderen inzake aan hen te verlenen hulp vanwege bejaardenoordelen en verpleeginrichtingen. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 1988, 456.
2. Lanphen J. Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Medisch Contact 1996; 51 (46): 1490.
3. Spreeuwenberg C. Sportarts: sociaal-geneeskundige of medisch specialist? Medisch Contact 1996; 51 (37): 1161.
4. Verkade BAM, Trompetter Th. Sociaal-medische advisering sterk in ontwikkeling, een nieuwe vereniging. Medisch Contact 1997; 52 (4): 125-6.
5. Beer M de, Hutschemaeker G. Vraag en aanbod Ouderen. Utrecht: NcGv, april 1996.
6. Hutschemaeker G. Hoe meer psychiaters, des te groter het tekort? MGv 1993; (11): 1171-86.
7. Kooij PJF van der. Kwaliteitscriteria voor de beroepsuitoefening van artsen werkzaam in de sociale geriatrie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Geriatrie, maart 1997.

Modellen voor de toekomstige medische zorg in verzorgingshuizen

Hoe kan aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen worden voldaan?

Peter van der Ende

Vanaf het jaar 2001 zullen de verzorgingshuizen worden gefinancierd vanuit de AWBZ. Deze nieuwe financieringsvorm zal consequenties hebben voor de uitvoering van de medische zorg. Het Gerontagogisch Centrum Groningen (GCG) heeft onderzocht op welke manier de medische zorg in verzorgingshuizen vorm kan krijgen en heeft op grond hiervan adviezen gegeven.

DE MEDISCHE ZORG in de verzorgingshuizen werd in het verleden altijd verleend door artsen die de bewoners reeds voorafgaand aan opname in het verzorgingshuis als huisarts hadden. Door de toenemende problematiek van de bewoners en de daaruit voortvloeiende samenwerking met verpleeghuizen door middel van substitutieprojecten is de verpleeghuisarts een bijdrage gaan leveren aan verzorgingshuizen.

Tussen de discipline van huisarts en die van verpleeghuisarts bestaan duidelijke verschillen. De kern van de discipline van huisartsgeneeskunde is continue, integrale en persoonlijke zorg, die voornamelijk individueel gericht is. Huisartsen organiseren de hulpverlening doorgaans ad hoc en vervullen coördinerende rollen binnen de verschillende hulpverleningsechelons. De kern van de discipline van verpleeghuisarts is een generalistische en op onderdelen specialistische en continue, langdurige, systematische en multidisciplinaire zorg, die door multidisciplinaire teams wordt gegeven.¹ Beide disciplines hebben vanuit het eigen beroep bevoegdheden en verantwoordelijkheden in de zorg. Voor de medische zorg van bewoners van verzorgingshuizen is een huisarts of een verpleeghuisarts verantwoordelijk. Het is niet wenselijk om de verantwoordelijkheid te delen, daar dit ernstige afstemmingsproblemen tot gevolg kan hebben.² Volgens de huidige regelingen zijn huisartsen verantwoordelijk voor het deel dat valt onder de Overgangswet Ver-

zorgingshuizen en verpleeghuisartsen voor de verpleegunits.³

Vanaf het jaar 2001, als verzorgingshuizen zullen worden gefinancierd vanuit de AWBZ, zal het onderscheid tussen bewoners niet kunnen worden aangegeven met de verschillende soorten financiering. Dan zal op grond van de financiering minder duidelijk een onderscheid zijn aan te brengen tussen 'reguliere' verzorgingshuisbewoners, bewoners die aanvullende verpleeghuiszorg nodig hebben en bewoners van verpleegunits. Op grond van zorginhoudelijke criteria zal dit onderscheid nog wel zijn aan te brengen. De gehanteerde indeling in zorg voor groepen, namelijk enkelvoudige, meervoudige en samengestelde zorg, waarin bewoners op grond van indicatiecriteria worden ingedeeld, kan richtinggevend zijn voor welke arts verantwoordelijk is voor de medische zorg.⁴

Inventarisatie

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het Gerontagogisch Centrum Groningen in negen regio's in het land bij in totaal 25 verzorgingshuizen de vormgeving van de zorg geïnterviewd.⁵ Behalve de bewoners en de medewerkers van deze instellingen hebben 45 huisartsen en van 11 verpleeghuizen de directeurs en de verpleeghuisartsen meegewerkt aan de interviews.

Uit deze inventarisatie kwam naar voren dat in de verzorgingshuizen niet altijd wordt gewerkt volgens de hiervoor genoemde regelingen. Het blijkt dat wordt gewerkt met verschillende modellen voor medische zorg:

model A: onbeperkt aantal huisartsen;

model B: beperkt aantal huisartsen, bijvoorbeeld een huisartsengroep;

model C: één à twee huisartsen. Dit model heeft de varianten:

C1: werkend vanuit de eigen huisartspraktijk;

C2: werkend in loondienst van het verzorgingshuis;

model D: verpleeghuisartsen voor deel van bewoners, huisartsen voor overige bewoners. Dit model heeft de varianten:

D1: onbeperkt aantal huisartsen voor overige bewoners;

D2: beperkt aantal huisartsen voor overige bewoners;

model E: beperkt aantal verpleeghuisartsen voor alle bewoners.

In veel gevallen is er voor bewoners een beperking in de keuze voor een arts. Men kan niet meer de eigen huisarts aanhouden na opname in het verzorgingshuis. Hiertegenover staat dat door het beperkte aantal artsen een intensievere samenwerking tussen de zorgverleners mogelijk is, hetgeen de kwaliteit van zorg voor de bewoners ten goede kan komen.

Visie koepelorganisaties

De modellen voor medische zorg zijn voorgelegd aan diverse koepelorganisaties. Vertegenwoordigers van de volgende organisaties hebben zich tijdens interviews over de modellen uitgesproken: koepels van bewonersorganisaties van verpleeg- en verzorgingshuizen, de ouderenbonden, koepelorganisaties van verzorgings- en verpleeghuizen, artsenberoepsverenigingen - de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) - en koepels van de ziektekostenverzekeraars.

Volgens deze koepels zal de organisatie van de medische zorg dienen te worden aangepast bij de behoeften van de bewoners. Er zullen voorwaarden moeten worden gecreëerd voor een samenhang in de zorg. Dit betekent, dat het werken met een onbeperkt aantal huisartsen (model A) volgens alle koepelorganisaties in de toekomst niet werkbaar lijkt. Voor alle andere modellen wordt door een of meer koepelorganisaties de voorkeur uitgesproken. De meeste voorkeur gaat uit naar de combinatie van een beperkt aantal huisartsen en verpleeghuisartsen voor een deel van de bewoners met ernstige gezondheidsklachten (model D2). Daarnaast staan de koepels over het algemeen open tegen-

over het uitproberen van verschillende modellen.

In de randvoorwaarden voor de medische zorg die door koepelorganisaties zijn aan-gegeven, wordt aangedrongen op het ver-ruimen van samenwerkingsmogelijkhe-den tussen de verschillende disciplines en organisaties. Daarnaast zal de deskundig-heid van de verschillende hulpverleners op peil moeten worden gehouden. Ook zullen de verzorgingshuizen, naast (aan-gepaste) huisvestingsmogelijkheden voor bewoners, voldoende moeten zijn toege-rust voor een goede uitvoering van de me-dische zorg, bijvoorbeeld door te beschik-ken over een onderzoeksruimte.

Kosten

De kosten voor artsen die de verschillen-de modellen met zich mee brengen, zijn berekend op grond van enkele aannamen. Als huisartsen intensief bij de teamzorg worden betrokken, zou vanuit het zieken-fonds tweemaal het basisbedrag moeten

cludeerd, dat de keuze voor huisartsen of verpleeghuisartsen voor de medische zorg in verzorgingshuizen afhankelijk is van de doelgroep. Als een verzorgingshuis voor het grootste gedeelte bestaat uit bewoners die enkelvoudige zorg nodig hebben en die nog redelijk in staat zijn om de regie over hun eigen leven te voeren, lijken huisartsen de aangewezen hulpver-leners om de medische zorg uit te voeren. Als een verzorgingshuis voor het groot-ste deel te maken heeft met bewoners met ernstige gezondheidsklachten en de po-pulatie sterke overeenkomsten vertoont met die van een verpleeghuis, lijken ver-pleeghuisartsen de geschiktste hulpver-leners te zijn.

Drie modellen lijken het meest aangewe-zen voor de medische zorg in de verzor-gingshuizen nieuwe stijl vanaf het jaar 2001.

Bij het *eerste model* is er een beperkt aan-tal huisartsen per verzorgingshuis, waar-

de regelgeving. De eenvoudigste oplos-sing lijkt te zijn verzorgingshuizen bij ver-pleeghuisartsen onder te brengen. Deze artsen zijn gewend om intramuraal in teams te werken. Hierbij wordt echter het contact met de extramurale zorg bedreigd en de zelfstandigheid van bewoners be-knot.

Het behoud van de vrije artsenkeuze zal dienen te worden bewaakt. Dit houdt in dat meer dan één arts bij een verzorgingshuis zal zijn betrokken. Het betekent niet dat men automatisch de huisarts die men voor-afgaand aan de opname had, behoudt. Het aanbrengen van meer samenhang in de zorg en het stimuleren tot intensievere samenwerking tussen hulpverleners zul-len voor bewoners leiden tot een beper-king van de keuze tussen hulpverleners en daarmee ook tot de keuze tussen artsen. Door middel van het toestaan van enige ruimte in het beleid kan in uitzonderings-gevallen worden afgeweken van de alge-mene werkwijze bij een bepaald model. Voor bewoners die nadrukkelijk willen vast-houden aan een bepaalde huisarts zal een uitzondering moeten worden gemaakt. Er zullen kwaliteitsgaranties moeten wor-den geboden voor de medische zorg in verzorgingshuizen. Eén van de voorwaar-den hiervoor is een goede communicatie tussen artsen en verzorgenden. Huisart-sen die betrokken wensen te blijven bij verzorgingshuizen zullen zich daartoe ook dienen in te zetten.⁶ Op die manier kan worden voldaan aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen, waarin onder meer is ge-formuleerd dat moet worden zorggedra-gen voor een goede verantwoordelijk-heidstoedeling, dat de zorg doelmatig wordt verleend en dat deze van goed ni-veau is. •

drs. Peter C. van der Ende,
onderzoeker bij het Gerontagogisch Centrum
Groningen (GCG)

De eenvoudigste oplossing lijkt te zijn verzorgingshuizen bij verpleeghuisartsen onder te brengen

worden vergoed voor een bewoner. Dit wordt reeds uitgevoerd in één van de on-derzochte regio's. Hier wordt de extra honorering toegekend aan de huisartsen-groep die verantwoordelijk is voor de uit-voering van de medische zorg. Als een verpleeghuisarts in loondienst komt van het verzorgingshuis, waarbij sprake is van bewoners met zwaardere problematiek, is volgens inschatting 1 arts op 300 be-woners een reële mogelijkheid.

Bij de kostenberekeningen is het duide-lijk geworden dat, indien een standaard-ziekenfondsvergoeding voor de bewoners van verzorgingshuizen wordt gegeven, de zorg de minste kosten met zich mee-brengt.

Indien wordt gewerkt vanuit het solidari-teitsbeginsel, waar de vergoedingen van mensen die weinig hulp behoeven de ver-goedingen van mensen die veel hulp be-hoeven compenseren, zijn voor de doel-groep verzorgingshuisbewoners de kos-ten het laagst.

Als de betrokkenheid van artsen bij het verzorgingshuis wordt geïntensiveerd, zal de financiële vergoeding voor de medi-sche zorg hoger moeten worden.

Adviezen

Op grond van de informatie van de inven-tarisatie en van de koepelorganisaties zijn de modellen beoordeeld. Dit is gedaan aan de hand van criteria ontleend aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996). Vanuit de beoordeling kan worden gecon-

cludeerd, dat de keuze voor huisartsen of verpleeghuisartsen voor de medische zorg in verzorgingshuizen afhankelijk is van de doelgroep. Als een verzorgingshuis voor het grootste gedeelte bestaat uit bewoners die enkelvoudige zorg nodig hebben en die nog redelijk in staat zijn om de regie over hun eigen leven te voeren, lijken huisartsen de aangewezen hulpver-leners om de medische zorg uit te voeren. Als een verzorgingshuis voor het groot-ste deel te maken heeft met bewoners met ernstige gezondheidsklachten en de po-pulatie sterke overeenkomsten vertoont met die van een verpleeghuis, lijken ver-pleeghuisartsen de geschiktste hulpver-leners te zijn.

Drie modellen lijken het meest aangewe-zen voor de medische zorg in de verzor-gingshuizen nieuwe stijl vanaf het jaar 2001.

Bij het *eerste model* is er een beperkt aan-tal huisartsen per verzorgingshuis, waar-

Geadviseerd wordt de verzorgingshuizen met huisartsen en verpleeghuizen en eventueel andere betrokkenen een keu-ze te laten maken uit deze drie modellen. Bij de keuze zullen onder meer de zorg-visie van het verzorgingshuis, de zorg-zwaarte van de bewonerspopulatie, de taakopvatting van betrokken artsen en de nabijheid van een verpleeghuis moeten worden betrokken.

Discussie

Er is een verschil tussen wat in de regel-geving van provincies en de rijksoverheid is voorgeschreven en de werkelijkheid. In principe is er sprake van vrije artsenkeuze. In de praktijk blijkt dat in verschillende verzorgingshuizen hiervan wordt afgewe-ken. Omdat de huidige regelgeving in de praktijk niet op een zorgvuldige manier valt uit te voeren, worden oplossingen bedacht die zich niet altijd laten controleren door

Literatuur/Noot

1. Haan M de, Ribbe MW. Huisartsgeneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde; een vergelijking. Ned Tijdschr Geneesk 1993; 137 (52): 2696-701.
2. Beer MFJM de, Fahrenfort M. Verpleeghuiszorg bui-ten de muren. Wie is er verantwoordelijk? Medisch Con-tact 1993; 20: 625-6.
3. Voorheen was dit de Wet op Bejaardenoorden (WBO). De verzorgingshuizen worden nu gefinancierd door het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) als overgangsregeling naar de AWBZ vanaf het jaar 2001.
4. Handreiking voor de samenwerking huisarts-verpleeghuisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vere-niging en Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuis-artsen, 1995.
5. Ende PC van der. Medische zorg in verzorgings-huizen. Inventarisatie van mogelijke modellen met het oog op organisatie en financiering vanaf het jaar 2001. Groningen: Gerontagogisch Centrum Groningen, 1997 [ISBN 90 5303 102 2].
6. Rijkmans JG, Meyboom-de Jong B. Huisartsenzorg in verzorgingshuizen. Medisch Contact 1997; 52(20): 626-7.

Inbedding van seksuologie in een algemeen ziekenhuis

Het Leyenburg-model

R.F. Kropman, M.C. Poelsma,
E.J.C. van Rijssel, J. Schippers
en M.D. Waldinger

Tegen de achtergrond van de schaarste aan seksuologische voorzieningen in ons land is de situatie in het Haagse Ziekenhuis Leyenburg opvallend te noemen: in dat algemeen ziekenhuis is een multidisciplinaire polikliniek Medische Seksuologie opgezet.

SEKSUOLOGIE heet een jong terrein te zijn in de medische wereld. Toch kent Nederland bepaald een seksuologische traditie, vooral uit de medische hoek. Dr. Th.H. van de Velde, gynaecoloog, publiceerde reeds in 1925 zijn boek 'Het Volkomen Huwelijk'. De namen van L.H. Levie, arts-seksuoloog, C. van Emde Boas, arts/psychotherapeut-seksuoloog, en dr. H. Musaph, psychiater en hoogleraar medische seksuologie, zijn ver over onze landsgrenzen bekend vanwege hun bijdragen aan seksuologisch onderzoek en de hulpverlening bij seksuele problemen.

Seksuologie is al meer dan twintig jaar opgenomen in het curriculum van diverse medische faculteiten en onlangs vierde de werkgroep Seksuologische Hulpverlening van het Academisch Ziekenhuis Groningen haar tweede lustrum. Ook in de opleiding tot het specialisme gynaecologie is seksuologie inmiddels opgenomen.

Desondanks is de beschikbaarheid van seksuologische hulpverlening en van onderzoeks- en opleidingsfaciliteiten nog steeds zeer beperkt. Nog niet alle universitaire cen-

tra beschikken over een polikliniek Seksuologie en van adequate vergoeding voor seksuologische hulp door ziektekostenverzekeringen is vrijwel geen sprake.

Tot voor kort was het aan de Nederlandse universiteiten niet mogelijk je in de seksuologie te specialiseren.

De Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS) tracht de kwaliteit van de seksuologische hulpverlening en de vormings-, preventie- en onderwijsactiviteiten te bevorderen via een register van gekwalificeerde seksuologen, een basiscursus seksuologie en de vervolgoopleidingen Seksuologische Hulpverlening of Vorming, Preventie en Onderwijs.

Tegen de achtergrond van schaarste in seksuologische voorzieningen is de situatie in Ziekenhuis Leyenburg in Den Haag opvallend te noemen. In dit artikel willen wij een schets geven van de ontstaansgeschiedenis van dit initiatief, en van de ontwikkelingen en de huidige stand van zaken op de afdeling Medische Seksuologie in dit algemene ziekenhuis.

Ontstaansgeschiedenis

In 1992 pleitte de afdeling Gynaecologie van het ziekenhuis Leyenburg bij de ziekenhuisdirectie en de twee grootste ziektekostenverzekeringen ervoor een gespecialiseerde arts-seksuoloog aan te trekken. Voor het ziekenhuis zou de uitbreiding met seksuologische hulpverlening een versterking van de functie in de regio betekenen. Het manco in regulier vergoede hulpverlening voor seksuele problematiek werd erkend en men besloot tot een parttime-aanstelling van een gespecialiseerde arts-seksuoloog. Deze trad in dienst van het ziekenhuis en werd betaald uit een door de verzekeraars beschikbaar gesteld budget.

De seksuologische hulpverlening was gebonden aan een aantal voorwaarden: verwijzing mocht alleen plaatsvinden na consultatie bij een van de gynaecologen en er diende een zorgvuldige registratie plaats te vinden van de problemen, de behandelingsduur en -resultaten.

Binnen drie maanden bleek de aanstelling van 20 uur niet voldoende om alle aangemelde patiënten te kunnen behandelen en werd het contract uitgebreid tot 32 uur. De aantallen aangemelde en behandelde pa-

tiënten liepen continu op (*tabel*). Op grond van deze ontwikkeling stelden de ziektekostenverzekeraars per 1 januari 1995 een structureel budget ter beschikking voor een fulltime medisch seksuoloog.

Resultaten

De waarde van een 'nieuwe' behandelingsvorm wordt vanzelfsprekend afgemeten aan de resultaten.

De verzamelde gegevens geven het volgende beeld:

- Het grootste aandeel van de gepresenteerde problematiek wordt gevormd door vaginistische klachten en dyspareunie, samen 30%, gevolgd door libidoproblemen met 16% en erectiestoornissen met 13%.
- Klachtgerichte oefentherapie, individueel of voor het paar, is de meest gekozen therapeutische invalshoek, samen 30%, gevolgd door informatie, voorlichting, steun en structurering met 28%, en inzicht in veroorzaken de en onderhoudende factoren gevende therapie met 20%.
- Bij 31% van de aangemelde patiënten werd geen behandeling ingesteld, maar bleef het contact beperkt tot diagnostiek, waarna een advies of verwijzing volgde of de patiënt het contact verbrak.
- De klacht werd bij de doorgaande behandelingen bij 61% opgelost; het meeste succes werd geboekt bij de klachten 'vaginisme' en 'dyspareunie' (78%) en het minste succes bij de klacht 'opwindingsstoornis' (38%).
- Klachtgerichte oefentherapie en een directe benadering hadden de beste resultaten, met een succespercentage van respectievelijk 78% en 65%.

De klachtduur was gemiddeld 7,5 jaar, terwijl bijna 80% van de patiënten voor de gepresenteerde klachten eerder onder medisch-specialistische behandeling was geweest. De aard van deze behandelingen varieerde van ineffectieve medicatie tot grote operatieve ingrepen waarvoor achteraf beschouwd geen goede indicatie bestond.

Werkgroep Medische Seksuologie

De waarde van seksuologische hulpverlening in het ziekenhuis was bewezen. Overeenkomstig het karakter van de seksuologie werd de wenselijkheid van de vorming van een multidisciplinair team geformuleerd en geëffectueerd in de werkgroep Medische

Tabel. Aantallen aangemelde en behandelde patiënten.

	1992	1993	1994	1995
aanmeldingen	52	136	145	166
afgesloten behandelingen	6	83	102	137
patiëntenbestand per 31 december	39	65	70	62
wachttijst per 31 december	1	12	30	44

Seksuologie. Binnen ziekenhuis Leyenburg bleek een groot potentieel aan seksuologische kennis en interesse aanwezig in de personen van een gynaecoloog met de registratie seksuoloog NVVS, een uroloog gepromoveerd op een studie naar diagnostiek en behandeling van erectiestoornissen, en een neuropsychiater die wetenschappelijk onderzoek doet naar de farmacotherapeutische behandeling van ejaculatiestoornissen en zich bezighoudt met de relatie tussen psychofarmaca en seksuele bijwerkingen. Samen met de arts-seksuoloog vormden zij de werkgroep Medische Seksuologie.

Er werden *criteria* opgesteld waaraan seksuologische zorg in een algemeen ziekenhuis moet voldoen. Hierbij waren de volgende factoren van belang:

- *potentiële hulpvraag.* Zowel uit de vraag naar seksuologische hulp in de eerste twee jaren als uit de beschikbare gegevens uit onderzoek bleek een grote potentiële vraag. Het onderzoek naar de duur van de klachten en eerder ondergane behandelingen gaf verder inzicht in de noodzaak van seksuologische hulpverlening;
- *in de regio beschikbare seksuologische hulpverlening.*

In de andere ziekenhuizen in de Haagse regio bestaat geen specifieke, regulier vergoede seksuologische hulpverlening. Uit gegevens van de NVVS bleek dat bij de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in de regio nauwelijks seksuologen werkzaam zijn. Uit een overleg met het Rutgershuis kwam naar voren dat de doelgroepen wezenlijk verschilden: bij de Rutgersstichting melden zich weinig mensen vanuit een medische invalshoek; daarbij dient seksuologische hulpverlening bij de Rutgersstichting door de cliënt, naar rato van inkomen, zelf te worden betaald. Specifieke seksuologische hulpverlening binnen de regulier vergoede gezondheidszorg in de regio bleek dus nauwelijks voorhanden te zijn. De dichtstbijzijnde voorzieningen zijn gesitueerd in Leiden en Rotterdam; het verzorgingsgebied omvat derhalve behalve Den Haag en randgemeenten ook het Westland, Delft en Zoetermeer;

- *taakstelling.* De taakstelling beperkte zich logischerwijs tot seksuologische problematiek die binnen het medisch kanaal ter sprake was gebracht. Bij ernstige psychopathologie, seksuele problemen met als oorzaak relationele problematiek, of bij op de voorgrond tredende ernstige neurotische problemen, diende terugverwijzing plaats te vinden met een advies omtrent meer geëigende hulp. Een dergelijk advies werd na een intake-fase gegeven - er waren geen klachten bij voorbaat uitgesloten;

- *integrale, interdisciplinaire benadering.* De samenstelling van het team moest tegemoetkomen aan het bio-psychosociale karakter van de seksuologie en dus multi- en interdisciplinair zijn. De aanwezige expertise voldeed reeds voor een groot deel aan deze eisen. Daarnaast bestonden er in het zieken-

huis mogelijkheden tot andere samenwerking, zoals met de afdelingen Fysiotherapie, Endocrinologie en Maatschappelijk Werk. De beschikbaarheid van de diverse specialisten voor seksuologische hulpverlening was echter onvoldoende om aan de vraag te voldoen; uitbreiding met gekwalificeerde seksuologen was noodzakelijk.

Stand van zaken

Dankzij de ondersteuning zowel van de kant van de directie als van de kant van het ziekenhuis en de ziektekostenverzekeraars kon de bezetting per 1 januari 1996 worden uitgebreid met een psycholoog-seksuoloog. Het jaar 1996 gaf een groei van het aantal aanmeldingen te zien van bijna 80%. Opvallend was daarbij een verviervoudiging van het aantal mannelijke patiënten opvallend. Door deze groei is de wachtlijst voor langduriger behandeling opgelopen tot 6 maanden. Er zijn screenings- c.q. aanmeldingssprekuren ingesteld. Eenvoudige problemen kunnen daardoor snel, in één of enkele contacten worden behandeld. Ook wordt voorkomen dat patiënten die andersoortige behandeling behoeven op de wachtlijst terechtkomen. Het interdisciplinaire karakter wordt benadrukt door een intensieve samenwerking met de afdelingen Gynaecologie/Obstetrie en Urologie en maandelijks patiëntenbesprekingen. Medische seksuologie participeert in de bekkenbodewerkgroep en in de opzet van een buitenpolikliniek, waar volgens vrouwenhulpverleningsprincipes wordt gewerkt. Dit laatste samen met de afdelingen Gynaecologie en Dermatologie. Daarnaast is de psycholoog-seksuoloog beschikbaar als consultant voor de aids-unit van het ziekenhuis. Seksuologie heeft een vast aandeel in het onderwijs aan de co-assistenten door middel van tweewekelijkse 'praatjes'. Inmiddels hebben enkele co-assistenten in het kader van een keuze-co-schap stage gelopen op de afdeling. Ook wordt gelegenheid geboden tot het lopen van stages aan cursisten van de seksuologische basiscursus en vervolgopleiding van de NVVS.

De afdeling Medische Seksuologie heeft een samenwerkingsverband met de binnen de afdeling Psychiatrie functionerende polikliniek Neuro-seksuologie, die is gericht op onderzoek en behandeling van seksuologische problematiek in verband met psychofarmaca en hersenfunctiestoornissen.

Toekomst

De polikliniek Medische Seksuologie Leyenburg heeft zich ontwikkeld tot een drukke, inter- en multidisciplinair werkende polikliniek.

Patiënten melden zich met een scala aan seksuologische problemen en vragen. Een specifieke groep betreft mannen met een (objectief en/of subjectief) kleine penis, waarbij psycho-seksuele counseling standaard is. Inmiddels zijn er circa 500 behandelingen afgesloten. De gegevens met betrekking tot

deze patiëntencontacten zijn in een database opgeslagen. Zij moeten de basis gaan vormen van onderzoek naar diagnostiek en behandelmethoden van seksuele dysfuncties. Ook zijn er ideeën voor onderzoek in samenwerking met academische centra en landelijke organisaties.

Gedreven door de wens de wachttijd te beperken, is het idee ontwikkeld te gaan experimenteren met een wachttijdscursus en groepsbehandeling.

De onderwijstaak zal verder worden uitgebreid met supervisie van de assistenten gynaecologie, in nauwe samenwerking met de polikliniek van het Academisch Ziekenhuis Leiden. Ook na- en bijscholing voor geïnteresseerde huisartsen staat op het programma.

Besluit

Ziekenhuis Leyenburg is er trots op te kunnen voorzien in hulpverlening bij seksuologische problematiek.

Door goed overleg en een open visie op de behoeften en mogelijkheden is deze in de regio unieke situatie tot stand gebracht. Juist de multidisciplinaire samenwerking bepaalt de kwaliteit, een samenwerking die te danken is aan de geïnspireerde inzet van alle deelnemers.

In de nabije toekomst wordt ook de onderwijskundige en wetenschappelijke waarde verder uitgediept. Een polikliniek van een dergelijke omvang is verplicht om klinisch onderzoek te doen en haar resultaten te publiceren.

Aan het eind van de 20ste eeuw is, in ieder geval in Den Haag, een begin gemaakt met een volwaardige inbedding van seksuologische hulpverlening in de gezondheidszorg. •

dr. R.F. Kropman,
uroloog,

mw. M.C. Poelsma,
arts-seksuoloog NVVS,

dr. E.J.C. van Rijssel,
gynaecoloog-seksuoloog NVVS,

dr. J. Schippers,
psycholoog-seksuoloog NVVS,

M.D. Waldinger,
neuropsychiater-seksuoloog NVVS,

allen lid van de werkgroep Medische Seksuologie Ziekenhuis Leyenburg, Den Haag

Mede namens:
drs. J.G.M. Kegelaar, directie Ziekenhuis Leyenburg;
A.N. Sintnicolaas, directie Ziekenhuis Leyenburg;
dr. A.P.M. van Dam, arts, medisch adviseur ziekenfonds AZIVO;
drs. R.P. Blom, arts, medisch adviseur Nuts ziektekostenverzekeringen

• CSG • CHVG • SRC • SGRC • HVRC •

K N M G • C O L O F O N

Nieuwe inschrijvingen

S R C

Specialisten ingeschreven in het specialisten register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de maanden *maart en april 1997*.

Anesthesiologie

mw. M.H. Blankendaal, 01.12.1996
O.M. Heufke Kantelaar, 07.07.1997
P.H.K. Vogelsang, 07.07.1997

Cardiologie

A.J.J. Aerts, 26.07.1997
M.E.R.M. van Daele, 01.12.1996
mw. B.K. Domanska, 01.04.1997
R.A.M. Kortz, 01.07.1997
P.C. Smits, 01.05.1997

Gastro-enterologie

dr. L.A. Noach, 07.07.1997
Zijn inschrijving als internist per 01.07.1989 komt hiertoe te vervallen.

Heelkunde

J.P.M. Frölke, 01.02.1997
C.J.H.M. van Laarhoven, 01.02.1996

Inwendige geneeskunde

G. Dijkstra, 01.07.1997
dr. J.J. Homan van der Heide, 01.07.1997
P.C. de Jong, 01.07.1997
L.G.M. Kerkhofs, 01.12.1996
mw. M. Louwerens, 01.07.1997
dr. J.J. Zwaginga, 01.05.1997

Kindergeneeskunde

D.A.J.P. Haring, 01.08.1997
dr. P.J.F.M. Merkus, 01.04.1997
A.S.P. van Trotsenburg, 01.01.1997
dr. T.F.M. Wolfs, 01.04.1997

Longziekten en tuberculose

R.N. van Rossem, 01.05.1997

Neurochirurgie

W.A. van den Brink, 01.07.1997

Neurologie, hoofdvak klinische neurofysiologie

J.P. Gomez, 16.07.1997

Oogheelkunde

mw. H.M.N. Coevoet, 12.04.1997

mw. D.M.M. Schipper, 02.08.1997

Orthopedie

A.J.J.M. Smeur, 01.01.1997
dr. E.S.M. de Windt, 01.08.1997

Pathologie

J.S. van der Laan, 01.07.1997

Psychiatrie

mw. H.E. Becker, 01.07.1997
A.A.E.A. Donckerwolcke, 11.06.1997
N. Kmetc, 01.07.1997
F.J.R.M. Schmedding, 01.10.1996
M.J.M. Schoffelen, 01.10.1996
S. Sidali, 01.10.1996
F.M.P. Vandendriessche, 07.04.1995

Radiologie

mw. A.M.J.B. Smets, 24.06.1997
mw. M.W. Tas, 01.07.1997
D.J. Venderink, 19.07.1997

Revalidatie geneeskunde

K. Vlaanderen, 01.07.1997

Urologie

dr. E. te Slaa, 01.07.1997

Verloskunde en gynaecologie

R.M. Aronius, 18.04.1997
J.A. Schrickx, 03.03.1997

Specialisten ingeschreven in het specialisten register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de maand *september 1997*.

Anesthesiologie

mw. I.C.M. Beenackers, 15.09.1997
A. Goor, 01.09.1997
M.R. Luijck, 01.07.1997
mw. R.J.M. Munnikes, 09.06.1997
R.C.P.G.M. Nelissen, 27.05.1997
W.E.A.M. Rutten, 01.07.1997

Cardiologie

dr. F.P. van Rugge, 01.06.1996
C.C.M.M. Timmermans, 01.02.1997
dr. J. van Wijngaarden, 01.09.1997
M.C. van der Zee, 01.03.1997

Dermatologie en venerologie

dr. S.K. Dekker, 01.09.1997

G.A.A. Kazzaz, 30.08.1997

Gastro-enterologie

dr. L.A. Dieleman, 01.05.1996
Hiertoe komt zijn inschrijving als internist per 01.05.1989 te vervallen.
dr. P.C. van de Meeberg, 01.07.1996

Heelkunde

dr. P.P.L.O. Coene, 15.11.1996
dr. L.W.E. van Heurn, 01.08.1997
P.L. Klemm, 14.08.1997
mw. A.F.T. Olieman, 01.09.1997
R.T.M. Wijffels, 01.03.1997

Inwendige geneeskunde

mw. C.S.C. Bouman, 01.10.1996
F.A.L.M. Eskens, 01.07.1997
mw. dr. N. van der Lelij, 01.01.1997
mw. C.M.P.W. Mandigers, 01.08.1997
mw. M. Novakovic, 29.08.1997
mw. J.E.A. Portielje, 01.05.1997
mw. U.G. Schlüter, 01.05.1997
M. Woudstra, 01.07.1997

Kindergeneeskunde

mw. dr. E.A.M. Cornelissen, 01.06.1997
P. Jira, 01.07.1997
mw. E.M. Kerkvliet, 25.07.1997
mw. I.N. Streef, 01.07.1997

Klinische genetica

mw. A.T.J.M. van den Enden, 01.09.1997
mw. B.P.M. van Nesselrooij, 01.06.1997

Klinische geriatrie

mw. N.H. Dral, 01.08.1997
dr. A.L.J. van der Veer, 15.07.1997
Hiertoe komt zijn inschrijving als interist per 02.01.1974 te vervallen.

Longziekten en tuberculose

J.W.K. van den Berg, 01.09.1997
dr. B. Biesma, 01.07.1997
dr. J.A. Burgers, 14.08.1997
mw. dr. Y.F. Heijdra, 01.06.1997
T.J.L.M. Macken, 03.06.1997

Medische microbiologie

C.H.E. Boel, 01.07.1997

Neurologie

dr. L.H. van den Berg, 01.09.1997

Neurologie, hoofdvak klinische neurologie

A. Verrips, 01.09.1997

Nucleaire geneeskunde

F.M. van der Zant, 01.09.1997

Orthopedie

mw. I.V. van Dalen, 01.07.1997

Plastische chirurgie

M.A. Tellier, 01.09.1996

Psychiatrie

E. van Altena, 01.09.1997
W.E. van Bree, 01.09.1997
D.G.L. van Dijk, 01.09.1997
J.E. van Ederen, 01.09.1997
W.X.M. Geraets, 11.06.1997
J.F. von Gleich, 01.09.1997
L. van Krimpen, 01.09.1997
S. Leutscher, 01.03.1997
P. Punwasi, 01.09.1997
mw. C.K.M.E. Sonneborn, 14.08.1997
J.J. Stolker, 01.09.1997
B.T. Takkenkamp, 01.09.1997
P.E. Vijver, 01.09.1997
P. Zonneveld, 01.09.1997

Radiologie

A.R. van den Biezenbos, 01.09.1997
mw. L. Liauw, 01.04.1997
J.W. Wallis, 01.02.1997

Radiotherapie

mw. dr. F.C.J.M. van Gils, 01.09.1997
R.L.M. Haas, 01.05.1997

Reumatologie

mw. M.K. Leijnsma, 01.02.1997

Revalidatie geneeskunde

mw. N.D.M. van Leusen, 01.06.1997

Urologie

dr. L.H.B. Bemelmans, 01.09.1997
A. Bex, 14.08.1997
A.J. Klijn, 01.07.1997
dr. R.J.A. van Moorselaar, 01.07.1997

Verloskunde en gynaecologie

mw. dr. K.N. Gaarenstroom, 01.06.1997
dr. J.M.M. van Lith, 01.08.1997

KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
tel. 030 - 2823911

Postadres

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

Postgironummer

58083

Bankrekeningnummer ABN-AMRO

45 64 48 969

Telefax

030-2823326

Dagelijks bestuur

prof. dr. J.M. Minderhoud, voorzitter
R.G.P. Hagenouw, ondervoorzitter
J.F.M. Bergen
dr. J.H. Kingma
dr. G.M.H. Tanke
dr. H. Rengeling

Secretariaat

Th.M.G. van Berkestijn, secretaris-generaal
dr. R.J.M. Dillmann, secretaris-arts
mr. W.P. Rijksen, secretaris-jurist
R.J. Mulder, secretaris PA en PR
K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken

LHV

Landelijke Huisartsen Vereniging

drs. Chr.R.J. Lafrère, algemeen directeur
mw. G.J.M. Venneman, coördinator informatievoorziening

Orde

Orde van Medisch Specialisten

P.A.W. Edgar, arts, MBA, directeur
mw. R.W.P.M. van Unen, secretaresse

LAD

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband

mr. A.W.J.M. van Bolderen, directeur
mw. J.C. Steenbrink, secretaresse

LVS

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen

drs. B.H.J.M. Reerink, directeur
drs. A. Th. Buruma, secretaris

CC

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten

mr. J.C. de Hoog, secretaris
mw. C.S. Danz-de Jong, secretaresse
mw. J.F.M. van Zandvoort, secretaresse

CSG

College voor Sociale Geneeskunde

mr. J.C. de Hoog, secretaris
mw. C.S. Danz-de Jong, secretaresse
mw. J.F.M. van Zandvoort, secretaresse

CHVG

College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde

mr. J.C. de Hoog, secretaris
mw. C.S. Danz-de Jong, secretaresse
mw. J.F.M. van Zandvoort, secretaresse

SRC

Specialisten Registratie Commissie

dr. A.A.W. Op de Coul, secretaris
N.J.F.G. Kolkman, bureauhoofd

SGRC

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie

mw. mr. P.A. Hadders, secretaris
mw. D. Hennevelt-Wolters, secretaresse
Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

HVRC

Huisarts en Verpleeghuisarts

Registratie Commissie

dr. L.R. Kooij, algemeen secretaris
N.F. de Piijper, secretaris
mw. drs. E.T. Wismeyer, chef de bureau

Bibliotheek

prof. dr. M.J. van Lieburg, bibliothecaris
Industrierondweg 16,
8321 EB Urk, fax 0527-686833

Serviceverlening Werkgelegenheid Geneeskundigen

SWG Uitzendbureau, telefoon: 030-2823371
SWG Werving en Selectie, telefoon: 030-2823760
SWG Vacaturetelefoon, telefoon: 030-2823307 (voor het opgeven van vacatures); telefoon: 0900 - 40 40 3 40 (voor het beluisteren van vacatures)

De besturen van de KNMG en haar organen zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het officieel gedeelte en de berichtgeving vanuit de verenigingen.

A M B U L A N T

NOVEMBER

- 27 Delft, Stadhuis. **LUSTRUMSYMPOSIUM 'MATERIALEN IN DE GENEESKUNDE. RESERVEONDERDELEN VOOR HET MENSELIJK LICHAAM'**, georganiseerd door De Materiaalkundige Studievereniging Het Gezelschap Tubalkaïn van de Technische Universiteit Delft. Inlichtingen: Symposiumcommissie 1997, tel. 015-2782245.
- 28 Amsterdam, RAI. **JAARLIJKS CONGRES 'GEZOND EN WEL. HUISARTS EN OUDEREN'**. NHG-Bureau, tel. 030-2881700 (zie MC nr. 22, blz. 696).
- 28 Zwolle, De Nieuwe Buitensociëteit. **CONGRES 'BASISKEUZEN IN DE GEZONDHEIDZORG. ANALYSE VAN DE VERKIEZINGSPROGRAMMA'S'**. Tel. 050-3633099 (zie MC nr. 43/1997, blz. 1368).
- 28 Ede, De Reehorst. **JUBILEUMCONGRES 'ETHIEK: LEIDRAAD OF KEURSLIJF?' Secretariaat NAV**, tel. 0318-555417 (zie MC nr. 45/1997, blz. 1436).
- 28 Amsterdam, Planetarium Gaasperplas. **SYMPOSIUM 'VROEGE HERKENNING VAN SCHIZOFRENIE'**. Congresbureau SCEM, tel. 0345-576642 (zie MC nr. 44/1997, blz. 1400).
- 28 Leiden, Laboratorium voor Fysiologie. **SYMPOSIUM 'ADVANCES IN DIAGNOSIS AND UNDERSTANDING IN PROTOZOAL ENTERIC INFECTIONS'**. Bureau van de Boerhaave Commissie, tel. 071-5275295 (zie MC nr. 44/1997, blz. 1400).
- 28 Universiteit Utrecht en Zalencentrum Bologna. **STUDIEDAG 'NIEUWE REGELGEVING EN DE VOLKSGEZONDHEID IN 1998 EN HET NIEUWE REGER-AKKOORD (1998-2002)'**. Tel. 030-2538111 (zie MC nr. 44/1997, blz. 1400).
- 28 Utrecht, Jaarbeurs. **JUBILEUMCONGRES 'VOORBIJ DE VERPLEEGHUIS-GENEESKUNDE'**. NVVA, tel. 030-2802844 (zie MC nr. 45/1997, blz. 1436).
- 29 Amsterdam, Krasnapolsky. **LUSTRUMCONGRES 'MEDICIJNVERSLAVING'**. NAAV, tel. 023-5354160 (zie MC nr. 45/1997, blz. 1436).

DECEMBER

- 1 Amsterdam, RAI Congrescentrum. **WETENSCHAPPELIJK CONGRES WERELD AIDSDAG. BEÏNDIGING VAN HET STIMULERINGSPROGRAMMA AIDSONDERZOEK EN HET WERELD-AIDSDAGTHEMA 'KINDEREN EN AIDS'**. Tel. 020-6262669 (zie MC nr. 22, blz. 696).
- 2 Ede, De Reehorst. **STUDIEDAG 'TOPZORG EN TOPKLINISCH ONDERZOEK. DE NIEUWE WET BIJZONDERE VERRICHTINGEN'**. Studiecentrum Kerckebosch, tel. 030-6984222 (zie MC nr. 45/1997, blz. 1436).
- 2 Driebergen, Landgoed Reehorst. **STUDIEDAG 'XENOTRANSPLANTATIE: CONFLICT OF CONSENSUS?' De Dierenbescherming**, tel. 070-3142735 (zie MC nr. 45/1997, blz. 1436).
- 2 t/m 4 Amsterdam, World Trade Center. **CONFERENTIE 'INTENSIEVE SAMENWERKING BINNEN DE ZORGTETEN'**. Inlichtingen: mw. drs. F.G. Post, tel. 020-6715151.
- 3 Garderen, Hotel 't Speulderbos. **INCA-SYMPOSIUM IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF ENTERAL NUTRITION**. Vereniging INCA, tel. 070-3523391 (zie MC nr. 45/1997, blz. 1436).
- 3 en 4 Ede, De Reehorst. **GERIATRIEDAGEN 1997**. Congresbureau SCEM, mw. M. de Haan, tel. 0345-576642 (zie MC nr. 25, blz. 812).
- 4 Amsterdam, Planetarium Gaasperplas. **STUDIEDAG 'DE PAAZ ERBIJ. DE ROL VAN DE PAAZ BIJ MFE-VORMING'**. Inlichtingen: Trimbos-instituut, Steven Aarts, tel. 030-2971118.
- 8 Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. **SYMPOSIUM 'VOLKSGEZONDHEID TOEKOMST VERKENNING 1997'**. Doelgroep: beleidsmakers, GGD-medewerkers, zorgverleners, patiënten, verzekeraars, adviesorganen, instanties op het terrein van onderzoeks-programmering en wetenschappers die een bijdrage hebben geleverd aan VTV-1997. Inlichtingen: dr. D. Ruwaard, tel. 030-2743598.
- 8 Rotterdam, De Doelen. **CONGRES 'MEDISCHE KEURING AAN BANDEN GELEGD? CONSEQUENTIES WET OP DE MEDISCHE KEURINGEN VOOR AANSTELLINGSKEURINGEN, UITVOERING VAN PENSOENEN EN ARBEIDSGERELATEERDE VERZEKERINGEN'**. Inlichtingen: Nederlands Studie Centrum, drs. Caroline M. van Reenen, tel. 010-4349966.
- 9 Amersfoort, De Eenhoorn. **CURSUS 'VOEDINGSPROBLEMATIEK PER LEVENSFASE'**. Doelgroep: huisartsen. Inlichtingen: Benecke Consultants, tel. 020-6966349.

- 10 Katholieke Universiteit Nijmegen. **NASCHOLINGSCURSUS 'THERAPEUTISCH WERKEN MET OUDEREN IN HET VERPLEEGHUIS'**. Doelgroep: verpleeghuisartsen en therapeuten werkzaam in verpleeghuizen. Inlichtingen: Bureau Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde, mw. B. Hachmang-Rissenbeek, tel. 024-3617688/3619007.
- 11 Amsterdam, Academisch Medisch Centrum. **INFECTIEZIEKTEN SYMPOSIUM AMSTERDAM (II)**. Doelgroep: internisten, medisch microbiologen, kinderartsen en assistenten in opleiding. Inlichtingen: Bureau ICP/PAOG-AMC, tel. 020-5664801.
- 11 en 12 Leiden, Gorlaeus Laboratorium. **CURSUS 'VORDERINGEN EN PRAKTIJK'**. Doelgroep: huisartsen en verpleeghuisartsen en zij die in opleiding zijn voor deze specialismen. Inlichtingen: Boerhaave Commissie, tel. 071-5275293.
- 12 Ede, De Reehorst. **SYMPOSIUM 'DE (BIJNA?) VERLOREN DIMENSIE. PSYCHIATRIE EN RELIGIE'**. Congresbureau SCEM, mw. M. de Haan, tel. 0345-576642 (zie MC nr. 25, blz. 812).
- 12 Amersfoort, de Flint. **JAARLIJKSE WETENSCHAPPELIJKE VERGADERING VAN HET ASTMA FONDS**. Inlichtingen: Secretariaat, tel. 033-4941814.
- 12 Erasmus Universiteit Rotterdam. **CURSUS 'NIEUWE ONTWIKKELINGEN IN DE KLINISCHE EN GENETISCHE DIAGNOSTIEK VAN MENTALE RETARDATIE'**. Doelgroep: artsen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijk handicap, kinderartsen, neurologen, kinder- en jeugdpsychiaters, kinderpsychologen, kinderneurologen, orthopedagogen, psychologen. Inlichtingen: PAOG, tel. 010-4087066.
- 13 Amsterdam, Krasnapolsky. **CONGRES 'CARDIOVASCULAR DRUG DESIGN - FOCUS ON 2000'**, georganiseerd door de Werkgroep Cardiologische Centra (WCN). Doelgroep: cardiologen en assistenten cardiologie, internisten met cardiologische interesse en assistenten, ziekenhuisapothekers, laboratoriumartsen en overige geïnteresseerden. Inlichtingen: JDL Productions, tel. 024-3585641.
- 13 Zeist, Slot Zeist. **CONGRES 'REFRACTIECHIRURGIE'**. Doelgroep: oogartsen. Inlichtingen: Oogziekenhuis Rotterdam, congressecretariaat, M. van der Wal, tel. 010-4017708.
- 17 Amsterdam, RAI. **CONGRES 'DE INTEGRERENDE MEDISCH SPECIALIST IN BEDRIJF. HOE KAN DE DOKTER WEER GAAN DOKTEREN?'** Inlichtingen: Nederlands Studie Centrum, tel. 010-4349966.
- 19 Leiden, Laboratorium voor Fysiologie. **CURSUS 'ANTIMICROBIAL THERAPY: FROM THEORY TO CLINICAL PRACTICE'**. Doelgroep: internisten, kinderartsen, microbiologen, apothekers, farmacologen en medewerkers van de farmaceutische industrie. Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie, mw. R.J. van Velzen, tel. 071-5275292.
- 19 Katholieke Universiteit Nijmegen. **SYMPOSIUM 'PSYCHOSOCIALE HULP-VRAGEN VAN NIEUWKOMERS: EEN NIEUWE UITDAGING'**. Doelgroep: artsen, hulpverleners en beleidsmedewerkers werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg, algemeen maatschappelijk werk, het onderwijs, asielzoekerscentra, vluchtelingenwerk, gemeenten en overheidsorganisaties. Inlichtingen: Bureau Contractonderwijs FSW, tel. 024-3612710.

JANUARI

- 15 AZU, roze collegezaal. **CURSUS 'PSYCHIATRIE'**. Doelgroep: huisartsen en huisartsen in opleiding. Inlichtingen: PAO-H, mw. drs. F.A.M. Kock, tel. 033-4806699.
- 16 Academisch Ziekenhuis Utrecht. **PAOG-HEYENDAELCURSUS 'CHRONISCH VERMOEIDHEIDSSYNDROOM (CVS)'**. Doelgroep: huisartsen, psychologen, internisten, kinderartsen, psychiaters, verzekerings-geneeskundigen en overige geïnteresseerden. Inlichtingen: Bureau Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde, mw. J.N.D. Rozenboom, tel. 024-3617692.
- 22 AZU, roze collegezaal. **CURSUS 'REIZIGERSZIEKTE'**. Doelgroep: huisartsen en huisartsen in opleiding. Inlichtingen: PAO-H, mw. drs. F.A.M. Kock, tel. 033-4806699.
- 30 Katholieke Universiteit Nijmegen. **PAOG-HEYENDAELCURSUS 'TOEGANGSCHIRURGIE VOOR OOGGLID EN ORBITA'**. Doelgroep: mond/kaakchirurgen en oogartsen. Inlichtingen: Bureau PAOG-Heyendaal, mw. G. Willemsen, tel. 024-3617051.
- 23 Leiden, Laboratorium voor Fysiologie. **CURSUS 'PNEUMOKOKKEN-INFECTIES EN PNEUMOKOKKENVACCINATIES'**. Doelgroep: internisten, kinderartsen, microbiologen, huisartsen, geriateren, verpleeghuisartsen en assistenten in opleiding voor deze specialismen. Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie, tel. 071-5275292.