



## redactioneel

- 'Een happening', noemt Dr. F. Roest de promotie van Dr. H. J. M. van Rossum. Eindelijk een medicus die zich volledig op de belangen van de studenten richt. Hoe lang moet het nog duren vóór vooral in de hogere regionen het inzicht rijpt dat men door zich voor onderwijs te interesseren wel degelijk ook wetenschappelijk bezig is?
- De Leidse projectgroep Macro-Rekenmodel Gezondheidszorg conformeert zich bepaald niet aan het oordeel van de commissie van deskundigen en het daarop gebaseerde oordeel van de begeleidingscommissie. Aldus Prof. Dr. B. M. S. van Praag in een eerste reactie op de kritiek die de projectgroep ook in de MC-artikelenreeks 'Tussen eerste en tweede echelon' te verduren kreeg.
- Er heerst nog steeds onzekerheid over de functie van het verpleeghuis in de toekomst. Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen geeft een plaatsbepaling van het verpleeghuis in het continuüm van de gezondheidszorg.
- Aan de Rijksuniversiteit Limburg komt een algemene faculteit. Onderwezen wordt daar de sociale gezondheidkunde. In dit nummer informatie over het concept-ontwikkelingsplan daarvoor.
- De oorspronkelijke betekenis van de term 'medical audit' (= verantwoording afleggen) is zowel in de benaming 'intercollegiale toetsing' als in het (LSV-)rapport van die naam afgezwakt. Dit schrijft Dr. F. Engel in een beschouwing naar aanleiding van het groeiproces dat de staf van het Sophia Ziekenhuis te Zwolle doormaakte, sinds daar in december 1973 de 'medical audit' startte. Voor de normale medische activiteiten biedt, constateert hij, de eigen beroepsgroep goede mogelijkheden voor een correctie van individuele beroepsbeoefenaren.



Vijf meter hoog zijn deze 'Benen' die de 31-jarige Haagse kunstenaar Lon Pennock in 1973 maakte en die nu een plaats hebben gekregen naast de ambulance-ingang van het Ziekenhuis Leyenburg in Den Haag. Ze zijn vervaardigd van geanodiseerd aluminium.

## Inhoud

### REDACTIONEEL

Brieven .....	298
<i>Inzenders: Bijkantoor voor Nederland van Jehova's Getuigen; Dr. F. v. Soeren, A. Raymakers, Dr. F. G. M. v.d. Helm en C. J. v. Dongen, L. Barnard, J. H. Schurink, A. C. P. J. Waverijn, Dr. H. Fermin, Dr. J. Weinberg, Dr. M. P. A. M. de Groot, J. S. Reedijk, Dr. S. Bauma</i>	
De zeer opmerkelijke promotie van Dr. H. J. M. van Rossum: Over onderwijs aan medische studenten, door Dr. F. Roest .....	303
Prioriteiten bij de bouw van ziekenhuizen en andere inrichtingen voor gezondheidszorg .....	306
Discussie - Tussen eerste en tweede echelon (Een repliek), door Prof. Dr. B. M. S. van Praag .....	307
Het verpleeghuis in het continuüm van de gezondheidszorg en de opleiding van de verpleeghuisarts, door Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen .....	309
Uitspraak Raad van Beroep: Klacht tegen chirurg ongegrond .....	314
Een nieuwe Algemene Faculteit. Rijksuniversiteit Limburg introduceert opleiding sociale gezondheidkunde .....	315
Sportmedische praktijk IV - Sportfysiotherapie, door E. A. J. van Breukelen .....	317
2½ Jaar medical audit in het Sophia-Ziekenhuis te Zwolle in het licht van het Rapport Intercollegiale Toetsing, door Dr. F. Engel .....	321
Beleidsplan Rutgers Stichting .....	324
OFFICIEEL .....	325
Inhoudsopgave officieel .....	328



**MEDISCH CONTACT**  
verschijnt wekelijks

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

#### **Bestuur Medisch Contact**

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

#### **Redactie Medisch Contact**

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;  
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;  
R. A. te Velde, redacteur;  
Mw. G. W. Valkenburg-van Straten,  
redactrice;  
Mw. C. R. van der Goot-van der  
Sluijs, secretaresse;  
Mw. W. G. Juffermans-Kaltoven,  
secretaresse.

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

#### **Uitgeverij**

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

#### **Abonnementen**

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

#### **Advertenties**

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

#### **Adreswijziging**

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

**Opplage:** 21.000 exemplaren.

**Druk:** Tijl, Zwolle.

## BRIEVEN

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

### **GEEN BLOEDTRANSFUSIE?**

De doordachte bijdrage van Mr. J. H. Peters over het onderwerp 'Geen bloedtransfusie?' (MC no. 51/1977, blz. 1595) alsmede de bereidheid van de redactie van Medisch Contact dit opstel te plaatsen, hebben wij als Jehovah's Getuigen bijzonder op prijs gesteld. Er zijn in het verleden teveel emotionele algemeenheden over deze voor ons levensbelangrijke zaak geuit om nu niet zeer dankbaar te zijn met deze feitelijke benadering. Wij hopen van harte dat meer artsen ons als oprechte christenen zullen willen beschouwen, die handelen vanuit een door de bijbel gevormd geweten.

Op één stelling van Mr. Peters willen wij nader ingaan. 'Door in strijd met de gedane belofte . . . toch aan een Jehovah's getuige bloed te geven . . . Dan nog zal een Jehovah's getuige van een proces (onze toevoeging: of van een klacht bij een medisch tuchtcollege) tegen de betreffende arts afzien.'

Het is bekend, dat ware christenen geen kwaad met kwaad vergelden. Dit wil echter niet zeggen dat zij geen passend gebruik mogen maken van de door de overheid getroffen regelingen om gepleegd onrecht te doen bestraffen of te laten compenseren. Via de bij de ziekenfondsen ingediende nota's en langs andere wegen is na te gaan of een anaesthesist(e) in dit opzicht trouweloos heeft gehandeld. Zeker wanneer na een bloedtransfusie ongewenste neveneffecten optreden, heeft het operatieteam hoge risico's genomen als zij de patiënt tegen zijn uitdrukkelijke wens in bloed hebben toegediend. Iedere Getuige van Jehovah, of diens naaste bloedverwanten, bepaalt zelf wat er in zo'n geval moet worden gedaan. Ook al heeft men in het verleden geen klacht wegens het clandestien toedienen van een bloedtransfusie ingediend, dan houdt dit geen belofte in dat dit niet plotseling wel zal kunnen gebeuren. Het is beter dat artsen weten dat zij voor deze consequenties kunnen worden geplaatst

Amsterdam, 21 februari 1978

Bijkantoor voor Nederland  
van Jehovah's Getuigen

### **GENEESMIDDELENPRESCRIPTIE**

#### **De zuinigheid die de wijsheid bedriegt**

De overeenkomst inzake beperking hoeveelheden voor te schrijven geneesmiddelen is onpraktisch op de volgende gronden. De beperking van de voor te schrijven hoeveelheden tot 30 respectievelijk 90 dagen levert bij de poliklinisch gecontroleerde lijdens aan chronische interne ziekten problemen op als de controleperioden op 6 weken, 8 weken of 3 maanden gesteld worden. De 30 dagen-termijn tendeert naar een controledatum binnen een maand. De 90 dagen-termijn dwingt tot een controledatum binnen 3 maanden (alleen in het eerste kwartaal is 3 maanden 90 dagen). Interne patiënten die geregeld specialistische controle behoeven komen in moeilijkheden als zij als chronische gebruikers van geneesmiddelen voor 30 respectievelijk 90 dagen medicijnen ter beschikking krijgen en hun controledatum daar niet mee klopt. De overvolle spreekuren nopen tot controletermijnen die 6, 8 weken of 3 maanden bedragen. Derhalve is het veel logischer en voor de apothekers veel rationeler in verband met de verpakkingen, de voorgestelde maxima op 50 dagen (6 weken) respectievelijk 100 dagen (3 maanden) te stellen. We leven nog steeds met het tientallig stelsel . . .

Dit ter attentie van de nog in te stellen geschillencommissie geneesmiddelenprescriptie.

Zaandam, 11 februari 1978

Dr. F. van Soeren, internist

### **TAKENPAKKET EN NIEUWE BLAUWDRUK**

De mening van collega Kamphuis over het Takenpakket en de nieuwe Blauwdruk is wegens een kleine technische storing tweemaal in Medisch Contact afgedrukt (MC 4/1978 en MC 7/1978, resp. blz. 100 en 202). Op de inhoud van dit artikel heeft het bureau LHV al afdoende gereageerd.

Doorlezen naar blz. 300

## ALGEMENE FACULTEIT MAASTRICHT

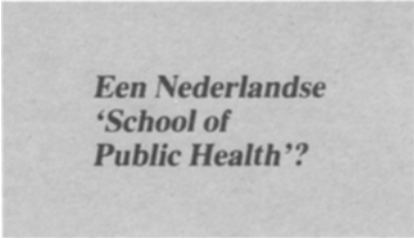
De Wet Rijksuniversiteit Limburg van 1975 voorzag in de oprichting van een Medische Faculteit en een Algemene Faculteit.

De medische faculteit was snel opgericht. De basisfilosofie die aangaf in welke richting deze faculteit zich zou moeten ontwikkelen heeft indertijd nogal wat divergerende reacties opgeleverd. Het kernpunt van deze filosofie was dat, uitgaande van het fundamenteel medisch-biologisch denken, een betere scholing van de aanstaande arts in de gedrags- en maatschappijwetenschappen noodzakelijk is. In het curriculum zou dan ook speciale aandacht moeten worden besteed aan de eerste lijn. In het onderwijs zou het accent moeten liggen op zaken als probleemoriëntatie, attitude-ontwikkeling en voortgangsevaluatie, en niet op een controle door middel van het laten nemen van een examenbarrière. Specifieke aandacht werd gevraagd voor de relatie gezondheidszorg-welzijnszorg, de verschillende elementen van het gezondheidszorgbestel, de kwantitatieve en analytische methodieken die voor onderzoek op dit gebied nodig zijn c.q. moeten worden ontwikkeld, de rol van de medicus in het onderzoek en de ontwikkeling van de gezondheidszorg, en de ontwikkeling van de houding die vereist is om in een veranderd systeem op positieve wijze te kunnen meewerken. Zoals gezegd, er kwamen uiteenlopende reacties. Het bestuur van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde toonde zich verheugd over de visie die uit verschillende delen van de basisfilosofie sprak. In het bijzonder was men blij met de belangrijke plaats die aan de epidemiologie werd toegekend evenals met de belangstelling voor de problematiek van organisatie en management in de gezondheidszorg. Prof.

Muntendam daarentegen wees op het gevaar dat de Achtste Medische Faculteit eerder een soort maatschappelijk werkers dan somatisch geschoolde artsen zou gaan afleveren.

Het concept-ontwikkelingsplan voor de Algemene Faculteit te Maastricht (blz. 315) noemt taken die parallel lopen met onderdelen van het takenpakket van de Medische Faculteit. Zo wordt gesteld, dat aan de algemene faculteit functionarissen zullen worden opgeleid die gaan werken op het gebied van de sociale vraagstukken in de gezondheidszorg. Dat ook de algemene faculteit direct in de samenleving haar arbeidsterrein vindt, is een tweede parallel.

Immers, de Maastrichtse medische faculteit heeft in haar basisfilosofie de stelling dat 'een goede



*Een Nederlandse  
'School of  
Public Health'?*

toepassing van de te ontwikkelen universiteit in het nationale en regionale geheel is vereist, te zien ook in het licht van de te verwachten maatschappelijke ontwikkelingen en de daaruit af te leiden prioriteiten'. Het is kortom geen toeval dat de eerste Algemene Faculteit in Maastricht zal worden gevestigd.

Het zou onjuist zijn uit het bovenstaande te concluderen dat de algemene faculteit zal fungeren als een aanhangsel van de medische faculteit. De uitgangspunten zijn verschillend. De medische faculteit houdt zich primair bezig met de bestrijding van ziekten. De algemene faculteit houdt zich in eerste instantie bezig met de sociale gezondheid, dat wil zeggen met maatschappelijke structuren en verschijnselen voor zover die te maken hebben met gezondheid en

ziekte. Met name gaan de gedachten hier uit naar een 'School of Public Health'. Hoewel er over deze instelling in Nederland veel is geschreven, is er op dit punt te onzent weinig gerealiseerd.

Internationaal gezien loopt Nederland hierin achter. Reeds in het begin van deze eeuw werden in Noord-Amerika en Engeland dergelijke instituten opgericht. Sindsdien heeft de 'School of Public Health' een snelle ontwikkeling doorgemaakt; ter illustratie: de School of Public Health and Hygiene te Toronto telt 56 hoogleraren.

In 1976 beschreef Mr. Ch. O. Pannenburg in dit blad de mogelijke vorm en inhoud van een Nederlandse 'School of Public Health', afgestemd op de internationale ontwikkelingen, aldus: a. het verschaffen van een deskundig kader voor alle deelgebieden van de gezondheidszorg; b. het verrichten van toegepast en theoretisch (wetenschappelijk) onderzoek ter bevordering van het inzicht in al deze deelgebieden; en c. het leveren van directe bijdragen aan een concretisering van een beleid op korte, middellange en lange termijn. Pannenburg somt 26 vakken op die in deze instelling moeten worden onderwezen. Naast zelfstandig onderzoek moet zij vrij zijn om onderzoekopdrachten aan te nemen van alle in de sector van de sociale gezondheid werkzame partijen. Anderzijds moet zij ook ongevraagd onderzoekresultaten en beleidsadviezen kunnen publiceren. Tot zover Pannenburg. Vergelijken wij deze schets met de opzet van het sociaal-gezondheidskundig onderzoek van de algemene faculteit, dan zien wij daar de zelfde intenties. Wij hebben de hoop dat de Algemene Faculteit Maastricht zich zal ontwikkelen tot een Nederlandse 'School of Public Health' die ook internationaal mee zal tellen. Refererend aan de basisfilosofie: omina sunt aliquid.

B.

Twee vragen: heeft collega Kamphuis zijn standpunt duidelijk naar voren gebracht in zijn PHV? En al is collega Kamphuis mogelijk geen afgevaardigde naar de Ledenvergadering in Utrecht – hij heeft daar altijd spreekrecht – waarom heb ik zijn mening *daar* niet gehoord? Het kan nog, want de Blauwdruk moet nog worden behandeld of heeft hij er misschien geen tijd voor?

Wel zeer ernstig vind ik zijn dreigement het lidmaatschap van de KNMG op te zeggen en zijn hoop dat minstens 600 huisartsen hem zullen volgen; het liefst zou hij zien dat 1.200 huisartsen met een (te?) grote praktijk zijn voorbeeld zouden volgen indien de Blauwdruk wordt aangenomen. Vindt collega Kamphuis dit geen *immorele* druk op de voorstellen van het Centraal Bestuur aan de Ledenvergadering? Dit is een kleine kinderen-mentaliteit 'Als ik mijn zin niet krijg, speel ik niet meer mee!'

Mook, 18 februari 1978

A. Raymakers

SPORTGENEESKUNDE

In Medisch Contact nr. 5/1978, blz. 147 e.v. stelt A. G. M. F. Brok dat glaucoom een contraindicatie voor het beoefenen van sport vormt. In zijn algemeenheid is eerder het tegendeel waar. Een ablatio retinae in de anamnese vormt een reden voorzichtig te zijn met sporten die de kans op traumata meebrengen. De situatie kan echter van patiënt tot patiënt zeer verschillend liggen.

Heerlen, 8 februari 1978

Dr. F. G. M. van der Helm  
C. J. van Dongen, oogartsen

UITSPRAAK RAAD VAN BEROEP

In MC nr. 5/1978 lees ik op blz. 150 een uitspraak van de Raad van Beroep inzake huisartsen contra verloskundige. Over de zaak wil ik niet oordelen. Ik acht mij wel verplicht professionele of menselijke hulp te verlenen waar die van mij wordt gevraagd, en behoud mij het recht voor daar al of geen betaling voor te verlangen.

Oosterend, 17 februari 1978

L. Barnard, arts

DECLAREREN EN SPECIFICEREN

Met de door mij wat gewijzigde c.q. aangepaste doorschrijfdeclaratieset van het Nederlands Huisartsen Genootschap,

gebruikt op de wijze als aangegeven in de bijlage treden de specificatieperikelen (MC nr. 6/1978, blz. 174) niet op. Declaratie én eigen financiële administratie zijn dan ook maximaal en optimaal gespecificeerd en dagelijks bij te houden.

Krommenie, 10 februari 1978

J. H. Schurink

J. H. SCHURINK  
Arts  
Schurenstraat 57  
Tel. 10751 261 1466  
Postgiro 15150 t.n.v.  
Alq. Binn. Nrd. te Zaandam  
r.g. 56 84 25 610

Krommenie

10 februari 1978

De heer H. van der Meer,  
Centraal Bestuur van het KNMG,  
Postbus 100,  
2000 AA Dordrecht.

De heer H. van der Meer,  
Centraal Bestuur van het KNMG,  
Postbus 100,  
2000 AA Dordrecht.

Declaratie wegens geneeskundige verzorging  
in het 1<sup>ste</sup> kwartaal 1978.

Gezien door:  
1. J. H. Schurink  
2. J. H. Schurink  
3. J. H. Schurink  
4. J. H. Schurink

Aand.  
Gesprek  
Nacht  
Laboratorium  
Weekend

Hechten  
Injectie  
Recept  
Keuring  
Bevalling

Verzoeken het bedrag van deze declaratie binnen twee maanden te voldoen.

visites 1, 10/2, 10/3, 11/3,

consulten 1, 10/2, 11/3, 11/3, 20/3,

diversen 1, 10/2, 10/3, 11/3, 11/3, 20/3,

en 10/3, 11/3, 11/3, 20/3,

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (III)

De serie 'Dagboek van een co-assistent' heeft naar mijn mening lang genoeg geduurd. Wat aanvankelijk een aardig relaas leek van een arts-in-opleiding, is nu verworpen tot 'grappige' vertellingen uit een ziekenhuis. Niet alleen vertelt de schrijver met veel bravoure over zijn successen en missers, maar ook geeft hij blijk van een geringe theoretische kennis, gezien zijn verhaal over het teken van Homan in aflevering 16.

Hopelijk is de 'anatomie van het gevoel' van de redactie van Medisch Contact van dien aard dat zij een betere keus weet te maken als het om bladvulling gaat.

Den Burg, 17 februari 1978

A. C. P. J. Waverijn

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT IV

Het 'dagboek van een co-assistent' gaat langzamerhand wel knap vervelend worden (aflevering 16). De titel is zelfs zo grof, dat men zich na lezing en na enig peinen met schrik realiseert, wat eigenlijk werd bedoeld.

De co-assistenten die ik regelmatig zie, zijn gelukkig meestal wat aardiger en hebben meer medische ondergrond en houding. Ik vind het niet zo erg, wanneer zij in de eerste week geen rechter van een linker trommelvlies kunnen onderscheiden; wel wanneer zij ruw, onbegrijpend en op zichzelf gericht tegenover een patiënt staan. Dat is namelijk hetgeen in de rubriek bij herhaling te lezen valt en wordt gedemonstreerd: 'die gekke mijnheer E. toch met zijn aftakeling en de dame, die zo'n pijn had, . . .', maar gelukkig waren de verpleegsters en de verplegers tevreden', enz.

Wij zijn het helaas niet. De rubriek kan beter worden gestaakt.

Dordrecht, 20 februari 1978

Dr. H. Fermin, KNO-arts

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (V)

De opmerkingen in de rubriek Brieven (zie MC 7/1978, blz. 204) tegen 'Dagboek van een co-assistent' geven mijn mening niet weer, integendeel vind ik deze stukjes getuigen van een brok gezonde kritiek op hetgeen wij, oudere artsen, doen en laten in het ziekenhuisgebeuren. Het micro-klimaat van ziekenhuizen is voor patiënten soms meer ziekteverwekkend dan genezend, vooral in psychische zin.

Oegstgeest, 19 februari 1978

Dr. J. Weinberg

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (VI)

Het verbaast me, dat een aantal collegae kritiek hebben en zich ergeren over uw serie 'Dagboek van een co-assistent'. Na een klinische loopbaan van circa 35 jaar ben ik thans gedurende anderhalf jaar werkzaam als medisch onderwijs-coördinator voor een groep van ca. 45 co-assistenten. Uit de eerste hand hoor ik de ervaringen van deze aanstaande jonge collegae bij hun eerste kennismaking met het leven in een groot ziekenhuis, en ik kan niet anders dan de grootste bewondering hebben voor de wijze, waarop 'Alexander van Es' deze ervaringen op schrift heeft gesteld. Duidelijk komt eruit naar voren, dat wij als ervaren specialisten – en dat is waarschijnlijk ook wel de oorzaak van de ingezonden stukken – een erg vertekend

(1978) MEDISCH CONTACT 33 300

beeld hebben van hoe een on-ingewijde ons optreden in een ziekenhuis ervaart. Ook uit mijn frequente gesprekken met onze co-assistenten ervaar ik, wat voor een potsierlijke indruk wij als klinische specialisten vaak op onze omgeving moeten maken zonder dit onszelf te realiseren.

De co-assistent houdt ons als het ware een spiegel voor, waarin wij onze eigen daden in ware grootte zien en Vader Cats zei al, dat – als ons dat spiegelbeeld dan tegenvalt – we daar niet kwaad over moeten worden . . . !

Tilburg, 20 februari 1978

Dr. M. P. A. M. de Grood, neurochirurg,  
medisch onderwijscoördinator

#### DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (VII)

Met verbijstering nam ik kennis van de twee negatieve reacties in MC nr. 7/1978 van 17 februari (blz. 204) op de door mij zeer gewaardeerde dagboeknotities van een co-assistent. Laat Alexander van Es hier in vredesnaam mee doorgaan! Juist de relativerende en sensitieve benadering van de problemen in de klinische praktijk doet weldadig aan. Ik wou dat meer collega's de moed hadden hun gevoel van onmacht tegenover de vaak overstelpende moeilijkheden in ons werk van zichzelf en anderen te bekennen, in plaats van zich te verschuilen achter rationalisaties en zich over te geven aan 'isolering van het effect'. Laat deze 'herdershond' graag doorgaan zijn dagboek in Medisch Contact openbaar te maken.

Zeist, 20 februari 1978

J. S. Reedijk

#### DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (VIII)

De laatste tijd worden we in Medisch Contact regelmatig geconfronteerd met geschrijf van co-assistent Van Es. Meestal is dit van een dusdanig slecht niveau dat commentaar overbodig is. In MC nr. 8/1978, blz. 260 wordt echter een probleem aangesneden dat toch wel om reactie vraagt. Hier worden enkele voorbeelden aangevoerd van een dermate slechte begeleiding van patiënten dat ik me nauwelijks kan voorstellen dat dit op waarheid berust. In ieder geval lijkt het me uitzonderlijk dat het daarom reeds, in deze vorm niet had mogen worden geplaatst. Ten eerste lijkt het me ondenkbaar dat een chirurg bij iemand nefrectomie zou gaan Mdoen na een dergelijke summiere voorlichting (was de co-assistent aanwezig bij de voorgaande gesprekken tussen chirurg en patiënte?)

Ten tweede zou het waanzin zijn wanneer een chirurg bij een dergelijke patiënte een co-assistent zou vragen haar maar wat informatie te geven over een maligniteit van de nier. Bovendien zou een co-assistent, indien hem zoiets al zou worden gevraagd dit hebben moeten weigeren, aangezien hij hiervoor onvoldoende klinische kennis heeft en ook onvoldoende ervaring in het hanteren van intermenselijke relaties.

Zaandam, 24 februari 1978

Dr. S. Bouma, chirurg



**Saal van Zwanebergstichting** – Tot 1 april 1978 kunnen subsidies van de Dr. Saal van Zwanebergstichting worden aangevraagd voor activiteiten die ten doel hebben de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen te bevorderen. De stichting is bereid een conferentie of 'workshop' in eigen land te financieren of een bijdrage te leveren in de kosten van een verblijf in een ander instituut alsmede een eenmalige bijdrage te verstrekken in de kosten van experimenteel of klinisch onderzoek dat van waarde is voor de farmacotherapie in de breedste zin. Congres- en symposiumbezoek in het algemeen wordt niet gesubsidieerd. Voor het verkrijgen van een subsidie moet men schriftelijk een door het hoofd van de afdeling waar men werkt medeondertekend verzoek richten aan de voorzitter van de jury, Prof. Dr. D. de Wied, Rudolf Magnus Instituut voor Farmacologie, Vondellaan 6, Utrecht. In de brief moeten verder worden vermeld: a. persoonlijke gegevens, conferentie- of 'workshop'-programma en een begrotingsvoorstel; b. een omschrijving van het te verrichten onderzoek, van de daarbij toe te passen methodes en van de daartoe benodigde financiën; en c. argumenten op grond waarvan men denkt dat het gestelde doel direct of indirect zal leiden tot resultaten op het gebied van de farmacotherapie.

**Vereniging voor Gezondheidsrecht** (herzetting) – Op vrijdag 7 april a.s. zal wederom de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht worden gehouden in het Slot Zeist, Zinderdorflaan 1 te Zeist. Het onderwerp 'De rechtspositie van de keurling' (ten onrechte in eerste instantie als 'De rechtspositie van de

keurling' aangekondigd) zal worden ingeleid met een pré-advies van Dr. A. E. Leuftink en Mr. N. de Jong. Juristen met belangstelling voor gezondheidsrecht kunnen zich als gewoon lid, juridische studenten als aspirantlid aanmelden bij het secretariaat van de Vereniging voor Gezondheidsrecht, Lomanlaan 103 te Utrecht, tel. 030-885411, tst. 138. De contributie bedraagt f 15,— respectievelijk f 10,— per jaar.

**Medisch-historische dag** – De negende Medisch-Historische Dag zal worden gehouden op zaterdag, 29 april 1978 in het Medisch Encyclopaedisch Instituut van de Vrije Universiteit, Van der Boechorststraat 7, Amsterdam (Voorzitter: Prof. Dr. G. A. Lindeboom). Aanvang: 10.30 uur.

**Programma:** Opening door Prof. Dr. G. A. Lindeboom; Prof. Dr. A. M. Luyendijk-Elshout (Leiden): William Harvey in zijn tijd; Drs. M. J. van Lieburg (Rotterdam): De ontvangst van Harvey's ontdekking in Nederland; Dr. J. Schouten (Amsterdam): Primrose's verzet tegen Harvey; Prof. Dr. G. A. Lindeboom (Amsterdam): Harvey en Descartes; Drs. I. C. Palm (Utrecht): De ontdekking der haarvaten door Antonie van Leeuwenhoek; Dr. J. A. W. M. van den Donk (Utrecht): Harvey's De generatione animalium. Deelneming aan deze Medisch Historische Dag (lunch inbegrepen) is mogelijk door storting van f 15,— vóór 15 april a.s. op postgironummer 11 35 214, ten name van de Stichting Historia Medicinae, p/a Mr. F. A. van Hallweg 114, Amstelveen met vermelding: Medisch-historische Dag (MHD). Maximum aantal deelnemers: 50.

**Gerontologisch symposium** – Op vrijdag 9 juni 1978 zal een gerontologisch symposium worden gehouden onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie. De organisatie berust bij Dr. D. L. Knook en Dr. W. J. A. Goedhard. Plaats: Gebouw Faculteit der Geneeskunde, Vrije Universiteit, V.d. Boechorststraat 7, Amsterdam. Tijd: 9 juni 1978 – 09.30 – 16.30 uur. Thema's: 1. Algemene aspecten van orgaan- en celveroudering; 2. Ontwikkelings- en verouderingsaspecten van het immunologisch systeem. Geen kosten; lunch voor eigen rekening. Inlichtingen bij de organisatie (max. 250 deelnemers). Aanmelding: Dr. D. L. Knook, Instituut voor Experimentele Gerontologie, Lange Kleiweg 151, Rijswijk tel.: 015-140930; Dr. W. J. A. Goedhard, Fysiologisch Laboratorium, Vrije Universiteit, Medische Faculteit, V.d. Boechorststraat 7, Amsterdam. tel.: 020-5482009 en 5482719.

**RTV-opvang** Na een betrekkelijk korte tijd van voorbereiding hebben het algemeen maatschappelijk werk, de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de telefonische hulpdiensten en de Stichting Korrelatie in 1976 een start gemaakt met een nieuwe vorm van opvang na radio- en tv-uitzendingen. In alle provincies is een semi-permanent team van hulpverleners opgericht, die via een gezamenlijke stafgroep van Joint, NVAGG, FNT (de 'koepels' van de drie werkvormen) en Korrelatie binnen zes weken een netwerk van elf tot twaalf opvangposten gereed zetten. Dat netwerk heeft in totaal zo'n 80 telefoonlijnen, die op de avond van en de dag na de uitzending bemand zijn. Die provinciale posten schakelen naar behoefte hun achterland in. Het Project RTV-opvang, zoals dit geheel heet, is inmiddels voor diverse omroepen vijf keer in actie gekomen en verwerkte daarbij zo'n 3500 hulp- en informatievragen. Het Project zal in 1978 worden voortgezet. De werkwijze, de plannen en de problemen zijn gebundeld in een werknota 1978. Deze is te bestellen door f 2,50 per stuk over te maken op giro 3531353, t.n.v. NVAGG-Utrecht, onder vermelding van . . . ex. RTV-opvang.

**Amnesty in Griekenland** — Artsen in Griekenland willen gaan samenwerken met de Medische Adviesraad van Amnesty International, een instantie die het medisch program van AI coördineert. Dit meldde Wordt Vervolg, het maandblad van Amnesty International Nederland, in januari jl. De Grieken willen research verrichten door zich uit hoofde van hun beroep beschikbaar te stellen voor hulp aan mensen die onder de junta zijn gefolterd. Dergelijke medische groepen bestaan al in Denemarken, de Verenigde Staten en Nederland en sinds kort ook in Zweden en Frankrijk. Diverse nationale AI-secties, van Zwitserland tot Sri Lanka toe, krijgen steun van medisch personeel. In 1977 publiceerde Amnesty een lijst van gevangengenomen gezondheidswerkers; hulp aan gedetineerde collega's vormt echter slechts een deel van het medisch program van AI. Het medisch program dateert van 1973, toen in Parijs de AI-conferentie over het afschaffen van martelpraktijken plaatsvond; bij die gelegenheid hielden deskundigen op het medische vlak een speciale vergadering over bijzondere aspecten van foltering. Sindsdien onderneemt men activiteiten gericht op het verscherpen van afspraken op medisch-ethisch terrein, het boycotten van artsen die aan folteringen meewerken en het steunen van artsen die hun medewerking juist weigeren, en het verrichten van onderzoek naar de specifieke gevolgen van foltering. Begin 1979 wil Amnesty een internationale medische studiegroep instellen, die moet nagaan in hoeverre het medisch program van de anti-martelcampagne tot resultaten heeft geleid en die nieuwe punten bij de Medische Adviesraad kan aanbrengen.



## De moppenbak

Vandaag was Dr. Hartog, een heel beminlijke man, onze supervisor op de polikliniek. Nadat ik mijn patiënt — een man die voor de zesde keer een recidief van zijn ulcus had — had gestatust, controleerde Dr. Hartog wat ik had opgeschreven. Daarna gingen wij samen naar het onderzoekkamertje, waar de patiënt op ons wachtte. Dr. Hartog kende de patiënt erg goed en wist onmiddellijk dat we te doen hadden met een kettingroker. Dat was dan ook de oorzaak van zijn ulcus (ik wist overigens niet, dat roken en ulcera iets met elkaar te maken hadden). 'Zo, mijnheer', zei Dr. Hartog vaderlijk, 'U heeft veel geneugten en U mag dan ook heel blij zijn dat U van Uw klacht kunt afkomen door alleen maar enkele van die geneugten te laten vallen. Denkt U eens aan al die mensen die geen geneugten hebben en dan toch ziek worden! Die kunnen niets meer laten, omdat ze het nooit hebben gedaan.' En toen kwam het. Broederlijk legde Dr. Hartog zijn hand op de schouder van de patiënt: 'Luister eens: Er waren eens twee broers. De één rookte dat hij groen zag, zoop dat hij alcohol plaste en begeerde zo de vrouwtjes dat hij geen tijd meer had om te werken. De goede man stierf vredig, toen hij 83 jaar was. De ander werd al misselijk wanneer iemand hem een sigaret toonde, was allergisch voor de stank van alcohol en kon geen vrouw aanschouwen; hij dronk uiteraard alleen maar melk. Weet je hoe oud hij werd?' Dr. Hartog voert de spanning ten top en zet onderwijl al een stap in de richting van de deur; hij steekt zijn hand al uit om afscheid te nemen en dan . . . 'Ik kende hem al', zegt de patiënt. Verrek, daar gaat de climax. 'Drie maanden', zegt Dr. Hartog toch nog, en meteen gaat de deur met een zwier open en staat Dr. Hartog op de gang. Ai, dat liep mis. De moppenbak moet nodig eens worden vernieuwd.

Nee, dan was ik zelf — in alle onschuld en

onbewust — toch origineler, toen de co die ook in ons paviljoen loopt mijn assistent en mij vertelde dat een van zijn patiënten een testikel had van zo'n zes centimeter. 'Ik kneep erin', zei hij, 'en het deed niet eens pijn.'

'Ik zou maar oppassen met in die testikel te knijpen. Stel je voor, dat het een tumor is', diende mijn assistent hem van repliek, waaraan ik onmiddellijk toevoegde: 'Ja, want dan zaai je hem uit . . .'

— Voelt U zich nog niet ziek, mevrouw? Nee? Oh, dan zullen wij nog even Uw leverfuncties controleren en wanneer Uw urine dan ook nog schoon is, zullen wij eens gaan bekijken wanneer U weer naar huis kunt gaan.'

Die vraag: 'Voelt U zich nog steeds niet ziek?' heeft mij al ettelijke keren op de lippen gebrand wanneer wij weer eens langs een patiënt 'zonder iets' liepen.

DAGBOEK  
VAN EEN  
CO-ASSISTENT  
(19)

Het is tien voor twaalf. Ik had nog graag wat over mijn nachtdienst verteld en ook over onze oudste patiënt, die zo graag naar 'mijn moeke' wil, in wiens kamer de dood al bijna haar intrek heeft genomen. Ik had ook nog wat willen vertellen over het vele werk dat ik nu nog moet doen. Maar ik ben doodop en kan niet meer. Laat ik maar naar bed gaan.

Alexander van Es

---

De zeer opmerkelijke promotie van Dr. H. J. M. van Rossum

## Over onderwijs aan medische studenten

Het dagboek van een co-assistent, waarvan wekelijks een bladzijde in Medisch Contact verschijnt, is een haarscherpe bevestiging van de benauwende en cruciale situatie waarin de gemiddelde medische student geraakt bij de eerste confrontatie met de medische werkelijkheid.

Een van de meest karakteristieke uitspraken in deze reeks is te vinden in de zesde aflevering (MC nr. 49/1977, blz. 1533). De co-assistent vertelt daarin hoe hij in de assistentenkamer zat toen de kar met koffie en thee voorbij kwam. Het meisje dat die kar bediende deed de deur open, keek hem even aan, klapte de deur dicht en riep, waarschijnlijk naar iemand die de bekertjes vulde: Niemand . . . De co-assistent concludeert dat hij zich inderdaad zo voelt. Een gevoel dat algemeen aanwezig is onder co-assistenten en nóg sterker leeft onder junior co-assistenten, die in hun positie meestal helemaal nergens zijn.

### Happening

Het was dan ook niet zo miraculeus dat op 7 december van het vorig jaar een bont gezelschap van merendeels studenten en pas afgestudeerden de indrukwekkende aula van het Academieggebouw in Groningen vulde bij de promotie van Dr. H. J. M. van Rossum. Eindelijk een medicus die zich volledig op de belangen van de studenten had gericht en die het de moeite waard had gevonden om het medisch onderwijs als onderwerp voor zijn dissertatie te kiezen!

Voor de bezoekers met ervaring in het bijwonen van promoties bood het

---

door Dr. F. Roest

---

aanwezige publiek een uiterst merkwaardige aanblik. De bij dit soort plechtigheden immer tegenwoordige notabelen waren gemakkelijk op de vingers van één hand te tellen. Die meenden blijkbaar dat zij wel iets beters te doen hadden dan te luisteren naar de verdediging van een zo weinig interessant onderwerp als het wegen zoeken naar betere vormen van medisch onderwijs. Jammer, zij hebben wat gemist. Al was het alleen maar de mogelijkheid te worden geïnspireerd door de aanwezigheid van zoveel jonge enthousiaste belangstellenden.

Het geeft overigens wél te denken dat interesse voor een wapenfeit op het terrein van het medisch onderwijs kennelijk in meerdere mate voorhanden is bij degenen die het moeten ontvangen dan bij hen die het moeten aanbieden. Maar wellicht is dat niet zo verbazingwekkend als het lijkt. *Voor een medicus zit er nog steeds bijzonder weinig perspectief in een op onderwijs georiënteerde carrière* en degenen die er zich toch aan wagen moeten dikwijls ook nog opboksen tegen de onverschilligheid en het gebrek aan inzet van collegae die geacht worden ook een bijdrage te leveren aan de vorming van medische studenten.

Des te moediger was daarom het besluit van de promovendus om destijds als jonge 'gewone' arts te kiezen voor een functie als *onderwijscoördinator* in een specialistische kliniek. Het vereist

niet veel fantasie om te beseffen hoeveel inspanning en doorzettingsvermogen het gekost zal hebben om in een dergelijke positie grond onder de voeten te krijgen. Dat een en ander zelfs tot een promotie heeft geleid, mag dan ook terecht als zeer opmerkelijk worden beschouwd. De leiding van de kliniek verdient uiteraard lof voor het feit dat men het vakmanschap van collega Van Rossum op onderwijskundig gebied bijtijds heeft herkend en erkend, waardoor hij de gelegenheid kreeg zijn resultaten te boek te stellen. In zijn proefschrift 'Medisch onderwijs; wegen zoeken en wegen' behoren de daarop betrekking hebbende prijzende woorden dan ook stellig niet tot de obligate loftuizingen en dankbetuigingen.

In de dissertatie wordt de overweging gereleveerd welke heeft geleid tot de aanstelling van een full-time onderwijscoördinator in de kliniek voor gynaecologie en verloskunde te Groningen. De verwachting was, dat er een grotere continuïteit in het onderwijs zou komen wanneer één persoon binnen de kliniek daarvoor de verantwoordelijkheid kreeg. Dat deze opzet, ook gezien vanuit de optiek van de studenten, een succes was bleek duidelijk uit hun grote opkomst bij de promotie. Naast hun belangstelling voor de inhoud van het proefschrift zal de persoon van de onderwijscoördinator, Herman van Rossum, zeker een belangrijke rol hebben gespeeld. Een duidelijk bewijs voor de bij studenten bestaande behoefte aan houvast in hun opleiding, aan een docent die er expliciet voor hen is, die bereikbaar en verantwoordelijk is, die kan luisteren en ook van hen wil leren.



## Sub-structuur

De schaduwzijde van een dergelijke nauwe relatie tussen één docent en zijn studenten kan een nog verder afnemende belangstelling en verantwoordelijkheidsbesef zijn bij andere stafleden en assistenten voor onderwijszaken. De coördinator past immers wel op die winkel en zij kunnen zich dus voornamelijk met hun eigen vakbeoefening bezighouden, waarin onderwijs dikwijls slechts een zeer ondergeschikt rolletje speelt. Er zijn nu al tekenen van het ontstaan van een sub-structuur in de faculteiten, waarin steeds wisselende stafleden, assistenten, gedragswetenschappers en studenten zich verdiepen in onderwijsproblemen, terwijl de achterban in de klinieken nauwelijks weet wat er op dit gebied aan de orde is.

Op landelijk niveau geldt hetzelfde. Er bestaat een *Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs*, die zich tot doel heeft gesteld de krachten te bundelen en door uitwisseling van ervaringen de leden tot volharding in hun taak en zo mogelijk ook tot nieuwe initiatieven te inspireren. Het is zeer de vraag of – enkele gunstige uitzonderingen daargelaten – degenen die krachtens hun opdracht een primaire verantwoordelijkheid dragen voor het medisch onderwijs op de hoogte zijn van de activiteiten of zelfs maar van het bestaan van deze vereniging. De praktijk leert dat men op de bijeenkomsten steeds weer dezelfde mensen ontmoet, die – *mirabile dictu* – volhouden in hun belangstelling voor het medisch onderwijs. Het merendeel van hen behoort tot de geschetste sub-structuur. Op internationale congressen, zoals de *AMEE* jaarlijks organiseert, treft men meestal wederom dezelfde mensen als afgevaardigden uit Nederland. Op het eind september 1977 gehouden congres in Uppsala was het opvallend dat er, behalve een aantal onderwijsdeskundigen, zeer vele hoogleraren uit de basisvakken alsook uit de verschillende klinische disciplines aanwezig waren. Meerderen hadden een persoonlijke bijdrage op onderwijsgebied ingezonden. Uiteraard was het ontvangende land Zweden zeer ruim vertegenwoordigd. Het was verbazingwekkend dat men

daar in staat bleek niet minder dan 69 hoogleraren uit de eigen gelederen voor dit congres in te zetten. Deze prominenten vervulden bovendien allerm minst een representatieve functie. Integendeel, er moest in de verschillende 'workshops' hard worden gewerkt en van ieder werd een actieve bijdrage verlangd. Het valt niet goed in te zien dat de Rijksuniversiteit in Maastricht, die reeds geruime tijd op de nominatie voor het jaarlijkse *AMEE* congres staat, een dergelijke 'manpower' bij elkaar zou kunnen krijgen. Wij beschikken slechts over enkele vooraanstaande medici die zich intensief met onderwijs occuperen. Het zal dus wel voornamelijk van bijdragen en deelnemers uit het buitenland moeten komen en verder uiteraard van onze gedragswetenschappers . . .

In Uppsala werden niet minder dan vier eredoctoraten verleend aan medische hoogleraren die bijzonder hadden onderscheiden door belangrijke bijdragen aan de ontwikkeling van het medisch onderwijs; er was onder hen geen Nederlander . . . *Bij ons geldt alleen het bedrijven van wetenschap*, whatever that may be. Als hoogleraar wordt men geacht zich in de eerste plaats waar te maken in het vakgebied. De enkelingen – en die zijn er – die zich toch inzetten voor verbetering van het medisch onderwijs kan een zekere moed niet worden ontzegd, want zij riskeren door hun collegae niet geheel voor vol te worden aangezien. Het wordt dan ook hoog tijd dat men vooral in de hogere regionen eens tot het inzicht komt *dat men door zich voor onderwijs te interesseren wel degelijk ook wetenschappelijk bezig is*.

## Onderwijs of wetenschap?

De houding ten opzichte van het medisch onderwijs laat in Nederlandse vakkringen ten onrechte veel te wensen over. De beoefening van wetenschap wordt gekoesterd als een heilige koe. Men gaat blindelings voorbij aan het feit dat het slechts weinigen gegeven is om door research een wezenlijke bijdrage aan de vooruitgang van de wetenschap te leveren. Veel van hetgeen wordt gepubliceerd blijkt weinig zoden aan de dijk te zetten. Maar men moet wel,

want zo komt splinter door de winter. Geen grootse carrière is weggelegd voor hen die geen flinke stapel publikaties op hun naam hebben staan; hoe hoger de stapel hoe eerder men kans heeft aan de bak te komen. Als men dan eenmaal in het zadel zit, moet men op de ingeslagen weg voortgaan en is er het reële gevaar dat het onderwijs bijzaak wordt.

In dit licht bezien is het dan ook zeker opzienbarend dat een medicus als collega Van Rossum kans heeft gezien te promoveren op een deelgebied waarvan velen zullen betwijfelen of het wel iets met wetenschapsbeoefening te maken heeft. In de grote Van Dale kunnen we echter achter het woord 'dissertatie' de volgende omschrijving vinden: 'wetenschappelijke verhandeling, in het bijzonder proefschrift tot het verkrijgen van een doctorale graad'. Men kan dus stellen, dat Van Rossum baanbrekend werk heeft verricht en heeft afgerekend met de vraag of iemand die zich inzet voor verbetering, reorganisatie en verdere ontwikkeling van het medisch onderwijs nu wel of niet wetenschappelijk bezig is. Iedere medicus die belangstelling voor dit onderwijs heeft kan zich dus nu voortaan volkomen legitiem hieraan wijden zonder daarmee zijn aanzien in de eigen vakkring te schaden. Tot nu toe was dit voornamelijk voorbehouden aan gedragswetenschappers, van wie reeds enkelen op onderdelen van het medisch onderwijs zijn gepromoveerd.

Niettemin zal het nog geruime tijd vergen voordat het onderwijs van medische zijde de prioriteit krijgt die het verdient. Daartoe is een belangrijke *mentaliteitsverandering noodzakelijk*, die niet van de ene op de andere dag te verwachten is. Toch is er *spoed geboden*, want te anderer zijde rukken de gedragswetenschappers intussen op. Langzaam maar zeker verliezen zij hun geduld bij het zoeken naar coöperatieve medici. De enkelen die er zijn worden dan ook bedolven onder de informatie die in een gestadige stroom uit deze hoek komt. Niet zo vreemd is daarom een van de stellingen bij het proefschrift van Van Rossum: 'De training in het afnemen van de anamnese dient door artsen te



geschieden.' Het spreekt vanzelf dat enige inbreng van de kant van de gedragswetenschappers aanbeveling verdient. Een overmacht aan 'ogen, Een overmacht aan 'ogen, gogen en logen' is echter uitermate ongewenst en maakt de medische student al vleugellam nog voordat hij de eerste beginselen van het anamnestic gesprek onder de knie tracht te krijgen!

Dit verschijnsel doet zich overigens reeds voor bij de nieuwe cursus voor huisartsen (en specialisten) op het gebied van patiënt-artscommunicatie (PAC). De eindverantwoordelijkheid voor deze cursus berust bij een agoog. Plaatsvervanger is een psycholoog en dan is er gelukkig ook nog een huisarts als adviseur. Van de acht cursusbegeleiders komen er slechts drie uit de medische professie . . . We kunnen ons echter enigszins troosten met de gedachte dat het hier om ervaren medici gaat en dat de praktijk uitwijst dat het meestal de besten zijn die zich voor een dergelijke cursus aanmelden.

Het zal duidelijk zijn, dat medici haast moeten maken met hun grotere inzet voor het onderwijs en het expliciteren van de doelstellingen om zodoende bijtijds in staat te zijn de inbreng van de gedragswetenschappers op de juiste wijze te doseren. Medische onderwijsprojecten voor studenten die uitsluitend door gedragswetenschappers worden ontwikkeld – en die zijn er – en waarbij dan aan het einde van de rit nog eens even een arts als adviseur wordt ingeschakeld hebben geen enkele kans van slagen.

#### Teleurstellend beleid

Sinds de aanstelling van collega Van Rossum in 1972 is ook elders langzaam aan het besef gegroeid dat de functie van onderwijscoördinator bestaansrecht heeft in het labirynth van maatregelen, vernieuwingen, aanpassingen etc. in de medische opleiding. Met name bij de klinici lijkt het niet langer verantwoord om het maar aan eigen initiatief en interesse over te laten in welke mate en op welke wijze er overdracht van kennis en kunde zal plaatsvinden.

Bij de huidige stand van zaken zullen er aan een onderwijscoördinator hoge eisen moeten worden gesteld ten aanzien van talenten op het gebied van

organisatie, planning, communicatie, initiatief, oorspronkelijkheid, prestige, enz. enz., terwijl het hem/haar voorts niet mag ontbreken aan slagvaardigheid, doorzettingsvermogen en overtuigingskracht. Onthutsend is het daarom te constateren dat men blijkens een recente oproep (RUL) voor een dergelijk functionaris op de onzalige gedachte is gekomen de man of vrouw (bij voorkeur een specialist) buiten het wetenschappelijk corps te plaatsen en als administratief ambtenaar in te schalen. Over carrière in het medisch onderwijs gesproken . . .

Het is toch eigenlijk ergerlijk en getuigend van een volslagen *gebrek aan visie*, dat een man of vrouw van wie aanzienlijk meer zal worden gevraagd dan van een doorsnee wetenschappelijk medewerker genoeg zou moeten nemen met een geringere status en idem salaris. Dit alleen al zal een ernstige belemmering vormen voor een behoorlijke taakvervulling.

Een onderwijscoördinator dient bijvoorbeeld de kunst van het college geven te beheersen, waardoor hij in staat is anderen te begeleiden en zo nodig te corrigeren. Als administratief ambtenaar zit hij echter in een *ridicule* situatie ten opzichte van collegae die het nog aan de nodige know-how ontbreekt. Hij zal voorts op een aantal gebieden nauw samen moeten werken met de dienst onderwijsontwikkeling, waarvan de medewerkers uiteraard wél in de wetenschappelijke rangen zijn geplaatst.

Als de laatste vernieuwingen willen realiseren kunnen zij dit niet zonder medische kennis, welke dus moet komen van de administratieve figuur die men voor de medische onderwijscoördinator heeft uitgedacht.

De specialisten zullen niet in rijen van vier voor die betrekking staan opgesteld. Vermoedelijk meldt zich niemand en zal de betreffende onderwijsafdeling een doorgangshuis blijven voor jonge artsen die nog niet direct de plaats kunnen veroveren die zij voor ogen hebben. Zelf dat is trouwens nog de vraag na deze devaluatie van de functie van onderwijscoördinator. Men kan veel beter enige tijd als bijvoorbeeld staflid op een intensive care-afdeling gaan werken: zeer goed voor de praktische vorming en veel aantrekkelijker gehonoreerd.

#### Slecht perspectief

Een van de stellingen bij het proefschrift van Collega Van Rossum luidt: 'Klinische docenten hebben de plicht te zoeken naar patiëntsparende onderwijsmethoden; deze verplichting vloeit voort uit hun dubbele verantwoordelijkheid: de behandeling van patiënten en de opleiding van artsen.' Deze uitspraak zweemt naar wishful thinking. Van Rossum geeft weliswaar in zijn proefschrift enkele voorbeelden van door klinici bereikte resultaten, maar hij weet beter dan wie ook dat het een uiterst kleine minderheid is die zich daarmee bezighoudt. Bij het merendeel van de klinici ontbreekt het eenvoudig aan de motivatie om creatief te denken over patiëntsparende methoden, die dan uiteraard ook nog tot doel moeten hebben de studenten, bij hun eerste kennismaking met het klinische werk, over hun onzekerheden heen te helpen.

Een belangrijke taak is in dit opzicht weggelegd voor de onderwijscoördinator, die ook overigens de sleutelfiguur behoort te zijn tussen klinici en studenten. Niet iedereen kan op de eerste dag van binnenkomst van nieuwe junior of senior co-assistenten voor een hartelijk welkom zorgen. De coördinator dient er voor te zorgen dat deze studenten vanaf het eerste moment als tijdelijke medewerkers en individuen in de kliniek worden opgenomen. Het zou niet mogen voorkomen dat een co-assistent, zoals nu dikwijls het geval is, zich een *nobody* voelt in het corps van immer bezige medici.

In nog sterkere mate geldt dit voor de geaffilieerde ziekenhuizen, waar nogal eens specialisten werkzaam zijn die nauwelijks of geen affiniteit hebben tot studentenonderwijs. Meerdere co-assistenten beklagen zich erover dat zij door deze mensen als een noodzakelijk kwaad worden gezien. Enkele daar werkzame onderwijscoördinatoren hebben dit zelfde verschijnsel gesignaleerd, al drukken zij zich iets eufemistischer uit: 'De co-assistenten worden hier gedooft'.

#### In de schijnwerpers

Door de nog steeds weinig rooskleurige image van

onderwijscoördinatoren en andere docenten die zich voor het medisch onderwijs inzetten is kwaliteitsverbetering van de opleiding een uiterst moeizame aangelegenheid. Het is daarom verbazingwekkend dat de studenten uit de zeventiger jaren zich aanmerkelijk rustiger gedragen dan voorgaande generaties. Ze laten zich wat al te gemakkelijk de kwalificatie 'dom en lui' in de schoenen schuiven, als hun resultaten in de ogen van hun opleiders binnen de maat blijven. Het lang niet optimale onderwijs zal helaas hun tijd wel moeten duren. Te hopen valt, dat er uit hun gelederen jongeren naar voren komen die door negatieve opleidingservaringen geïnspireerd raken om zich persoonlijk in te zetten voor het elimineren van die ergernissen die ze als studenten aan

den lijve hebben ondervonden. De ervaring leert dat ongeveer de helft van de vijfdejaars studenten nog geen vastomlijnde toekomstplannen heeft. Er staan voor de aanstaande medicus vele mogelijkheden open, waarvan tot nu toe een loopbaan in het medische onderwijs nauwelijks deel uitmaakt. Met de te verwachten ruimere arbeidsmarkt in de naaste toekomst zou het geen kwaad kunnen die keuze eens in de schijnwerpers te plaatsen. Er zal in de komende decennia een grote behoefte bestaan aan goed gemotiveerde onderwijskrachten. Het is natuurlijk wel iets anders dan de praktische vakbeoefening, doch hetzelfde geldt voor allerlei andere maatschappelijke functies die door medici worden bekleed. Ook voor artsen die geruime tijd in de praktijk werkzaam zijn geweest kan er

een bijzonder dankbare taak in het medisch onderwijs liggen. Met hun praktische ervaring kunnen zij een belangrijke inbreng hebben. Er zal dan uiteraard van hogerhand wel een veranderend beleid moeten komen ten aanzien van de perspectieven in een dergelijke loopbaan.

We mogen hopen dat de prestaties en de unieke promotie van collega Van Rossum het begin zullen betekenen van een kentering in de waardering van beroepsgeenoten die zich toewijden aan het medisch onderwijs – een eerste voorwaarde om in de medische opleiding *flexibel* te kunnen reageren op de snelle ontwikkelingen in wetenschap en maatschappij.

---

## Prioriteiten bij de bouw van ziekenhuizen en andere inrichtingen voor gezondheidszorg

De Staatssecretaris voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mevrouw Veder-Smit, heeft een overzicht bekend gemaakt van grote bouwprojecten in de intramurale gezondheidszorg, die in 1978 en 1979 in aanbouw genomen kunnen worden. Het betreft projecten in de sectoren ziekenhuizen, verpleeghuizen, zwakzinnigen- en psychiatrische inrichtingen, waarmee tenminste twintig miljoen gulden aan investeringskosten zijn gemoeid. In totaal bevat de lijst 36 nieuwbouwplannen, waarvan er 4 reeds gedeeltelijk in uitvoering zijn. Deze zogenaamde prioriteitenbepaling vindt plaats tegen de achtergrond van het door de regering in 1976 vastgestelde bouwplafond voor de intramurale gezondheidszorg van 500 miljoen gulden per jaar. Rekening houdend met prijsstijgingen bedroeg het bouwplafond in 1977 550 miljoen gulden. Ook voor het jaar 1978 zal dit bedrag in beginsel weer op dezelfde wijze worden aangepast. Het bouwplafond is uitgedrukt in het begrip 'bouwproductie', zoals gehanteerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek en komt globaal overeen met de helft van de totale investeringskosten. In verband met de zich voortdurend wijzigende omstandigheden – nieuwe

plannen die worden ingediend, etc. – ligt het in het voornemen de prioriteitenbepaling jaarlijks te doen plaatsvinden voor een periode van twee jaar.

Met het oog op het grote aantal bij het departement in behandeling zijnde projecten en de zeer uiteenlopende omvang hiervan, is voorlopig uitgegaan van een scheiding tussen projecten met meer, respectievelijk minder dan twintig miljoen gulden aan investeringskosten. Voor de laatste categorie zal in eerste instantie nog geen prioriteitenvolgorde worden opgesteld. Er zal naar worden gestreefd globaal de helft van het bouwplafond te bestemmen voor deze groep van kleinere bouwplannen. Door op deze wijze wat meer ruimte te scheppen voor de kleinere plannen wordt door de staatssecretaris getracht de verbetering van de huisvesting van psychiatrische patiënten en de renovatie van bestaande inrichtingen te stimuleren. Bovendien is de in 1977 ingestelde Projectgroep huisvesting psychiatrie doende verdere initiatieven te stimuleren. Indien nodig zullen te zijner tijd in het kader van het bouwplafond voorzieningen worden getroffen om deze bouwplannen spoedig te kunnen uitvoeren.

Een belangrijk criterium bij het bouwbeleid in de intramurale gezondheidszorg is voorts de bijdrage die wordt geleverd aan de vermindering van de beddencapaciteit, in eerste instantie in de sector ziekenhuizen.

De overwegingen met betrekking tot o.m. psychiatrie, renovatie en beddenvermindering hebben een rol gespeeld bij de ten behoeve van de prioriteitenbepaling door de Gedeputeerde Staten der Provincies uitgebrachte adviezen. Vooraf is over een en ander overleg gevoerd met de Nationale Ziekenhuisraad.

Het bovenstaande betekent onder meer een voortgaande verhoging van het niveau van de bouwproductie in de intramurale gezondheidszorg van ca. 300 miljoen gulden in 1975 tot een niveau van ca. 550 miljoen gulden vanaf 1978. De consequenties voor de kosten van de gezondheidszorg zullen in eerste instantie onder meer bestaan uit een verhoging van de kapitaalslasten, te weten rente en afschrijving. Daartegenover staan kostenbesparingen, zoals bijvoorbeeld een geleidelijke daling van de exploitatiekosten als gevolg van een lagere beddencapaciteit.

---

# Tussen eerste en tweede echelon

## Een replek

Nadat het even stil was geweest rond onze artikelen, werden wij in de afgelopen weken weer verblijd door de ruim opgezette artikelenserie van Drs. B. H. Posthuma en Drs. J. van der Zee, waarin grote aandacht aan onze nu reeds meer dan 2 1/2 jaar oude publikatie 'Het Ziekenhuis in de Gezondheidszorg' wordt geschonken. Hoewel wij het prijzenswaardig vinden, dat deze wetenschappelijke onderzoekers niet over één nacht ijs gaan met het publiceren van hun mening, kan dit betekenen dat hun kritiek op onze onderzoeken niet meer actueel is. Inderdaad hebben sindsdien tien publikaties (waaronder een academisch proefschrift van Dr. J. J. van der Gaag) het licht gezien, zodat een kennisneming en verwerking van deze nieuwe publikaties op zijn plaats leek. Op deze omissie hebben wij de onderzoekers bij lezing van een eerste versie attent gemaakt, terwijl wij de voornaamste publikaties toestuuden. De lijst van publikaties tot nu toe volgt na ons tweede artikel.

### Kritiekpunten

We zullen de kritiekpunten achtereenvolgens bespreken:

a. *In de modelspecificatie van de Leidse werkgroep is het verwijscijfer uit de regio niet benut als verklarende variabele voor de verklaring van de klinische consumptie* (MC nr. 6/1978, blz. 178).

Dit is zeker een bezwaar. In verscheidene latere rapporten, (16, 18, 21), de dissertatie van Van der Gaag en de nog te verdedigen dissertatie van Rutten zijn deze relaties uitgebreid geschat voor de

Bijgaande bijdrage bevat een reactie namens de Leidse projectgroep Macro-Rekenmodel op de kritiek van Drs. B. H. Posthuma en Drs. J. van der Zee (artikelenserie 'Tussen eerste en tweede echelon' MC nrs. 4 t/m 8/1978). Binnenkort zal in een tweede artikel uit Leiden worden ingegaan op de onderzoekresultaten van Posthuma en Van der Zee.

### door Prof. Dr. B. M. S. van Praag

De heer Van Praag is hoogleraar in de westerse economie aan de Rijksuniversiteit te Leiden.

ziekenfondsen. De onderzoekers erkennen dit in hun voetnoot, maar ze kunnen niet nalaten nog even wat twijfel te zaaien. Hun allusie is echter zo diffuus, dat wij niet in staat zijn er een toetsbare uitspraak uit te brouwen.

De reden waarom wij overigens de verwijscijfers in onze eerste analyse niet opnamen is eenvoudig. De verwijscijfers zijn alleen bekend voor de ziekenfondsconsumptie. De hoofdanalyse had betrekking op de totale klinische consumptie en niet slechts op die in de ziekenfondssector.

b. *'Ook over de mathematische vorm der vergelijkingen valt nog wel het een en ander op te merken'* (blz. 178). Men verwijt ons, dat wij geen theoretische argumenten hebben gegeven voor de door ons gehanteerde logaritmische specificatie. Bij de huidige stand van 'health economics' is het onmogelijk een theoretisch geargumenteerde functionele specificatie te geven. De wetenschap is echter in ontwikkeling en het is bepaald niet onmogelijk dat zo'n

(empirisch verifieerbare) theorie nog eens wordt gevonden.

'Of werd de keuze tussen lineair-loglineair gerechtvaardigd door uitkomsten van het residu-variantcriterium?', vragen zij dreigend.

Wij weten niet welk antwoord 'fout' gerekend wordt, maar wij zouden willen antwoorden: ons voornaamste werktuig is een 'economisch timmermansoog'; we bezien standaarddeviaties, t-waarden, residuele varianties en F-toetsen bij alternatieve specificaties en komen op grond van ervaring tot een besluit. Enige dogmatische voorkeur bestaat bij ons niet. Wanneer de lineaire specificatie het waarnemingsmateriaal het best beschrijft, gebuiken we deze. Wel wijzen wij op de voetnoot op p. 91 in Van der Gaags proefschrift, waar hij vermeldt dat lineaire en loglineaire specificatie tot praktisch dezelfde elasticiteiten aanleiding geven in het relevantengebied. Rutten hanteert in zijn binnenkort te verdedigen proefschrift de Box-Cox transformatie voor een selectie van de specificatie. Ook literatuuronderzoek is waardevol; bijna alle toonaangevende studies gebruiken de loglineaire specificatie na min of meer zorgvuldige selectie, omdat deze specificatie de waarnemingen het best blijkt te beschrijven.

c. *'... kiest Van Praag rayons. Wij*

*prefereren het niveau der gemeente, omdat we geloven dat . . .* (blz. 178). Wij zouden ons er vanaf kunnen maken door te zeggen: 'Wij *prefereren* het niveau van het (ziekenhuis)rayon omdat we *geloven* . . .'. Inderdaad, de keuze van het aggregatieniveau dient met zorg te geschieden; kiest men voor té grote waarnemingseenheden dan zijn een aantal variabelen niet waarneembaar of nauwelijks variërend, kiest men echter voor té kleine dan krijgt men veel waarnemingsfouten in de variabelen terwijl de te schatten wetmatigheden volledig overwoekerd worden door allerlei toevallige plaatselijke bijzonderheden die bij de waarneming van grotere eenheden uit middelen.

Het is onze indruk dat de in Nederland zeer grillig gevormde gemeenten, waarvan de grenzen voor een goed deel zijn vastgesteld in de Napoleontische tijd, veelal qua oriëntatie, confessie en geografische ligging niet als een homogene medische consumptie-eenheid kunnen worden beschouwd vanuit het standpunt der klinische consumptie. Dit is echter een 'matter of taste' en 'the proof of the pudding is in the eating'. Binnenkort zullen wij daar aan toekomen, wanneer wij ons wijden aan een kritische bespreking van de eigen resultaten van Posthuma en Van der Zee.

d. Dan de beruchte *leeftijd-geslachtscorrectie* (blz. 178). Iedereen weet dat medische consumptiecijfers per rayon/gemeente sterk worden beïnvloed door de demografische samenstelling. Wanneer men dus de aparte invloed van een aantal variabelen als huisartsdichtheid, bedden etc. op de consumptie wil nagaan, verdient het aanbeveling het demografisch effect daarin te verdisconteren. Wij deden dit door eerst per rayon te voorspellen wat op grond van landelijke gemiddelden voor dat rayon zou kunnen worden verwacht. Indien de werkelijke consumptie hoger uitvalt is er dan sprake van 'meer' consumptie (dan verwacht). De omvang van deze 'meer' – c.q. 'minder' – consumptie is object van onze analyse.

Wij sluiten ons dus gaarne aan bij de waarschuwing van Posthuma en Van der Zee, dat elke uitspraak betrekking heeft op de afwijking tussen de *feitelijke* opnamecoëfficiënt (c.q. de ligduur) en de op grond van landelijke

cijfers voor de demografische structuur van het specifieke rayon verwachte opnamecoëfficiënt (c.q. ligduur). Wij hebben ook nooit wat anders beweerd noch bedoeld.

Tenslotte wrijven Posthuma en Van der Zee ons aan dat wij op de laatste bladzij van ons boek in Appendix 3 een rekenfout hebben gemaakt (blz. 179). Nu is deze appendix niet erg relevant, daar al onze conclusies worden gefundeerd op de gecorrigeerde opname c.q. ligduur en dus valide blijven, zelfs als de bewuste appendix fout is. Inderdaad is de afleiding op p. III, 1, wat al te snel, maar de conclusie is zeker niet fout.

De afleiding van Posthuma en Van der Zee is onvolledig, daar zij vergeten de landelijke gemiddelden  $Y_{1*}$  te

definiëren als  $\sum_{k=1}^K c_{ik} Y_{ik}$  waarbij  $c_{ik}$  het aandeel is van rayon  $k$  in de leeftijdsgeslachtsgroep  $i$  in de totale populatie en  $Y_{ik}$  de consumptie van l/g-groep  $i$  in rayon

$$\sum_{k=1}^K c_{ik} = 1.$$

Dit leidt ertoe dat door hun geïntroduceerde elasticiteiten van de zelfde orde zijn als  $c_{ik} \alpha_{ik}$  (met  $\alpha_{ik}$  de elasticiteit van  $Y_{ik}$  met betrekking tot  $X_{ik}$ ). Daar bij 120 rayons van ongeveer gelijke grootte elke  $c_k$  ongeveer 1/120 is, kan de relatieve vertekening van de geschatte coëfficiënt op circa 1% worden geschat, d.w.z. een afwijkingen in de 3<sup>e</sup> decimaal wanneer  $|\alpha| < 1$ . Indien  $\epsilon_y$ , in het algemeen het zelfde teken heeft als  $\alpha$ , wat voor de hand ligt, dan zal er van een absolute onderschatting van circa 1% sprake zijn.

En meer gedetailleerde afleiding wordt op verzoek aan belangstellenden gaarne opgestuurd, maar lijkt ons minder op haar plaats in Medisch Contact.

## Leeftijd-geslachtscorrectie in een ander perspectief

Zoals onlangs in dit blad uitvoerig gepubliceerd en wederom geciteerd door de heren Posthuma en Van der Zee, heeft de begeleidingscommissie van het Macro-Rekenmodel besteld dat het negatieve verband tussen huisartsen en verpleegdagen niet is aangetoond. Vele critici hadden bezwaren tegen de door ons toegepaste leeftijd-geslachtscorrectie.

Is deze leeftijd-geslachtscorrectie werkelijk zo vreemd? In eerste instantie hadden wij, zoals bij veel econometrisch onderzoek gebeurt, deze kunstgreep rustig toegepast en er zelf vrij weinig betekenis aan gehecht. Toen hier echter bezwaren tegen rezen hebben wij de literatuur op deze correctie nagezien en vonden een artikel in the American Economic Review (1971) van de hand van Martin Feldstein, hoogleraar aan de Harvard University en directeur van het National Bureau of Economic Research in Washington, waarin deze in een voetnoot precies de zelfde correctie beschrijft en toepast en daarbij precies de zelfde argumentatie geeft als die welke wij in ons rapport hebben gebruikt.

Inmiddels publiceerde Martin Feldstein in 1977 wederom een artikel waarbij hij gebruik maakte van de gewraakte leeftijd-geslachtscorrectie, in het meest toonaangevende econometrische tijdschrift *Econometrica*. Het laat zich dan ook denken dat onze projectgroep, ook al passen wij de l/g-correctie om voor de hand liggende redenen op het moment niet toe, zich bepaald niet conformeert aan het oordeel van de commissie van deskundigen en het daarop gebaseerde oordeel van de begeleidingscommissie.

# Het verpleeghuis in het continuüm van de gezondheidszorg en de opleiding van de verpleeghuisarts

## Inleiding

Voor zover mij bekend is vindt men nergens ter wereld een dergelijke explosieve groei van verpleeghuisbedden als juist in Nederland. In korte tijd is het aantal verpleeghuizen tot boven de 300 gestegen met inmiddels 42.346 bedden.

Een van de eerste gevolgen is dat het zogenaamde Calimero-effect – wij zijn maar klein en de andere typen van ziekenhuizen zijn zoveel groter en belangrijker – verdwenen is. Daarmee ook het nog altijd aanwezige onvolwaardigheidsgevoel van de verpleeghuisarts. Men wordt zich van zijn taak en positie bewust en komt er toe deze taak af te bakenen tegenover andere werkers in de gezondheidszorg. Deze explosieve groei noopt echter ook tot bezinning: moet het zo doorgaan of moet het worden afgeremd; men hoort steeds meer dat het aanbod van verpleeghuisbedden te gering is ten aanzien van de sterk verhoogde vraag. De argumenten om in de toekomst nog meer verpleeghuisbedden ter beschikking te stellen zijn meestal gegrond op enkele argumenten die men in verschillende betogen steeds weer tegenkomt:

1. In verband met de vergrijzing van de bevolking valt te verwachten dat het aantal ouderen dat een verpleeghuisbed nodig heeft zal toenemen; gezien het veranderen van de leeftijds piramide valt dan ongeveer te extrapoleren hoeveel bedden in de komende jaren nodig zullen zijn.
2. Er is nu (en men verwacht ook in de toekomst) een toenemende vraag naar bedden voor demente bejaarden. Deze toename houdt verband met het toenemend aantal overlevenden in de

door **Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen**



oudste leeftijdsgroepen, hetgeen vermoedelijk wordt veroorzaakt door een doelmatige bestrijding van de vaak gelijktijdig aanwezige somatische ziekten. Daarbij ligt het voor de hand te vermoeden dat de progressie van de atherosclerose ook van de cerebrale vaten zijn aandeel eist.

Opgemerkt moet worden dat men er bij de argumentatie onder punt 1 vanuit gaat dat de trek naar de verpleeghuizen zal blijven bestaan en dat men dus niet de steven zal wenden en de thuiszorg krachtiger ter hand zal nemen, waarover straks meer. Ten aanzien van de dementie moet er toch op worden gewezen dat een niet onbelangrijk percentage van zogenaamd demente bejaarden in feite lijdt aan circulatiestoornissen in cerebro die niet worden herkend en die bij een doelmatige behandeling kunnen leiden tot het verdwijnen van de verschijnselen van dementie (daarop is in Nederland bij herhaling gewezen door Ter Haar; het is ook mijn eigen ervaring). Het is bovendien de vraag of bij een krachtige aanpak van het probleem van de hypertensie,

dat op dit ogenblik alle aandacht krijgt, ook niet als secundair verschijnsel de vaatveranderingen in cerebro zullen afnemen, evenals reeds de apoplexie in frequentie sterk is gedaald.

Toch blijft de toename van het aantal demente bejaarden een cruciaal probleem in de geïndustrialiseerde landen (in de ontwikkelingslanden wordt meestal de daarvoor kritische leeftijd niet bereikt) en er zijn medici die menen dat dit probleem de absolute prioriteit moet krijgen in het kader van een alomvattende gezondheidszorg.

Ten aanzien van deze opmerkelijke dynamiek is het merkwaardig dat de functie van het verpleeghuis nog steeds niet duidelijk omlijnd is, met name dat de taakafbakening ten aanzien van andere instellingen in de gezondheidszorg en ook ten aanzien van het zogenaamde 'thuisfront' niet duidelijk is en zelfs voor een groot deel ontbreekt.

Een paar voorbeelden: de relatie tussen de verpleeghuizen – vooral voor demente bejaarden- en de open afdelingen van psychiatrische inrichtingen is niet duidelijk, terwijl de taakafbakening van de verpleeghuizen bij de zorg voor somatisch gestoorde – en vooral motorisch gestoorde bejaarden – ten aanzien van de revalidatie-inrichtingen zeker niet is gestructureerd.

Belangrijker nog en in feite navranter is de volstrekte onduidelijkheid ten aanzien van de mogelijkheden van thuisverzorging tegenover de opname in het verpleeghuis. Er bestaat – en dat moet duidelijk worden gezegd – een onvoldoende inzicht in de wensen van de oudere bevolking: willen ze werkelijk zo graag naar een

verpleeghuis of willen ze veel liever thuis blijven? Vermoedelijk is dat individueel zeer verschillend, maar men zou toch een inzicht moeten hebben in de veranderende opvattingen op dit punt. Drs. Vissers heeft op de ledenvergadering van de Afdeling Verpleeghuizen van de NZR op 11 oktober 1977 al uitgesproken dat men omtrent het takenpakket van de verpleeginrichtingen geen scherp beeld heeft. Het is dan ook begrijpelijk dat bij het ontbreken van een duidelijk gedetermineerde functie van het verpleeghuis de planning niet, anders dan gebrekkig kon zijn. De verpleeghuizen zijn als paddestoelen uit de grond gerezen, verbonden door het mycelium van de AWBZ. Het ontbreken van een duidelijk inzicht in de wezenlijke taak van het verpleeghuis komt mede tot uitdrukking in de geografische spreiding: bij een groot aantal verpleeghuizen is er altijd wel van enige spreiding sprake, maar een doelbewuste vestiging van een verpleeghuis – bijvoorbeeld in relatie tot andere instellingen van gezondheidszorg – ontbreekt maar al te vaak. Men vindt verpleeghuizen in de vrije natuur, men vindt ze in aansluiting bij een algemeen ziekenhuis, men vindt ze ook naast drukke kruispunten in grote steden. Er is dus aan de ene kant een roep om meer bedden, maar aan de andere kant een onzekerheid omtrent wie op die bedden terecht moeten komen. Daar komt nog bij dat de laatste tijd een zekere differentiëring in verpleeghuizen is opgetreden: a. verpleeghuizen voor somatisch-chronische patiënten; b. verpleeghuizen voor psycho-geriatrische patiënten; c. een combinatie van beide, de zogenaamde gecombineerde verpleeghuizen. Verklaarbaar is deze chaotische toestand mede uit het feit dat de explosieve nieuwbouw voor verpleeghuizen heeft plaatsgevonden in een tijd dat enigerlei poging tot nationale planning van ziekenhuisbouw ontbrak – overigens nog steeds ontbreekt – en een begin met de regionale planning nog niet was gemaakt. Een dergelijke planning is echter geen totale oplossing van het vraagstuk omdat de fundamentele vraag blijft of de verpleeghuizen hun taak en functie in de toekomst zullen behouden, zullen moeten veranderen en of

daarmee een vergroting of een reductie van het aantal bedden gepaard moet gaan.

#### **De relatie tussen verpleeghuizen en andere instellingen van de gezondheidszorg**

Hierboven werd er reeds op gewezen dat de taakafbakening van de verpleeghuizen zodanig onduidelijk is dat daarmee ook de taakafbakening ten aanzien van andere instellingen van gezondheidszorg vervaagd blijkt. In de eerste plaats ten aanzien van de *revalidatiecentra*. Deze bevinden zich nu in de 'Calimero-positie', want ze zijn in aantal en in beddenomvang nauwelijks gegroeid, ze hebben minder financiële achtergrond, nieuwbouw is praktisch uitgesloten; dit in de tijd dat de verpleeghuizen in tal en last zijn gegroeid. Er is irritatie van de kant van de revalidatie-artsen: men kan het verwijt horen dat in de verpleeghuizen een stuk revalidatie op ondeskundige wijze of in ieder geval op minder deskundige wijze geschiedt dan in een goed geëquipeerd revalidatiecentrum. Daarentegen voeren verpleeghuisartsen wel aan dat de revalidatie-artsen toch te weinig besef hebben van het lichamelijk en geestelijk klimaat van de ouderen ten aanzien van een te revalideren – dan meestal motorische – afwijking. Met andere woorden: de psychische reactie van de ouderen op invaliditeit – overigens ook op de aan de invaliditeit verbonden sociale problemen – zouden bij de verpleeghuisartsen beter bekend zijn. Er ontwikkelt zich de laatste tijd wel een zekere tendens in het relatiepatroon tussen verpleeghuis en 'thuisfront'. Men aanvaardt dat het niet ons aller doel moet zijn de bejaarden zoveel en zo snel mogelijk in verpleeghuizen onder dak te brengen maar daarentegen de bejaarden in hun eigen milieu zolang mogelijk thuis te laten en eventueel te verzorgen. Daarvoor zijn veel motieven aan te voeren: in de eerste plaats economische, hoewel – zoals hierboven aangegeven – een cost-benefit analyse nog niet is verricht. In de tweede plaats uit humanitaire overwegingen: de bejaarde is in zijn eigen omgeving beter thuis dan in een verpleeghuis, tenzij zodanig gehandicapt dat het bestaan thuis tot een kwelling wordt.

Toch is er op dit punt onzekerheid, een enquête voor voldoende omvang onder bejaarden over deze principiële punten is voor zover mij bekend nog nooit gehouden.

Mochten we de ouderen al thuis willen laten, dan zou veel meer aandacht moeten worden gegeven aan een goede structuur van de thuiszorg. De huisarts, de maatschappelijk werkster, de wijkverpleegsters dienen de situatie goed te kennen en voortdurend alert te zijn voor de mogelijkheden de ouderen thuis te laten en zo mogelijk onder behandeling te brengen van een ambulante vorm van curatieve zorg, bijvoorbeeld de polikliniek van een groot ziekenhuis speciaal voor bejaarden, een dagziekenhuis of ook een polikliniek verbonden aan een verpleeghuis of aan een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een geriatrie afdeling met voldoende deskundigheid op dit punt.

Opit (British Medical Journal 1977, 1, pagina 30) heeft erop gewezen dat men bij de cost-benefit analyse van een dergelijke vorm van gezondheidszorg op pijnlijke wijze een goede methode mist om de satisfactie van de patiënt te meten ten aanzien van de zorg die hij ontvangt. In Frankrijk heeft zich een merkwaardige ontwikkeling voorgedaan die omschreven wordt met 'het ziekenhuis thuis' (Zie R. Veylon, Nouvel. Press Medical 1977, 6, 2611).

Deze 'hospitalisation à domicile' dateert reeds uit 1951 in Parijs. Dit systeem geniet nu de ondersteuning van sociale zekerheidsorganen. Na een voorafgaande opname in het ziekenhuis ter bepaling van de gezondheidstoestand van de betrokkene kan met zijn toestemming, met de toestemming van de huisarts en de medisch adviseur van bijvoorbeeld het ziekenfonds, samen met een gunstig rapport van de sociale werker omtrent de financiële mogelijkheden van de patiënt deze worden opgenomen in de zorg die verleend wordt door een reeks van specialisten van een nabij ziekenhuis. De huisarts blijft daarbij de uiteindelijke verantwoordelijkheid dragen; hij komt wekelijks bij de patiënt thuis, de oudere krijgt thuis huishoudelijke hulp en overigens ook hulp van verpleegsters (wijkzusters) en zo nodig andere helpers. In 1975 betrof dit in Parijs 5433 patiënten die allen ouder waren dan 60

jaar (De kosten per dag zijn daar berekend op 141 franc tegenover 382 franc voor de ziekenhuiskosten per dag). Gebleken is dat op deze wijze de patiënten veel langer thuis kunnen blijven dan vroeger het geval was. Ook in Nancy heeft men overeenkomstige gunstige ervaringen opgedaan. Van het grootste belang is dat op deze wijze de patiënten actief bleven en eerder een revaliditeit bereikten dan wanneer ze waren opgenomen in een algemeen ziekenhuis.

In Genève is dit systeem nog verder uitgebreid met een organisatie voor 'meals on wheels'. Tussen deze vorm van thuiszorg en het dagziekenhuis bestaan directe verbindingen via de specialisten die de patiënt thuis zien. Een opvatting is dat dergelijke patiënten een telefoon 24 uur van de dag onder bereik moeten hebben wanneer ze acuut hulp nodig zouden hebben. In Poitiers is een dienstverlening opgezet die op de telefoon-oproep alle acute hulp geeft die noodzakelijk is.

In tegenstelling tot wat men zou verwachten blijkt dat patiënten die herstellende zijn van een cerebro-vasculair accident, ook ouderen met diabetes, reuma en hart- of longinsufficiëntie over het algemeen goed toegankelijk zijn voor deze vorm van hulp. Het systeem lijdt echter ernstig – zoals overal – aan de tekorten in hulp ter plaatse, met name dus huishoudelijke hulp en ook de hulp van verpleegsters. Het hoofddoel van deze thuishulp op uitgebreide schaal is om de patiënt actief te houden, het dagelijkse ritme te ondersteunen en de onafhankelijkheid te bevorderen.

Naar mijn mening verdient een dergelijk systeem alle aandacht, vooral gezien als een schakel in de ketting thuishulp, poliklinische hulp, hulp van een dagziekenhuis, ziekenhuisopname en opname in een verpleeghuis. Afgezien van de kostenbesparende mogelijkheden die zouden moeten worden bestudeerd en afgezien van de moeilijkheden met de bestaving van de home-teams, is het humane aspect ongetwijfeld aantrekkelijk.\*

Een van de grote moeilijkheden bij de

ontwikkeling van voldoende zorg op het thuisfront is echter dat hier de gezondheidszorg – zoals overigens in vele landen – in aanraking komt met werkers die onder – wat wij noemen – CRM vallen. De recente dramatische situatie ten aanzien van de beperking van de hulp van bejaardenverzorgsters is in Nederland hier weer een actuele illustratie van. Zelfs bij de reorganisatie van de health service in Engeland is het niet gelukt om de maatschappelijk werkers uit een CRM-positie over te plaatsen naar de gezondheidszorg. Een van de grote weerstanden schijnt te zijn gelegen in de onwil van maatschappelijk werkers hiërarchisch te worden ingepast in een duidelijk medisch model.

Hoe dit echter ook zij, het is duidelijk dat wanneer het thuisfront onvoldoende goed ontwikkeld is en blijft, de zuigkracht van de verpleeghuizen nog maar zal toenemen. Daardoor wordt weer geld onttrokken aan het totale budget ten bate van de verpleeghuizen, hetgeen dan weer niet ten goede kan komen aan het 'thuisfront'. Van enig bewust evenwicht is ook bij ons geen sprake. Zo gezien zou de vraag naar meer verpleeghuisbedden kunnen betekenen dat ook op het 'thuisfront' minder beschikbaar komt.

In wijder verband raakt dit ook het probleem van de ontwikkeling van de eerstelijns geneeskunde. Als die al veel actiever moet worden en wanneer de huisarts ook (zelfs in een dergelijke setting als in Frankrijk wordt ontwikkeld) een belangrijke rol zal spelen, dan moet ook in die richting financiële steun mogelijk zijn. Ofwel het betekent dat de premie voor de ziekenfondsverzekering moet stijgen, ofwel er moeten andere bronnen worden aangeboord om een ontwikkeling in deze richting te stimuleren. Daaraan voorafgaande zouden ongetwijfeld pilot-studies dienen te geschieden om onnodige activiteiten te voorkomen.

Dat een dergelijke pilot-studie van belang kan zijn is wel gebleken uit een onderzoek, dat destijds is gedaan ten aanzien van het al of niet noodzakelijk aanwezig zijn van hoog gespecificeerde en met veel apparatuur ingerichte 'hartrenwagens'. Toen uit de Utrechtse studie bleek dat deze geen voordeel hadden boven een eenvoudige ambulance, uitsluitend voorzien van een defibrillator, is een

ontwikkeling in die richting onmiddellijk afgeremd.

## Bejaardentehuizen

Nog onbesproken is hier de verhouding van de verpleeghuizen ten aanzien van bejaardentehuizen. Wanneer men er vanuit gaat, dat de instelling van degenen die in de bejaardentehuizen werkzaam zijn boven alle lof is verheven en dat zij meer geven dan redelijkerwijze kan worden verwacht gezien de onderbezetting van personeel, dan moet toch worden vastgesteld dat de gezondheidszorg in de bejaardentehuizen vaak te wensen overlaat.

De inrichting is er al niet naar om bij bepaalde incidenten direct handelend te kunnen optreden; meestal moeten de patiënten dan uit het bejaardentehuis naar een algemeen ziekenhuis. Maar een ander euvel is gelgen in het feit dat in veel bejaardentehuizen iedere patiënt zijn eigen huisarts aanhoudt. Hoe begrijpelijk dit ook is, vooral als men een huisarts vele jaren heeft gehad, het leidt tot een totale chaos in de verpleging en vooral in de medicatie. Het is geen zeldzaamheid dat men in een bejaardentehuis van 200 tot 250 bedden te maken heeft met minstens 20 medici.

Naar mijn mening is daar wel degelijk een plaats voor een verpleeghuisarts, die als medisch adviseur in samenwerking met een arts die zich speciaal met dit bejaardentehuis bezig houdt, kan komen tot een betere planning van activiteiten, dieetvoorschriften, behoud van de ADL en vooral ook de medicatie. Het is geen zeldzaamheid dat bezoekende artsen die er niet in slagen snel de beherende zuster te spreken met de patiënt de medicatie af te spreken, die niet zelden onjuist of onvoldoende overkomt naar de behandelende sector in het sector in het bejaardenhuis. Ook hier moet het zo zijn dat men probeert de bejaarden zolang mogelijk in hun bejaardentehuis waar zij reeds jaren wonen te laten leven en hen niet bij het minste of geringste ongemak over te plaatsen naar bijvoorbeeld een verpleeghuis of een ziekenhuis. Daar komt nog bij dat de kennis van de nosologie van de bejaarden, vooral op hogere leeftijd, een groot probleem is wanneer men daar niet goed op

\* Zie voor een overzicht van dit systeem een 'leading article' in The Lancet van 12 november 1977, pagina 1016.



ingesteld is. Tot de vaak over het hoofd geziene afwijkingen behoren bij bejaarden onder meer: anaemieën, tot pernicieuse anaemie toe, pneumonieën wanneer ze met weinig of geen koorts gepaard gaan, cystopyelitiden (al gaan deze gepaard met hoge temperatuurtoppen vooral wanneer ze geen pijn veroorzaken), hypothermieën, pijnloze hartinfarcten! ernstige vormen van de Cara-ziekten (wanneer die al herkend worden dan toch met onvoldoende therapie) en verschijnselen van onvoldoende cerebrale circulatie, hypothyreosen.

Ten aanzien van de functie van de algemene ziekenhuizen ligt er ook een probleem. Op dit ogenblik worden veel bejaarden opgenomen op interne afdelingen van algemene ziekenhuizen omdat er nergens anders plaats is en zo kan het bestand op een interne afdeling voor een groot gedeelte berusten op mensen boven de 60 jaar. Niet ten onrechte zeggen daarom veel internisten dat ze in feite ook geriater zijn.

De afvloeiing van deze mensen naar verpleeghuizen geschiedt vaak zeer gebrekkig, vooral ook doordat de verpleeghuizen onvoldoende bedden zouden hebben. Wanneer het 'thuisfront' beter ontwikkeld was, dan zou uitgemaakt moeten worden of de patiënt toch niet weer terug naar huis kan, zij het eventueel met poliklinische hulp dan wel of de toestand zodanig is dat hij beter vanuit een algemeen ziekenhuis naar een verpleeginrichting wordt overgeplaatst.

### **Hoeveel bedden zijn er dan nodig?**

Uit het bovenstaande blijkt dat men deze vraag niet kan beantwoorden als men niet een helder inzicht heeft in de toekomst of de ontwikkeling van de gezondheidszorg in het algemeen en van de zorg voor bejaarden in het bijzonder. Daarbij spelen somatische, psychische en sociale factoren – zoals altijd in de geriatrie – een wisselende rol. Bij een onvoldoende uitdiepen van de mogelijkheden van het 'thuisfront' zal het volle accent blijven liggen op een verpleeghuis met als consequentie een atrophie van de mogelijkheden van het 'thuisfront'. Zeker is dat het Amerikaanse systeem, namelijk een korte ziekenhuisopname van 1 of 2 dagen om uit te maken of iemand in

aanmerking komt voor een verpleeghuis, een soort screening ten aanzien van de opname in het verpleeghuis, van belang kan zijn. Men kan dus niet zonder meer extrapoleren van de huidige toestand naar de toekomst over 5 of 10 jaar als men niet weet welke steun men aan de verschillende vormen van gezondheidszorg voor bejaarden wil verlenen.

Het gaat bij verpleeghuizen hoofdzakelijk om patiënten die een langdurige verpleging nodig hebben die ze thuis niet goed zullen kunnen krijgen en waarvoor een algemeen ziekenhuisbed toch niet nodig is. Het is naar mijn mening een van de aantrekkelijke kanten van de ontwikkeling van de geriatrie dat men veel minder machteloos staat, maar ook daardoor veel minder apathisch tegenover de behandeling van bejaarden dan vroeger en zich wel degelijk tot doel stelt de patiënten de inrichting te doen verlaten (naar huis) op het ogenblik dat dit weer mogelijk is. Dat dan dikwijls het 'thuisfront' inmiddels is afgebroken en terugkeer sociaal onmogelijk wordt is een trieste zaak. Een verpleeghuis hoort echter niet per definitie een eindstation te zijn.

### **Welke patiënten horen in een verpleeghuis?**

Het is merkwaardig dat over dat vraagstuk ook geen communis opinio bestaat. Het verpleeghuis wordt door zeer velen – ook door verpleeghuisartsen – gezien als in feite een geriatrie inrichting. Toch moet het in principe ook openstaan voor anderen die verpleging nodig hebben. Wanneer het verpleeghuis in feite ook een revalidatieinrichting zou kunnen zijn – zij het in bescheiden omvang en met bescheiden doelstellingen – dan zouden vele patiënten uit algemene ziekenhuizen via het verpleeghuis weer naar huis terug kunnen gaan (bijvoorbeeld: oudere patiënten met in het algemeen ziekenhuis behandelde fracturen die nog wat revalidatie nodig hebben, herstellenden van een hartinfarct – en zo zijn er vele andere voorbeelden te bedenken).

Van deze mogelijkheden wordt naar mijn mening en voor zover mij bekend bijzonder weinig gebruik gemaakt. De vraag is of in de tri-partite opzet van dicht naast elkaar gebouwde

ziekenhuizen, verpleeghuizen en bejaardeninstellingen niet veel meer van een dergelijke mogelijkheid gebruik kan worden gemaakt. De grote afstand in het land tussen algemene ziekenhuizen en bepaalde verpleeghuizen bevordert een dergelijke overgang niet. Ook al niet omdat de patiënt dan vaak ten aanzien van zijn familie op te grote afstand komt te verblijven.

Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat veel verpleeghuisartsen toch wel graag naast overwegend bejaarden die verpleging behoeven ook andere categorieën patiënten die gerevalideerd moeten worden in het verpleeghuis zouden willen opnemen. Ze zien dit vermoedelijk als een verbreding en een verdieping van hun activiteiten. Dit geldt vooral ten aanzien van chronisch zieken. Toch moet men er zich wel van bewust zijn dat de 'aanpak' van een chronisch zieke in somatisch-psychisch en sociaal opzicht zeer verschillend is van die van een geriatrie patiënt. De psychologie van de behandeling van chronisch zieken die in een verpleeghuis terecht komen is totaal anders dan de veel actievere instelling die gelukkig ten aanzien van de geriatrie patiënt ingang heeft gevonden.

Ook de vermenging van chronisch zieken met bejaarden acht ik niet gelukkig. Of men zal voor chronisch zieken een andere oplossing moeten vinden, of men moet in het verpleeghuis een aparte vleugel beschikbaar stellen voor chronisch zieken, hoewel ook daar van het ontstaan van een getto voor verlorenen een navrante invloed moet uitgaan. Naar mijn mening hoort een ernstig chronisch zieke eerder thuis op een aparte afdeling in een algemeen ziekenhuis dan in een vleugel van een verpleeghuis, want men heeft voor de behandeling van deze zieken toch vaak een zéér grote specialistische kennis nodig. Wel zal de behandelend arts in dat geval voldoende tijd beschikbaar moeten hebben om patiënten die het 'point of no return' zijn gepasseerd voldoende psychisch te begeleiden.

### **De opleiding van een verpleeghuisarts**

Uiteraard is de definitieve beslissing omtrent de categorieën van patiënten

die in een verpleeghuis nu en in de toekomst moeten worden opgenomen van invloed op de opleiding van de verpleeghuisartsen. Het onvoldoende inzicht in de toekomstige functie heeft naar mijn mening een verlammeende invloed op het schema van de opleiding.

Wanneer de verpleeghuisartsen zich terugtrekken op de verpleging van somatisch of psychisch gestoorde bejaarden – of beide – dan zouden ze in feite een groot brok geriatrie doen. Hebben ze daarnaast ook chronisch zieken te behandelen, bijvoorbeeld lijders aan multiële sclerose en chronische nephritis etc., dan zal het opleidingsschema toch anders moeten zijn.

Echter, gezien het in ieder geval hoge percentage van ouderen die in verpleeghuizen verblijf houden, zal de opleiding van verpleeghuisartsen in de eerste plaats dus moeten zijn gebaseerd op een redelijke kennis van gerontologie als basiswetenschap, waarbij de normale anatomie van de bejaarde, de kennis van het bewegingsapparaat, de fysiologie, de biochemie, de psychologie en de sociale problematiek zullen moeten worden onderwezen. Daarnaast is inzicht in de pathologische anatomie van het ziekteproces op oudere leeftijd geboden.

Bovendien dient een verpleeghuisarts kennis te krijgen van de geriatrie, dat deel van de geneeskunde dat te maken heeft met de vaak tri-partite samenhang tussen somapsyche en sociale status bij zieke of gestoorde bejaarden in de dalende levenslijn. Hij zal de somatische processen beter moeten kunnen diagnostiseren, bedacht zijn op sterke varianten in de symptomatologie en ontvankelijk moeten zijn voor de uit de afwijkingen resulterende klachten die anders worden geuit dan op middelbare leeftijd. Het is een hele zware opgave maar een zeer dankbare, omdat tegenwoordig therapeutisch zoveel meer mogelijk is dan vroeger en het uitzicht lang niet altijd somber is. Uiteraard zal in de opleiding van de verpleeghuisarts ook moeten meespelen de mogelijke functies die deze bij andere instellingen van de gezondheidszorg zou kunnen vervullen. Naar mijn mening komt de verpleeghuisarts nog te weinig als consulent in de algemene ziekenhuizen, alleen in die situatie waarbij het verpleeghuis in de directe omgeving van het ziekenhuis

aanwezig is, is een dergelijke goede relatie mogelijk en ook op dit ogenblik in Nederland aantoonbaar.

De verpleeghuisarts kan met zijn specifieke kennis van het reactiepatroon van de zieke bejaarde van hulp zijn voor de boordeling van een patiënt door een internist, een cardioloog, een longarts maar ook een chirurg.

Ik heb er al op gewezen dat een verpleeghuisarts een zeer goede taak zou kunnen vinden in de vaak van goede medische zorg verstoken bejaardeninrichtingen. Een verpleeghuisarts zou ook betrokken moeten kunnen worden bij de beoordeling of een patiënt via een ziekenhuis in een verpleeghuis moet worden opgenomen.

Eenzijds moet men erkennen dat op dit gebied vooral door artsen van de GGD veel nuttig werk wordt verricht, anderzijds kan dit beeld duidelijk worden gecompliceerd door de mogelijke erkenning van de geriater als klinisch specialist, verbonden aan het algemeen ziekenhuis. Maar ook dan moet er een goede arbeidsverdeling komen tussen geriater en verpleeghuisarts. Bij dit alles mag niet worden vergeten dat het bij bejaarden niet alleen gaat om de behandeling van reeds geconstateerde afwijkingen – door wie dan ook – maar veel meer om het tijdig voorkomen van een progressieve ontwikkeling van stoornissen op somatisch of psychisch gebied. Op dat terrein zijn er vele mogelijkheden die nog niet ten volle worden benut.

#### Samenvatting

Er is nog steeds onzekerheid omtrent de functie van de verpleeghuizen in de toekomst, mede ten aanzien van het thuisfront als ten aanzien van andere instellingen op het gebied van de gezondheidszorg. Daarmee is geen zinnig antwoord te geven op de vraag hoeveel verpleeghuisbedden in de nabije toekomst nodig zijn. In het licht van de moderne opvattingen omtrent de plaats van de bejaarde in het continuüm van de gezondheidszorg kan worden gesteld dat het zolang mogelijk thuis houden van de bejaarde in velerlei opzichten de voorkeur verdient boven het al te spoedig hospitaliseren in verpleeghuizen. Ook wanneer er een klinisch specialisme geriatrie zou worden ontwikkeld, betekent dit nog

niet dat de verpleeghuisarts uitsluitend intramuraal in de verpleeghuizen werkzaam zou moeten zijn. Zijn inbreng in de problemen op het 'thuisfront' – maar ook in de bejaarden inrichtingen en in de algemene ziekenhuizen – blijft wenselijk.

De verpleeghuisarts zal dan een behoorlijke opleiding moeten krijgen, gebaseerd op gerontologie met daarbij aansluitend een inzicht in de geriatrische problematiek terwijl een stage in een verpleeghuis absoluut noodzakelijk zal zijn. Uitsluitend cursorisch onderwijs is m.i. onvoldoende.

De tijd is echter voorbij dat men door schade en schande wijzer moet worden. Er bestaan in Nederland voldoende verpleeghuizen onder uitnemende medische leiding waar dergelijke stades kunnen worden gelopen.

Aan de Vereniging van Verpleeghuisartsen moet het initiatief tot een betere structureren van de opleiding in eerste instantie worden overgelaten. Het Centraal College voor de Specialistenopleiding bemoeit zich per definitie uitsluitend met klinische specialisten en heeft daarbij het vraagstuk van de geriatrie in studie. Maar ook de komst van de geriater in de algemene ziekenhuizen als volwaardig klinisch specialist zal aan de taak en functie van de verpleeghuisarts geen afbreuk kunnen doen, integendeel.

De taakafbakening van de verpleeghuizen ten aanzien van de open afdelingen van psychiatrische inrichtingen, ten aanzien van de revalidatie-inrichtingen en ten aanzien van de bejaardentehuizen dient nader te worden geanalyseerd en gestructureerd.

Bij de toewijding die tot nog toe door verpleeghuisartsen is opgebracht bij de hulp aan bij hen opgenomen bejaarden – een hulp die volgens moderne inzichten noodzakelijk en effectief is – kan men verwachten dat ook een nadere uitwerking van hun taak in het continuüm van de gezondheidszorg tot vruchtbare resultaten zal leiden.

### **Klacht tegen chirurg ongegrond**

Omstreeks eind 1965 liep klaagster bij een val ter plaatse van de linkerpols letsel op, aan de nervus medianus, die door beklagde chirurg werd gehecht. Enige tijd later bleek een operatieve ingreep nodig ter bevrijding van de gehechte zenuw uit omsluitend bindweefsel. Na aanvankelijke verbetering deden zich al spoedig weer pijnklachten voor waarna klaagster door beklagde naar een neuro-chirurg werd verwezen die een partiële uitval van de nervus medianus constateerde. Na langdurige fysiotherapeutische behandeling volgde in 1975 een neurolyse.

In 1972 bezeerde klaagster haar rechter-ringvinger. Medio 1967 werd aan klaagster in verband met de verminderde gebruiksmogelijkheid van haar linkerhand een invaliditeitspercentage toegekend van 65%.

Bij poliklinisch onderzoek door beklagde chirurg kon geen fractuur worden vastgesteld. Hij schreef massage en bewegingstherapie voor. Omdat haar vinger dik en pijnlijk bleef verzocht klaagster verwijzing naar een andere deskundige. In september 1973 werd een arthroplastiek verricht. Klaagster heeft daarna haar vinger weer vrij kunnen bewegen.

Klaagster verweet beklagde onzorgvuldige behandeling doordat hij te laat een andere specialist in de behandeling betrokken zou hebben. Tevens verweet zij hem zich omtrent de kansen van herstel van haar linkerhand op zodanige optimistische wijze uitgelaten te hebben dat zij zich daardoor liet weerhouden tijdig een aanvraag in te dienen ter verkrijging van een bijslag, die haar destijds – in het kader van de overgang van de invaliditeitsverzekering op de

arbeidsongeschiktheidsverzekering – zou kunnen zijn toegekend. Beklaagde zou – aldus klaagster – gehouden zijn de haar uit beide omstandigheden onstane schade te vergoeden.

De districtsraad verklaarde de klacht na uitgebreid vooronderzoek ongegrond, waarna op het door klaagster ingestelde beroep de juistheid van dit oordeel door de Raad werd bevestigd.

De Raad overwoog dat letsel aan de nervus medianus zelden geheel herstelt en dat de pijnlijkheid van de linkerhand en de daarin opgetreden bewegingsbeperkingen te wijten waren aan de aard van het letsel en niet aan de wijze waarop beklagde heeft getracht dit te herstellen.

Beklaagde ontkende zich omtrent de kansen op herstel op een zo uitdrukkelijke wijze uitgelaten te hebben als door klaagster werd gesteld. Wel achtte hij het waarschijnlijk dat hij haar hoop had gegeven op uiteindelijk herstel.

Voorts was de Raad van mening dat klaagster bij de beoordeling van de vraag wat haar in juli 1967 te doen stond teneinde uitkeringen in het kader van de sociale verzekeringswetten veilig te stellen niet had mogen afgaan op de door de beklagde chirurg ruim twee jaar tevoren uitgesproken verwachtingen omtrent het herstel van linkerhand zonder hem over de relatie van haar vraag tot de mogelijkheid van het verwerven van een invaliditeitsuitkering te informeren.

---

#### **ADRESSEN SECRETARISSEN MEDISCHE TUCHTCOLLEGES**

- **Amsterdam:** Mr. J. Heeres, Paulus Potterstraat 10, Postbus 5258, Amsterdam-Z., tel. 020-79 63 33.
  - **Den Haag:** Mr. H. P. Utermark, Koninginnegracht 12B Den Haag, tel.: 070-92 44 61.
  - **Groningen:** Mr. M. P. Dorhout, Oude Ebbingestraat 91, Groningen, tel.: 050-2 80 41.
  - **Zwolle:** Mr. S. Willinge Gratama, Burg. van Royensingel 6, Zwolle, tel.: 05200-1 17 33.
  - **Eindhoven:** Mr. W. J. M. Ten Berge, St. Antoniusstraat 6, Eindhoven, tel.: 040-43 43 05.
-

# Rijksuniversiteit Limburg introduceert opleiding sociale gezondheidkunde

Een werkgroep van de Rijksuniversiteit Limburg heeft een concept-ontwikkelingsplan gereed voor een Algemene Faculteit te Maastricht, die tot taak krijgt een academische opleiding sociale gezondheidkunde op te zetten en van waaruit sociaal-gezondheidkundig onderzoek zal worden bedreven. In 1975 kwam de Wet Rijksuniversiteit Limburg tot stand, waarin is bepaald dat deze universiteit een Faculteit der Geneeskunde en een Algemene Faculteit omvat. Hoe die Algemene Faculteit er zou gaan uitzien werd voorlopig nog open gelaten. In 1976 zijn de bewindslieden van Onderwijs en Wetenschappen met de Rijksuniversiteit Limburg overeengekomen dat de tweede faculteit in Maastricht zich in eerste instantie zou bezighouden met de sociale gezondheid: maatschappelijke structuren en verschijnselen voor zover die te maken hebben met gezondheid en ziekte. Daarnaast is door de bewindslieden aan deze faculteit een taak toebedacht bij de vernieuwing van het hoger onderwijs (wetenschappelijk onderwijs en hoger beroepsonderwijs).

In dit kader werden bij het overleg met het ministerie vier deeltaken aan de Algemene Faculteit opgedragen: de ontwikkeling van een centrum voor sociaal-gezondheidkundig onderzoek; van een opleiding op universitair niveau voor functionarissen die gaan werken op het gebied van sociale vraagstukken in de gezondheidszorg; de opzet op haar aandachtsgebied (de sociale gezondheid) van cursussen voor academici en afgestudeerden uit het HBO (post-hoger onderwijs); de bevordering van samenwerkingsmogelijkheden op het

gebied van sociale gezondheid tussen wetenschappelijk onderwijs en hoger beroepsonderwijs.

De universiteit kreeg de opdracht deze nog globale uitgangspunten in een zogenaamd ontwikkelingsplan van de Algemene Faculteit nader te concretiseren. Ze heeft de uitwerking van die taak opgedragen aan een werkgroep, bestaande uit eigen medewerkers en uit externe deskundigen. Deze werkgroep werd op 8 maart 1977 geïnstalleerd. Zij stond onder voorzitterschap van Prof. Dr. W. Wijnen, dekaan van de Algemene Faculteit. Een 'Klankbordgroep', samengesteld uit tal van deskundigen – waaronder sociaal-geneeskundigen – en betrokkenen uit diverse maatschappelijke groeperingen voorzag de voorstellen van de werkgroep voortdurend van aanvulling en commentaar. Het ontwikkelingsplan Algemene Faculteit is thans in concept gereed gekomen. Het zal – na te zijn vastgesteld door de Universiteitsraad – aan de bewindslieden van Onderwijs en Wetenschappen worden voorgelegd. Wanneer deze zich ermee kunnen verenigen kan de Algemene Faculteit binnen betrekkelijk korte tijd van start gaan.

### Interdisciplinair

De sociale gezondheidkunde is de interdisciplinaire wetenschap, die zich richt op de studie van maatschappelijke structuren en verschijnselen in hun consequenties en implicaties voor gezondheid en ziekte.

De groeiende vraag naar medische hulp – met de daaraan verbonden

scherpe stijging van de kosten der gezondheidszorg – wordt mede beïnvloed door klachten en aandoeningen die te wijten zijn aan veranderende leefgewoonten en belastende levensomstandigheden. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan voedingsgewoonten, roken, alcohol- en druggebruik en aan veranderingen die het gevolg zijn van technologische of maatschappelijke veranderingen zoals verkeersdruk, bodem-, lucht- en waterverontreiniging, democratisering enz.

De sociale gezondheidkunde nu richt zich in de eerste plaats op *onderzoek* naar mogelijkheden van sociale preventie om dergelijke bedreigingen voor het gezonde bestaan te bestrijden. Dit aandachtsveld is uitermate breed. In het concept-ontwikkelingsplan wordt voor het onderwijs- en onderzoekprogramma van de Algemene Faculteit voorlopig gekozen voor één centraal thema en wel het thema 'arbeid'. Later zullen er andere thema's aan worden toegevoegd. De Algemene Faculteit zal onder twee invalshoeken aan onderzoek doen. Vooreerst komt er een centrum voor sociaal-gezondheidkundig onderzoek. Hier zal al dan niet in opdracht van beleidsinstanties toegepaste research worden verricht op het veld van de sociale gezondheid. De werkzaamheden van dit centrum hebben dus een dienstverlenend karakter. Ze strekken zich – afhankelijk van de vraag – in principe uit over het hele terrein van de sociale gezondheid. Gedacht wordt aan onderzoekthema's als: kwaliteit en kosten van de gezondheidszorg, organisatie en opbouw van de gezondheidszorg, met name de eerste lijn, arbeidsverzuim, preventie,

psychosociale hulpverlening, revalidatie, vraagstukken op het gebied van de sociale zekerheid etc. Naast het dienstverlenend onderzoek in dit centrum zal de Algemene Faculteit als instelling van wetenschappelijk onderwijs ook een eigen onderzoekprogramma moeten opzetten en uitvoeren. Concrete onderzoeksthema's zouden bijvoorbeeld kunnen zijn de verhouding tussen mens- en maatschappij-opvattingen aan de ene kant en de daaruit voortvloeiende opvattingen over gezondheidszorg, onderwijs, huwelijk, gezin en arbeid anderzijds; de ontwikkeling van het sociaal beleid in Nederlandse ondernemingen; de rol van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde; werkeloosheid en arbeidsongeschiktheid; effecten van jeugdwerkeloosheid op de verwachtingen van de schoolgaande jeugd; de gezondheidszorg voor jeugdigen. Het is duidelijk dat bij het verrichten van research over dergelijke thema's wetenschappers, afkomstig uit tal van vakgebieden interdisciplinair zullen moeten samenwerken.

#### Het onderwijsprogramma

De opleiding sociale gezondheidkunde

wil aan studerenden de kennis en vaardigheden bieden waardoor zij behoeften van of aan gezondheidszorg kunnen opsporen, ontwikkelingsplannen voor gezondheidsvoorzieningen kunnen opstellen en verantwoordelijkheid kunnen dragen voor leiding en beheer van instellingen en diensten, werkzaam in de gezondheidszorg. Het komt de werkgroep gewenst voor binnen de opleiding Sociale Gezondheidkunde drie specialisatiemogelijkheden aan te brengen, te weten sociaal gezondheidkundig onderzoek, planning en beheer van gezondheidsvoorzieningen en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Precieze programma's van posthoger onderwijs op het gebied van de sociale gezondheidkunde zijn nog niet op te stellen, omdat dergelijke programma's moeten worden afgestemd op de gebleken behoefte van de onderwijsvragende academici of afgestudeerden uit het hoger beroepsonderwijs voor wie ze bestemd zijn.

Gebleken is reeds dat de mogelijkheden tot samenwerking tussen de Algemene Faculteit van de RL en verschillende vormen van hoger beroepsonderwijs in de regio

groot zijn. Hetzelfde kan gezegd worden van de bereidheid van de betrokkenen, dergelijke samenwerking aan te gaan. De samenwerking zal vooral gericht zijn op gezamenlijke onderwijs-activiteiten met instellingen van HBO die in enige relatie staan met sociale gezondheidkunde. Concreet wordt gedacht aan de productie van leerpakketten en leermiddelen. Evenals voor de Faculteit der Geneeskunde van de RL is gedaan, zal ook voor de Algemene Faculteit worden gekozen voor een organisatorische opzet die multidisciplinaire samenwerking vergemakkelijkt (matrixorganisatie). Als vakgebieden die volgens dit model zeker inbreng in de verschillende onderwijs- en onderzoekprojecten zullen hebben worden in eerste instantie genoemd: gezondheidsleer/ziekteleer; gedrags- en maatschappijwetenschappen; economie; epidemiologie/demografie; organisatie gezondheidsvoorzieningen; bestuurs- en bedrijfskunde; methoden en technieken van onderzoek; onderwijskunde en voorlichtingskunde.

## UNIVERSITAIRE BERICHTEN

### *Gepromoveerd tot doctor in de geneeskunde:*

**R. Barentsen** aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Human Placental Lactogen en Alfa Foeta Proteïne in serum van zwangeren'. Promotor: Dr. H. C. S. Wallenburg.

**A. J. M. Donker** aan de Rijksuniversiteit Groningen; proefschrift: 'Prostaglandin synthesis inhibition by indomethacin in normal and in some pathological conditions'. Promotores: Prof. Dr. E. Mandema en Dr. G. K. van der Hem.

**P. Dijkhuizen** aan de Rijksuniversiteit Groningen; proefschrift: 'The oxygen capacity of human haemoglobin'. Promotor: Prof. Dr. W. G. Zijlstra.

**H. E. Falke** aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Studies on

isolated rat adrenal cells'. Promotor: Prof. Dr. H. K. A. Visser.

**F. N. Groustra** aan de Rijksuniversiteit Leiden; proefschrift: 'An epidemiological study of ischaemic heart disease in a Dutch rural community'. Promotores: Prof. Dr. A. C. Arntzenius en Prof. Dr. H. A. van Valkenburg.

**J. van Gijn** aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift getiteld: 'The plantar reflex. A historical, clinical and electromyographic study'. Promotor: Dr. H. van Crevel.

**D. B. van 't Hof** aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Transcutane foetale pO<sub>2</sub>meting. Over de ontwikkeling van een meettechniek'. Promotores: Prof. Dr. A. C. Drogendijk en Dr. J. Wladimiroff.

**J. Hooisma** aan de Rijksuniversiteit Utrecht; proefschrift: 'Het ontstaan van zenuw-spierverbindingen en de beïnvloeding van structuur en werking van spiercellen in weefselkweek'. Promotores: Prof. Dr. D. de Wied en Dr. T. D. Kernell.

**C. K. Jongsma** aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Experimental orthotopic en heterotopic canine heart allografts'. Promotor: Prof. Dr. M. J. de Vries.

**P. Kalev Flu** aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Het paracervicale block tijdens de baring'. Promotor: Dr. H. C. S. Wallenburg.

**A. B. M. F. Karim** aan de Vrije Universiteit Amsterdam; proefschrift: 'A clinical review on dose response in radiotherapy for laryngeal carcinoma'. Promotor: Prof. Dr. P. J. L. Scholte.



# Sportfysiotherapie

Nadat in 1863 de Wet op de uitoefening der geneeskunst tot stand kwam werden al gauw de werkzaamheden der artsen uitgebreid en kwamen er medewerkers met eigen deskundigheid en verantwoording. Deze medewerkers zijn bekend als paramedische beroepsbeoefenaars. De fysiotherapeut nu is een van de oudste in deze categorie. Reeds in 1894 werd het eerste examen voor heilgymnast/masseur afgenomen. In 1947 kwam de opleiding voor *fysioteknik* van de grond. Degenen die voor die opleiding slaagden en bovendien het diploma heilgymnastiek en massage bezaten, konden zich voortaan *fysiotherapeut* noemen. Sinds de wettelijke erkenning van het beroep in 1965 is er een vierjarige opleiding die de beide gedeelten (namelijk *fysioteknik* en heilgymnastiek en massage) omvat. Deze rechtstreekse dagopleiding voor fysiotherapeut kan op verscheidene plaatsen in Nederland worden gevolgd. De sport-fysiotherapeut is een fysiotherapeut met speciale belangstelling, kennis en ervaring in de sport. Deze gerichtheid op de speciale (fysiotherapeutische) problemen van sportlieden heeft in 1974 geleid tot het oprichten van een werkgroep binnen het Genootschap van Fysiotherapeuten.

Inmiddels zijn plusminus 180 werkende leden verdeeld over heel Nederland bezig om naast hun normale werkzaamheden als fysiotherapeut op sportgeneeskundig gebied de helpende hand te bieden. De doelstelling van deze werkgroep en dus van de leden is om door een specifieke en gerichte benadering en behandeling van de sportbeoefenaar een bijdrage te leveren aan de bevordering van de gezondheid, aan

door **E. A. J. van Breukelen**



E. A. J. van Breukelen is na het behalen van zijn diploma's MO-Lichamelijke Opvoeding en fysiotherapie in 1966 werkzaam in de sport als begeleider zowel op het medische als technische vlak. Hij is sinds 1968 werkzaam als fysiotherapeut bij de sportclub Feyenoord en sedert 1971 op het Nationaal Sport Centrum te Papendal. Van het Sport Medisch Adviescentrum Zoetermeer is hij een der mede-oprichters. Als trainer/coach van de Moderne Vijfkamp ploeg ging hij mee naar de Olympische Spelen 1972 te München en in 1976 is hij door het Nederlands Olympisch Comité uitgenodigd als fysiotherapeut van de Olympische ploeg voor Montreal. Hij geeft lessen aan de MO-afdeling van de Haagse Academie in het vak sporthygiëne en is tevens als docent betrokken bij de applicatiecursussen sportgeneeskunde en sportfysiotherapie.

de preventie van letsels en – als dat nodig is – aan een optimaal functieherstel na een blessure, dit alles met vermindering van onaantoonbare risico's. Er bestaat geen wezenlijk verschil tussen fysiotherapeuten en sportfysiotherapeuten. Wel bestaan er duidelijke accentverschillen. Om er enkele te noemen de volgende voorbeelden:

## 1. Preventief

De niet-sportfysiotherapeut heeft bijvoorbeeld vrijwel uitsluitend te maken met mensen die een beroep op hem doen als behandelaar, mensen die dus hulp vragen. De sportfysiotherapeut daarentegen heeft naast dit curatieve werk een duidelijke preventieve taak.

Het fundament in de preventie van blessures dient gevormd te kunnen worden door de kennis van de sportfysiotherapeut omtrent de belastbaarheid van de sporter en omtrent de eisen die de betreffende sport stelt. Omdat tot belastbaarheid niet alleen de lichamelijke maar ook de psychische draagkracht gerekend moet worden kan een dergelijke kennis niet alleen aan de behandeltafel worden opgedaan, maar ook op het oefen- of wedstrijdterrein.

Hij moet proberen overbelastingsverschijnselen in een zo vroeg mogelijk stadium te onderkennen en te behandelen om zo chronische letsels tegen te gaan. Wanneer de fysiotherapeut attent is op overbelastingsverschijnselen kan dit ook een rol spelen in het voorkomen van letsel. Wat dit betreft verdienen speciaal de volgende drie groepen onze aandacht:

- a. de nog in hun groei verkerende jeugdigen, zowel voor wat betreft lichamelijke en geestelijke stress;
- b. de volwassenen die weer na een lange periode gaan bewegen;
- c. de oudere die gericht advies en toezicht nodig heeft.

In de preventie kan ook gebruik worden gemaakt van de *feed-back* van resultaten van diverse trainings- en behandelingsmethodieken. Ik denk hier speciaal aan onderzoeken op

het gebied van krachttraining. Via de geschoolde sportfysiotherapeut kunnen deze ervaringen niet alleen beter worden geïntegreerd in aangepaste medische revalidatieprogramma's, maar ook beter verwerkt in preventieprogramma's.

## 2. Curatief

Een werknemer die zijn beroep voornamelijk zittende uitoefent is niet gehandicapt wanneer hij bijvoorbeeld 5% van de bewegingsuitslag van zijn gewricht mist – hij zal het niet eens merken – daar hij gedurende zijn normale dagelijkse activiteiten nooit de uiterste mogelijkheden die zijn gewrichten hem bieden nodig zal hebben en tevens zal hij niet gauw bereid zijn de extra inspanningen te ondernemen die nodig zijn voor een volledig herstel. Volkomen in tegenstelling hiermee is de sportman, hij zal alles in het werk stellen om volledig functieherstel te verkrijgen. Daarbij zijn fysiotherapeutische behandelingen, massage en bewegingstherapie van grote waarde. Maar het is niet het enige. Ook van de sportfysiotherapeut zal een zeer grote bekendheid met de bewegingsscholing worden verlangd, omdat naast de reactivering ook de herinpassing in een bepaalde sportsituatie dit vereist. Daarnaast echter kunnen eigen ervaring (vaak buiten het directe terrein van de fysiotherapie gelegen) en opleiding het maken van bewegingsanalyses vergemakkelijken. Naast andere therapieën is dit een noodzakelijke voorwaarde voor het uitvoeren van sportfysiotherapie, waarbij immers de atleet in iedere fase van de trainingsopbouw per type sport adequaat dient te worden begeleid. In het bovenstaande is aandacht gegeven aan de accentverschillen tussen fysiotherapie en sportfysiotherapie. Het moet duidelijk zijn dat er geen essentiële verschillen bestaan. Het Fysiotherapeutenbesluit 1977 geldt dan ook onverkort voor de sportfysiotherapeut. In bedoeld besluit, dat gebaseerd is op de wet paramedische beroepen van 1965, wordt gesteld dat de arts die een patiënt naar een fysiotherapeut verwijst de diagnose moet stellen en alle gegevens die voor een goede behandeling nodig zijn ter beschikking moet stellen. De fysiotherapeut is de uitvoerder die zelfstandig, met eigen verantwoordelijkheid, de behandeling

toepast. De fysiotherapeut is opgeleid om, na voldoende informatie van de arts, zelf te kiezen welke therapie uit alle ter beschikking staande mogelijkheden dient te worden gekozen.

Deze keuze kan van geval tot geval verschillen. Tijdens de totale behandeling kan wisseling van therapie geïndiceerd zijn. Het is daarom gewenst dat artsen die patiënten naar de fysiotherapeut verwijzen, niet dwingend een bepaalde behandeling voorschrijven, maar dat in de therapiekeuze ook de fysiotherapeut wordt betrokken. We moeten ons realiseren dat dit gemakkelijker gezegd is dan gedaan, omdat in de opleiding van de artsen onvoldoende (en soms zelfs helemaal geen) aandacht wordt besteed aan het vakgebied van de fysiotherapeut. Dat is dan ook de reden dat bijvoorbeeld farmacotherapie – ook in gevallen waar de fysiotherapie de meest aangewezen behandelingsvorm zou zijn – veelvuldig wordt toegepast. Het komt nog voor dat patiënten als laatste redmiddel pas dan naar de fysiotherapeut worden verwezen als zij niet op pillen, poeders of injecties reageren.

Mijn ervaring is dat dit inderdaad een gevolg is van onbekendheid van de arts met de mogelijkheden van de fysiotherapie. Wanneer namelijk arts en fysiotherapeut als team optreden ontstaat er zoveel kennis van en

onderlinge waardering voor elkaars werk dat een goede, voor de patiënt heilzame, samenwerking tot stand komt.

Deze teamwerkwijze, waarbij zowel het preventieve als het curatieve element de juiste mate van aandacht krijgt, vormt waarschijnlijk het sterkste punt van een goed functionerend Sport Medisch Adviescentrum (SMA). Gebleken is dat de sportman of sportvrouw het meest gebaat is bij een vertrouwde en adequate samenwerking op dit terrein. Optimaal succes van een therapie kan pas dan worden verwacht als arts en fysiotherapeut intensief samenwerken en de therapie als een gezamenlijke 'uitdaging' beschouwen. In concreto betekent dit dat de behandeling (en u hebt uit het vorenstaande wel begrepen dat ik een groot voorstander ben van een 'teambenadering') voortdurend gericht moet zijn op:

1. zo snel mogelijk herstel (ook hier speelt de afstand van sporter naar fysiotherapeut via de arts soms een beslissende rol);
2. volledig herstel, speciaal van bio-mechanische afwijkingen;
3. gericht trainingsadvies;
4. positieve bijdrage ter voorkoming van verdere blessures;
5. samenwerking met trainer/coach, sportmasseur, sportarts e.a. voor geleidelijke inpassing in trainings- en



*Aangepast revalidatieprogramma voor hockeyer Ties Kruize na dijbeenbreuk*



wedstrijdprogramma;  
6. psychologische benadering;  
7. vermindering van veelal later optredende degeneratieve processen en wel door goede en verantwoorde begeleiding.

Dit laatste is zeker nodig om de sportman die in het algemeen dissimuleert voor wat betreft de ernst van zijn blessure (hij wil immers zo snel mogelijk zijn prestatie weer leveren) te beschermen tegen zichzelf en de gevolgen van een veronachtzaamde blessure. Dit geldt niet alleen voor de topsport. Ook in de *amateursport* of in de algemene recreatiesport is de sporter vaak zo verdwaasd in het nastreven van zijn doel dat hier (mede door een mindere begeleiding) de grens van het gezond bewegen ver overschreden wordt, waardoor óf traumata in bot, band, pees en spierapparaat niet zullen uitblijven óf andere specifieke letsels als gevolg van lokale surmenage van een deel van het bewegingsapparaat ontstaan. In feite gaat het hier om een discrepantie tussen *belasting* enerzijds en *belastbaarheid* anderzijds, waarbij door relatieve of absolute overbelasting van het locomotore apparaat zowel de chronische als de acute sportletsels kunnen ontstaan. Na iedere periode van plotselinge overbelasting – hetzij

door sociale, hetzij door klimatologische omstandigheden – kennen we de toename van het aantal rupturen in de kuitmusculatuur. Deze 'Zweepslag' komt hard aan en zal vaak zes tot acht weken onnodige uitschakeling betekenen.

Niet veel beter is het met de langzaam zich verergerende overbelasingsyndromen. Verkeerd materiaal, slechte techniek, verkeerde trainingsopbouw, het dóórmaken van een infectieziekte, misschien wel een totaal voor de persoon verkeerde tak van sport, maar zeker het weer te vroeg of verkeerd beginnen na een blessure, zijn in een groot aantal gevallen verantwoordelijk voor letsels als chondromalacie van de patella en de vooral bij jeugdige sporters veel voorkomende Osgood-Schlatter of ziekte van Scheuermann en de typische sportletsels die in het populaire spraakgebruik worden aangeduid als: tennisarm, speerwerpelleboog, achillespeesletsels, springbeen en marsfractuur.

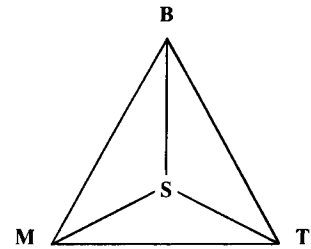
Hier ligt in preventieve zin voor de medische begeleiding van sporters in Nederland nog een zeer groot terrein braak, vooral wat betreft de scholing van trainers en coaches.

Het is mijn overtuiging dat via goed samenspel tussen alle belanghebbenden hier werkelijk iets te bereiken valt. Als ideale situatie zie ik

dan ook de volgende organisatie structuur van een club of bond.

---

Ideale situatie: 'Sporter centraal'



M = Medische begeleiding  
T = Technische begeleiding  
B = Bestuur  
S = Sporter

---

Het werkterrein van de sportfysiotherapeut in curatieve zin zal in de eerste plaats typische sportletsels omvatten en daarnaast uiteraard de min of meer alledaagse blessures, zoals distorsies en contusies die de sportman of sportvrouw uiteraard ook kunnen treffen.

Men zal als begeleider van de sporter of behandelaar van de sportblessure rekening moeten houden met de vaak met veel moeite opgebouwde specifieke geoefendheid van de patiënt en met zijn conditie. Dit is

## PRAKTIJKPERIKELEN

### Terra incognita

*Op een Sport Medisch Adviescentrum komt via de bedrijfsarts een 29-jarige man, die in oktober 1977 een motorongeval heeft gehad, waarbij de voorste kruisband en de mediale meniscus van de rechter knie zodanig werden beschadigd dat operatie noodzakelijk was. De kruisband wordt operatief hersteld en de meniscus verwijderd.*

*Na 14 dagen wordt patiënt uit het ziekenhuis ontslagen met het advies 'thuis nog maar wat te oefenen' en 'het nog even kalmpjes aan te doen'. Patiënt doet dit beide en oefent zich thuis door het enige malen per dag aannemen van de start houding en daaruit op te springen.*

*Bij het onderzoek dat half januari '78 plaatsvindt is de knie nog in sterke mate instabiel. Er is een quadricepsatrofie van bijna vijf centimeter en een schuiflade-fenomeen van ruim twee centimeter. De mediale collaterale band laat een speling toe van ruim een centimeter. Voorts is er nog een hydrops. Patiënt vindt het overigens nogal meevallen; voetballen kan hij nog niet, maar hij kan al wel weer redelijk hardlopen. Desondanks wordt hij met spoed aan een krachtige revalidatie en oefentherapie onderworpen.*

**Moraal:** nog steeds blijken revalidatie en fysiotherapie terra incognita te zijn voor enkele chirurgen die zich met knie-operaties bezighouden.

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

meestal goed mogelijk en men zal weinig tijd nodig hebben om de sportman hiervoor te motiveren. De fysiotherapeut zal dan ook een oefenprogramma moeten maken dat hiermee rekening houdt, zonder de blessure te verergeren of de gezondheid van het individu te schaden. Men zal te allen tijde de benodigde tijd voor het genezingsproces moeten respecteren, maar dit hoeft niet ten koste te gaan van de nog aanwezige en vaak nog op hoog niveau staande restconditie (iets waarover men zich meestal bij de niet-sporters niet hoeft te bekommeren). Terzijde, maar niet zonder nadruk, wil ik als mijn mening naar voren brengen dat dit revalidatie- of reacteringsprogramma slechts dan optimaal kan verlopen als de sportfysiotherapeut als begeleider een actieve rol in de aangepaste training kan spelen. Een onmiddellijke correctie – wanneer dat nodig is – kan voorkomen dat onevenwichtigheid in het totale behandelingsprogramma ontstaat.

Als laatste maar niet als onbelangrijkste factor die de herstelduur beïnvloedt moet dan nog de instelling (zoals bijvoorbeeld de wil om snel te herstellen, motivatie en het opvolgen van gericht trainingsadvies) van de sportman of sportvrouw worden vermeld. De ervaring heeft geleerd dat het einddoel (en dat is volledige herintegratie van de patiënt in zijn sportsituatie) sneller bereikt wordt en uiteindelijk minder labiel is via een geleidelijke trapsgewijze trainingsopbouw. Daarbij wordt aanvankelijk misschien zelfs zonder enige mechanische belasting geoefend. In ieder geval wordt gedurende de gehele behandeling vermeden dat onverantwoorde belastingen (dat zijn dus belastingen die de op dat moment bestaande belastbaarheid overschrijden) kunnen optreden.

Dit lijkt een zaak van gezond verstand, maar de praktijk wijst uit dat het niet zo vanzelfsprekend is als het lijkt. Bij velen is het nog steeds mode om zeer snel na een blessure de patiënt weer aan het werk te zetten. 'Rust roest', 'je moet in beweging blijven', 'normaal doorgaan is de beste medicijn' zijn de (op vooroordeel gebaseerde) rationalisaties voor deze schijntherapieën.

## VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

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

Tot het totale kennispakket van de fysiotherapeut behoren niet alleen de therapeutische mogelijkheden maar vooral kennis van de bewegingsleer. Pas het analyseren van bewegingen stelt hem in staat foute bewegingen te herkennen en nauwkeurig te onderzoeken waar de oorzaak van bepaalde vormen van dysfunctioneren gezocht moet worden. De sportfysiotherapeut zal een voortdurende bijscholing nodig hebben in de sport bewegingsleer om volledig te kunnen functioneren in het sportgebeuren.

Ik denk hierbij aan nadere scholing op sportgebied via cursussen gegeven door de bonden, specialisatie via het CIOS en zeker niet in de laatste plaats aan de middelbare acte lichamelijke opvoeding via de academies.

De sportfysiotherapie, als specialisme binnen het op zichzelf nog vrij jonge terrein van de fysiotherapie heeft een in het Nederlands sportgebeuren niet meer weg te denken plaats ingenomen. U zult van mij wel willen geloven dat ik dat een gezonde ontwikkeling vind.

# Medical audit of intercollegiale toetsing

## 2½ jaar medical audit in het Sophia-Ziekenhuis te Zwolle in het licht van het Rapport Intercollegiale toetsing

Een belangrijk motief voor het doen verschijnen van dit overzicht van het 'groepsproces' dat zich in de staf van het Sophia-Ziekenhuis te Zwolle heeft afgespeeld sinds het begin van de medical audit (MA) in december 1973, vormde de publikatie van het rapport Intercollegiale Toetsing. De uitgangspunten en doelstellingen van dit rapport bleken namelijk niet onaanzienlijk te verschillen van de grondslag van de MA, zoals die nu 2½ jaar in ons ziekenhuis heeft gefunctioneerd.

Ons eigen uitgangspunt kwam ongeveer overeen met de formulering door de Amerikaanse 'Joint Commission on accreditation of hospitals' voor de taak van de 'medical records, Tissue and Medical Audit Committee function':

*'Het doel van de medical audit is het peil van de medische arbeid van de leden van de medische staf zo hoog mogelijk op te voeren. Hiertoe worden besprekingen gehouden op bijeenkomsten van de medische staf, waar gelegenheid is, de verrichtingen van de specialisten aan een kritisch onderzoek te onderwerpen'.*

In deze formulering staat de oorspronkelijke betekenis van het woord 'audit' (verantwoording afleggen 'dag des oordeels') centraal. Er is sprake van verantwoording afleggen voor kritische collegae. Deze betekenis van het woord is nu zowel in het woord intercollegiale toetsing als in het bovengenoemde rapport o.i. afgezwakt. Op verschillende plaatsen is dit duidelijk in het rapport aan te wijzen. In hoofdstuk II.2 lezen wij 'Toetsing is geen medische rechtspraak, dus gaat het niet om een kritische beoordeling van de behandeling van een patiënt'. Hier is o.i. juist sprake van de meest

door Dr. F. Engel



Voorzitter Medical Audit-commissie  
Sophia-Ziekenhuis Zwolle

fundamentele van alle verhoudingen, de behandeling van een patiënt door zijn arts. Verantwoording afleggen kan dan ook nauwelijks zonder dat. De beoordeling van fouten en ongevallen buiten de medical audit te houden lijkt ons eveneens wat gewrongen, daar de grens tussen 'near accident' en 'accident' wel erg klein is, terwijl 'near accidents' vaak typisch een onderwerp zijn voor de MA.

Ook bij de preferentie van 'proces'-toetsing boven 'outcome'-toetsing omdat dit zo moeilijk is, proeven wij een zekere angst voor verantwoording (II.4) afleggen. In III.1. lezen wij dat het niet gaat om één patiënt, maar om één of meer artsen bij een aantal patiënten. Het gaat o.i. vaak juist wel om één patiënt. Het feit dat de indicatiestelling buiten beschouwing blijft is uiteraard een gevolg van het afwijzen van een individuele benadering, maar tast o.i. het wezen van de MA zelf aan. Juist over de intentie c.q. indicatiestelling van de individuele medicus is een discussie in de beroepsgroep nuttig en noodzakelijk en

levert naar onze ervaring ook voor de geest van de staf grote baten op. Zoals geformuleerd in III.8.2. gaat het vaak niet om de kennis, maar om de toepassing daarvan. Daarom zijn de eisen die in III.3.3. worden geformuleerd, dat er iets gemeten moet kunnen worden, dat er zo min mogelijk wetenschappelijke controverses over mogen bestaan en dat het in maat en getal moet kunnen worden uitgedrukt, een grote beperking in het aantal onderwerpen, waardoor juist de relatie tot de patiënt en tot de overige medewerkers bijna onbespreekbaar wordt.

Als geheel komt de geschetste toetsing in het rapport voornamelijk over als een proces-toetsing, met uitschakeling van zowel het ego van de patiënt als van de arts.

### De praktijk

*De medical audit in het Sophia-Ziekenhuis, periode december 1973 tot en met april 1976* startte in juli 1973. De eerste vergadering vond plaats in december van dat jaar.

Het ziekenhuis is een middelgroot tot groot streekziekenhuis (611 bedden) met verschillende specialistenopleidingen en geaffilieerd met de RU Groningen voor de opleiding van co-assistenten. Vrijwel alle bekende specialismen zijn in het ziekenhuis vertegenwoordigd, onder meer ook radiotherapie en neurochirurgie.

De staf telde bij de start 50 gewone stafleden en in de verslagperiode steeg dit aantal tot 61. De stafleden zijn – op een enkele uitzondering na – niet in dienstverband. Er is een stafreglement, een bestuur van de medische staf dat uit

vijf leden bestaat en een aantal commissies.

*De MA-commissie* bestaat uit drie leden: een gynaecoloog, een internist en een chirurg, die door de staf zijn gekozen en onafhankelijk zijn van het stafbestuur. Aan deze commissie is een professionele secretaris toegevoegd, een oud-staf lid (kinderarts) die door de staf wordt gehonoreerd. De directeur-geneesheer heeft geen zitting in de MA-commissie, maar komt wel op alle vergaderingen, in sommige gevallen trad hij ook als deskundige op.

*Verslaglegging:* Het ziekenhuis heeft een centraal statusstelsel waarin alleen de klinisch opgenomen patiënten zijn verzameld. De poliklinische statussen worden per specialisme bewaard.

*Opzet van de medical audit:* Vergaderingen vinden plaats alternerend met de stafvergaderingen om de twee maanden ( $5 \times$  per jaar) en waren – zoals de gewone stafvergaderingen – in principe verplicht. Per avond werd een aantal gevallen gedemonstreerd – meestal twee – compleet met een uitgebreide documentatie (dia's, röntgenfoto's). Daarnaast werden ook besprekingen gehouden over grotere onderwerpen.

*Selectie:* In eerste instantie werd besloten met steekproeven te werken en met ontslagbrieven. Dit bleek te tijdrovend te zijn. Er bleken echter zoveel gevallen door de staf te worden aangeboden, dat de commissie kon selecteren. Daarbij werd vooral gelet op onderwerpen van algemeen belang en waarbij meerdere specialisten waren betrokken, terwijl het ontstaan van persoonlijke tegenstellingen zoveel mogelijk werd vermeden. Dit was ook richtsnoer bij de leiding in de vergaderingen.

Er werd geen patiënt besproken zonder toestemming van de behandelend specialist; hoewel vrij veel patiënten niet door de behandelend specialist werden ingebracht, was toestemming in geen enkel geval een probleem. *Tabel I* geeft een overzicht van de specialisten door wie de gevallen werden ingebracht.

*Presentatie:* Een week tevoren wordt een vrij uitgebreid overzicht van de besproken casus rondgestuurd. Deze overzichten werden door de secretaris gemaakt in samenwerking met de

*Tabel I*

chirurgen .....	6
gynaecologen .....	4
internisten .....	4
kinderartsen .....	5
neurologen .....	3
KNO-artsen .....	2
cardiologen .....	2
via verpleging .....	2
neurochirurg .....	1
laboratoriumarts .....	1
psycholoog .....	1
biochemicus .....	1
plastisch chirurg .....	1
dermatoloog .....	1
apotheker .....	1
<b>totaal .....</b>	<b>35</b>

behandelende specialisten en de overige leden van de commissie. Aan het eind van het overzicht wordt een aantal vraagstellingen geformuleerd, meestal afkomstig van de indiener en aangevuld met vraagstellingen van de MA-commissie. Ter vergadering wordt de presentatie aangevuld met dia's van röntgenfoto's, laboratoriumuitslagen en gebruikte medicamenten, alsmede een kort overzicht van het tijdsverloop van de behandeling. Na de presentatie, die door een lid van de commissie wordt begeleid, wordt de discussie ingeleid door twee co-referenten, die daarvoor door de commissie tevoren zijn aangezocht. Bij bijzondere onderwerpen waren dit ook deskundigen van buiten de staf.

*Onderwerpen:* In de verslagperiode werd vijf maal een volledig *theoretisch* onderwerp aan de orde gesteld, met name over:

*Tabel II*

De klinische status
Kanamycine resistente aerobacter stammen
Abortus provocatus
Euthanasie
Bloedtransfusie bij Jehova's Getuigen

Deze werden ingeleid door één of meer sprekers, terwijl bekende rapporten en relevante informatie tevoren werd rondgestuurd. Daarnaast werden in totaal 34 patiënten besproken. In tabel III wordt de leeftijd weergegeven.

*Tabel III*

10 < 20 jaar
10 tussen 20 en 65 jaar
14 > 65 jaar.

Het is duidelijk dat de oudere leeftijdsgroepen wat sterk vertegenwoordigd waren, uiteraard waren de problemen hierbij ook vaak gecompliceerder. Van deze patiënten waren er 15 overleden, van 8 werd om verschillende redenen geen obductie verricht. Bij alleen necrologie-besprekingen zouden derhalve 28 van de 35 patiënten niet besproken hebben kunnen worden.

*Tabel IV* geeft een opsomming van de aard van de onderwerpen.

*Tabel IV*

- ventrikeltachycardie en hypokalaëmie;
- niet gediagnosticeerde corafwijking praeparatief bij zuigeling;
- operatietijdstip bij patiënte met colitis ulcerosa;
- idem bij kind met invaginatie, intravasale stollingsproblemen;
- geval van vasculitis allergica; te actief chirurgisch beleid?
- staphylococcensepsis en osteomyelitis, vroegtijdige diagnose, antibiotische behandeling;
- relatie arts-familie bij de dood van een patiënt met hersenmetastasen, intercollegiale samenwerking en verantwoording, 'passieve euthanasie';
- bloeding in de achterste schedelgroeve na ongeval, organisatorische problemen bij opvang van ongeval;
- intraveneuze injectie die tot de dood leidde bij ernstig zieke patiënt ('accident'), verantwoordelijkheid van de assistent;
- psychologische begeleiding in het ziekenhuis bij debiel meisje met coarctatio aortae;
- otogeen abces en hersenabsces, moeilijkheden bij de diagnose;
- prostaat ca met dwarslaesie ten gevolge van metastasen; te late diagnose?
- sepsis en groot bloedverlies bij ernstig weke-delen trauma, intravasale stolling, antistollingstherapie;
- diagnose cervix-ca pas laat gesteld bij rugklachten, routine cytologie?
- haemolyse door aldometgebruik?
- indicatie voor aortografie ten onrechte gesteld? vaatdiagnostiek en antistolling;
- partus praematurus en dysmatuur kind, O<sub>2</sub> toediening, retrolentale fibroplasie;

- behandeling hartinfarct, pijnbestrijding, rytmestoornissen;
- tracheastenose na langdurige intubatie;
- schedeloperaties bij encephalomalacie, diagnostische problemen, betekenis van de leverscan;
- röntgendiagnostiek bij jonge zwangerschap, gevaren - routine bij vrouwen in de fertile periode;
- teveel röntgenonderzoek bij één patiënt;
- te late reactie kliniek bij positieve reductie in de urine;
- relaparotomie na appendicitis bij patiënte die prednison gebruikt, gebruik van corticoïden en antibiotica bij chirurgische ingreep;
- persisterende intravasale stolling bij subphrenisch abces;
- bloedgroepverwisseling van patiënten met dezelfde naam ('near accident');
- C.V.A. + koorts en positieve reductie; spoed intern consult tussen de middag, dienstregeling-problemen;
- levercirrhose v.v. metastasen, problemen leverscan;
- stoornissen relatie arts/verpleegkundige/patiënt, functie van de assistent;
- endocarditis, sepsis, cerebrale bloeding, al of niet antistollingstherapie;
- sectio bij kind met Ph van 6,83 en hersenbeschadiging. Indicatie, preventie.

*Evaluatie van de resultaten:* Eén van de belangrijkste problemen bij deze vorm van medical audit is juist de evaluatie. Dit is vooral het gevolg van het ontbreken van gemakkelijk meetbare resultaten. Toch hebben wij getracht op drie wijzen een beoordeling van onze resultaten te verkrijgen:

- 1e. door de mening van de stafleden te vragen, respectievelijk hun belangstelling te meten;
- 2e. door het oordeel van externe deskundigen te vragen;
- 3e. door vast te leggen welke organisatorische verbeteringen uit het MA-werk zijn geresulteerd.

*De mening van de stafleden:* Deze werd in de eerste plaats gepeild door hun belangstelling voor de MA-vergaderingen te meten. Meten wij het totale aantal dan was dat in 1973/1974 38 per vergadering; 1974/1975 38 per vergadering; 1975/1976 36 per vergadering. Gezien de toename van het aantal stafleden van 50-61 is dat dus een daling van de belangstelling. Bij het over de jaren vervolgen van 43 stafleden die geacht werden aanwezig te zijn, bleken deze in 1973-1974

gemiddeld 2,8 vergaderingen te bezoeken van de 5, in 1975-1976 was dat 2,4. De grote klinische specialisten (chirurgen, internisten, gynaecologen), hadden een gemiddeld betere score: 1973-1974 3,5 gemiddeld, maar ook dit daalde in 1975-1976 tot 2,9.

Ook uit de persoonlijke contacten bleek duidelijk dat de belangstelling afnam, waarbij natuurlijk het feit dat het niet meer nieuw is ook een rol heeft gespeeld. Vooral de superspecialismen (KNO, neurochirurgie, oogartsen, etc.) meenden dat slechts weinige van hun medische problemen door dit grote gezelschap konden worden beoordeeld, hoewel uit de onderwerpen blijkt dat ze wél aan bod kwamen. Vooral in de loop van het laatste jaar nam het aantal aangeboden gevallen af.

In april 1976 werd nog een enquête gehouden onder de stafleden, waarop 39 antwoorden binnenkwamen; 16 hiervan waren tevreden over de gang van zaken, 21 meenden dat de MA moest doorgaan, maar wel een wijziging moest plaatsvinden in de aard van de besprekingen.

Over de aard van die wijzigingen was geen enkele eenstemmigheid. Neemt men tenslotte nog de duur van de vergaderingen, die gemiddeld om 20.15 uur aanvingen, dan waren de discussies zeker langdurig en werden niet zelden tot 22.45 uur voortgezet, zij het wel met een verminderde bezetting.

*Mening van anderen:* Enkele malen werden externe deskundigen gevraagd om hun mening te geven over bepaalde gevallen, meest specialisten in het vak waarvan een geval werd besproken. Dit bevorderde de discussie en de belangstelling duidelijk. Ook waren er enkele malen toehoorders van andere MA-commissies. Uit de monden van de desbetreffende collegae tekenden wij tenminste tweemaal de uitspraak op dat 'een dergelijke discussie in hun eigen staf niet haalbaar zou zijn', waarbij zij doelden op de emotionaliteit die bij een dergelijke discussie onvermijdelijk zou zijn.

*Organisatorische verbeteringen:* De lijst van organisatorische verbeteringen, die naar aanleiding van de MA besproken gevallen werden aanbevolen, was niet onaanzienlijk. Een voorbeeld van enkele uitgewerkte

besluiten volgt hieronder:

- Kinderen beneden 1 jaar die worden geopereerd dienen als een 'high risk'-groep te worden beschouwd en als routine door de kinderarts te worden gezien;
- regels bij acute opname:
  - a. de huisarts neemt zo nodig direct contact op met de behandelend specialist;
  - b. de behandelend specialist regelt de opvang en de diagnostiek en blijft daarvoor verantwoordelijk;
  - c. de opnamezuster c.q. nachthoofd dienen op de hoogte te zijn wie de behandelend specialist is en verwittigt hem bij de komst van de patiënt;
  - d. de behandelend specialist kan een andere regeling treffen (via een assistent).
- Afspraken bij abstinieren van behandeling:
  - a. een dergelijk besluit dient bij voorkeur niet door één specialist te worden genomen;
  - b. het besluit hiertoe wordt genomen in een bijeenkomst (respectievelijk overleg) van alle behandelende specialisten;
  - c. het besluit dient schriftelijk te worden vastgelegd;
  - d. het besluit dient te worden medegedeeld aan de verpleegkundige (c.q. hoofdverpleegkundige) en aan de familie van de patiënt door de specialist die de hoofdbehandeling heeft;
  - e. er dient te worden vermeden dat de familie ongelijkkluidende adviezen bereiken.

In tabel V zijn de overige aanbevelingen samengevat, voor zover die schriftelijk worden vastgelegd. Het spreekt natuurlijk vanzelf, dat dit slechts een selectie vormt van al datgene dat via de uitvoerige notulen werd aangeboden.

Tabel V

- Aanbevelingen tot vaatbesprekingen chirurgien-röntgenologen (functioneert nu).
- Geen vaatdiagnostiek bij een thrombotestpercentage < 15.
- Instructies bij aanvraag obducties.

- Aanleggen lijst van synoniemen van geneesmiddelen.
- Inleveren van dienstlijsten ook voor overdag op een centraal punt (telefoniste).
- Instructie ter voorkomen van röntgenonderzoek in de vroege zwangerschap.
- Plaatsbepaling opleidings-assistent in het ziekenhuis.
- Aanbeveling tot schriftelijke vastlegging van besluiten op de teambesprekingen (oncologie, etc.) in de status.
- Idem tot bewaren van alle gegevens verzameld op de 'Intensive Care' ook ten behoeve van de MA.
- Oogspiegelcursus voor kinderartsen in verband met retrolentale fibroplasie.
- Indicaties voor direct neurochirurgisch consult in verband met dreigende dwarslaesies.
- Instructies voor doorgeven van opdrachten aan de verpleging in nachtelijke uren.

### Beschouwingen en conclusie

Het kan niet worden ontkend dat, na een periode van 2½ jaar medical audit zoals in ons ziekenhuis werd bedreven, een zekere onvrede bij de stafleden is ontstaan. Daarbij kan men onderscheiden een groep die vindt dat (vooral superspecialisten: neurochirurgie, KNO, oogheelkunde) hun problemen in de staf niet

voldoende kunnen worden besproken wegens gebrek aan deskundigheid. Daarnaast is er een andere groep die vindt dat individuele stafleden nog te veel worden gespaard en de waarheid (voor de goede verstaander duidelijk) nog niet expliciet genoeg naar voren wordt gebracht. Het lijkt wel duidelijk dat voor de normale medische activiteiten de eigen beroepsgroep – liefst een associatie – goede mogelijkheden biedt voor correctie van individuele beroepsbeoefenaren. Veel moeilijker ligt dat voor de specialisten waarvan er maar één of twee in de stad zijn. Deze zullen dit elders moeten zoeken. De medical audit van de gehele staf lijkt zich – behalve voor de in het rapport Intercollegiale Toetsing genoemde 'proces toetsing' – vooral te lenen voor onderwerpen die meerdere specialismen tegelijk betreffen. Enerzijds zijn daarbij vaak medische gezagsverhoudingen (diensten) organisatorische problemen en medische ethiek aan de orde, anderzijds algemeen medische onderwerpen, als antibiotica, antistolling, bloedtransfusie. De op de patiënt gerichte aanpak maakt het daarnaast mogelijk vooral ook indicaties (röntgenfoto's, chemische onderzoeken, indicaties voor diagnostische of therapeutische ingrepen) aan de orde te stellen.

Ook wordt bij de bespreking niet zelden duidelijk dat de patiënt tussen wal en schip kan vallen, ook wanneer iedereen het goed bedoelt. Dit speelt temeer omdat door de verregaande specialisatie ook de specialisten toenemend uiteen dreigen te worden gedreven. Het minder geïnteresseerd zijn van de (super-)specialist kan wellicht ook worden verstaan als een teken aan de wand dat hij te ver verwijderd raakt van de problemen van de patiënt als geheel. De MA zou in deze als een soort groepseducatie kunnen werken.

Als slotconclusie menen wij dan ook dat de in het rapport Intercollegiale Toetsing geschetste werkwijze bij voldoende steun van buiten (directies, universiteiten) zeker bruikbaar is, maar dat onze werkwijze het wezenlijk ideaal van verantwoording afleggen meer nabij komt en – met uiteraard voortdurende aanpassingen – in de toekomst meer garanties biedt voor het bespreekbaar worden van alle aspecten van onze belangrijkste taak: het genezen van de individuele patiënt.

### Literatuur

Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen. Rapport Commissie GVBZ en LSV.

## Beleidsplan 1978-1980 Rutgers Stichting

In haar onlangs vastgestelde beleidsplan 1978-1980 heeft de Rutgers Stichting, bureaus voor geboortenregeling en seksualiteitsvragen, de koers van de Rutgershuizen voor de komende jaren uitgezet. Terwijl tussen 1946 en 1971 het aantal bezoeken aan Rutgershuizen voortdurend steeg, trad er daarna een daling op: in 1971 waren er 150.000 bezoeken, in 1977 nog 110.000. Deze ontwikkeling dwong tot een belangrijke beleidskeuze. Gekozen werd voor een gerichte benadering van risicogroepen, met name van jongeren. In het beleidsplan wordt de sluiting van zes zeer kleine bureaus en een paar dependances in de grote steden aangekondigd. Deze hebben door een teruglopend aantal bezoeken nauwelijks nog een taak naast de huisarts. Verder zijn ze zo weinig frequent open dat het geen zin heeft aan een bredere taakstelling te denken. Een vijftiental andere bureaus zal een activerend beleid moeten voeren, willen ze blijven bestaan.

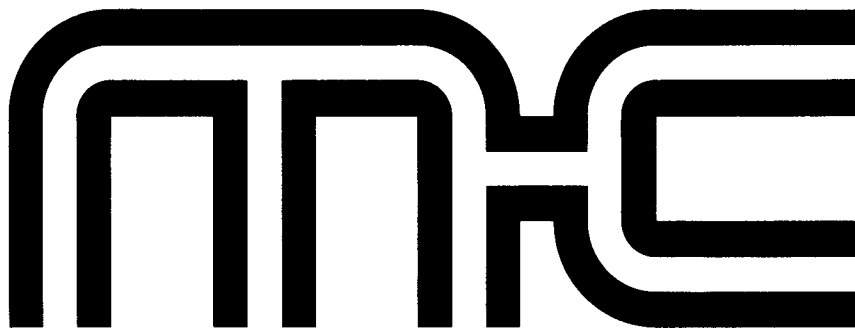
### Nadruk op hulp bij seksuele problemen

Om aan de zeer sterk toenemende vraag naar hulp bij seksuele problemen te voldoen koos de stichting voor het geven van kortdurende psychosociale hulp van velen (in plaats van voor specifieke hulp voor weinigen) en een multidisciplinaire teambehandeling. Naar het publiek toe wil de Rutgers Stichting zich nog meer als instelling voor seksualiteitshulpverlening presenteren. Er zijn plannen om het aantal psychosociale teams verder uit te breiden; het is de bedoeling aan alle bureaus medewerkers voor psychosociale hulp te verbinden.

Uitbreiding wil men ook geven aan de voorlichting over seksualiteit aan jongeren. In zes steden werken momenteel vormings- en voorlichtingsteams van de Rutgers Stichting, die zich voornamelijk richten op jongeren tussen 12 en 20 jaar. In samenwerking met de Protestantse

Stichting voor Verantwoorde Gezinsvorming (PSVG) worden vorming en voorlichting gestimuleerd, gecoördineerd en begeleid. De Rutgershuizen – door CRM gesubsidieerd volgens de voor de bureaus voor levens- en gezinsvragen geldende regeling – zullen als het stichtingsbestuur zijn zin krijgen, anders dan de LVG-bureaus, niet deelnemen in de RIAGG's. Zij hebben een specifieke plaats daarbuiten, aldus het beleidsplan, waarin wordt gesteld dat het zeer gewenst is dat de geboortenregelingshulp, de seksualiteitshulp en de vorming en voorlichting in nauwe onderlinge samenwerking in één herkenbare instelling worden uitgevoerd.

Nu de Rutgershuizen zich nog meer op risicogroepen gaan richten zouden de consulten voor geboortenregeling moeten worden aangemerkt als ziekenfondsverstrekking, aldus nogmaals het Beleidsplan 1978-1980.



## officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

#### Dagelijks Bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:  
De Commissie Geneeskundige Verklaringen, Het Bureau voor Waarneming en Vestiging, De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten.

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

#### Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

#### Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

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

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

#### Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

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





## Besluit no 2 – 1977

Het College voor Huisartsgeneeskunde in vergadering  
bijeen op 18 november 1977

*overwegende*

*dat* zijn besluit no 1 – 1977 inzake de inschrijving in het  
register van erkende huisartsen van artsen met buiten-  
landse diploma's, die de bevoegdheid hebben verkregen  
in Nederland de geneeskunst uit te oefenen, expireert met  
ingang van 20 december 1977;

*dat* artikel 5 van genoemd besluit de mogelijkheid biedt  
tot verlenging ervan telkens voor de duur van één jaar;

*in aanmerking nemende* dat in de Europese Gemeenschap  
nog geen overeenstemming is bereikt over de toepassing  
van de Richtlijnen 75/362 en 75/363 van de Europese  
Gemeenschap inzake het vestigingsrecht van artsen bin-  
nen deze Gemeenschap, voorzover het de huisartsge-  
neeskunde betreft;

*overwegende* dat zich in de loop van het jaar 1977 bij de  
hantering van genoemd besluit geen specifieke problemen  
/ bezwaren hebben voorgedaan;

*dat* de regeling derhalve kan worden verlengd, doch dat  
deze, gezien te verwachten ontwikkelingen binnen de  
Europese Gemeenschap, een beperkte geldigheidsduur  
dient te hebben;

*gehoord* de Huisarts Registratie Commissie;

*gelet* op de artikelen 1107 en 1109 van het Huishoudelijk  
Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij  
tot bevordering der Geneeskunst;

*heeft besloten*

de rechtskracht van Besluit no 1 – 1977 te verlengen met  
een periode van één jaar, derhalve tot 20 december 1978.

Utrecht, 18 november 1977.



van het centraal bestuur

## Wijziging verplichtstellings-beschikking beroepspensioenfonds medische specialisten

Reeds op 16 oktober 1976 heeft de ledenvergadering der  
LSV het Centraal Bestuur gemachtigd een verzoek te  
richten tot de minister van Sociale Zaken voor een wijzi-  
ging van de verplichtstellings-beschikking. Dit in verband  
met de voorgestelde jaarlijkse aanpassing van de onder-

grens voor de verplichtstelling van f 23.333,— met de  
eveneens jaarlijks vast te stellen aanpassingscoëfficiënt  
voor premie en pensioenaanspraken. Op deze wijze  
wordt voorkomen dat steeds meer collegae met een rela-  
tief lage omzet uit medisch specialistische arbeid 'pensi-  
oenplichtig' zouden worden. De huidige verplichtstel-  
lings-beschikking zou de benedengrens immers op het in  
1972 gekozen bedrag van f 23.333,— fixeren, terwijl het  
beroepsinkomen jaarlijks trendmatige aanpassingen on-  
dergaat.

Langs deze weg wordt, speciaal met het oog op medische  
specialisten niet-leden der LSV, die thans onder de ver-  
plichtstelling vallen, aandacht gevraagd voor het feit dat  
het Centraal Bestuur voornemens is bij de minister van  
Sociale Zaken een verzoek tot wijziging van de verplicht-  
stellings-beschikking als hierboven bedoeld in te dienen.  
Eventuele bezwaren tegen dit voornemen kunnen op de  
volgende wijze naar voren worden gebracht:

### a. Leden der LSV

Schriftelijk voor 31 maart 1978 ter attentie van het Cen-  
traal Bestuur der LSV, (Lomanlaan 103) Postbus 20057,  
3502 LB Utrecht, dan wel mondeling op 22 april 1978,  
wanneer het Centraal Bestuur zich voorstelt een leden-  
vergadering te houden in 'Hoog-Brabant' te Utrecht,  
waarbij dit voornemen nogmaals zal worden geagen-  
deerd.

### b. Niet-leden der LSV

Schriftelijk vóór 31 maart 1978 ter attentie van het Cen-  
traal Bestuur der LSV, (Lomanlaan 103) Postbus 20057,  
3502 LB Utrecht. Zo daartoe aanleiding is zal het Cen-  
traal Bestuur deze niet-leden nog vóór de ledenverga-  
dering der LSV dd. 22 april in de gelegenheid stellen tijdens  
een speciaal te beleggen bijeenkomst hun bezwaren te-  
genover het Centraal Bestuur mondeling toe te lichten.



## Kort verslag

*Kort verslag van de vergadering van het bestuur van de  
Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen, gehouden op 3  
november 1977 in de vergaderkamer van de Stichting in het  
gebouw van de Maatschappij te Utrecht.*

Aan alle Plaatselijke Huisartsen Verenigingen zijn  
brieven uitgegaan, waarin op de mogelijkheid wordt ge-  
wezen om ter plaatse voorlichting te geven over de pensi-  
oenregeling.

Na een toelichting op het beleggingsbeleid over de afgelo-  
pen periode, geeft de directeur zijn visie op de te ver-  
wachten economische ontwikkelingen. Een kort verslag  
wordt uitgebracht over de belegging in onroerend goed.  
Het beleggingsadvies van de directeur wordt goedge-  
keurd.

Het jaarverslag 1976 wordt besproken. Ruime aandacht wordt besteed aan de 'Reserve voor pensioenverbeteringen'. In het verslagjaar stegen de uitkeringen met 50%, de ontvangen interest met 30%, het vermogen met bijna 30%, de premies met 15% en de kosten met bijna 4%.

Het actuariel rapport wordt door de actuaris toegelicht. De premiereserve wordt in de analyse per reserve afzonderlijk opgevoerd. Het rapport zal in de eerstkomende vergadering van de deelnemersraad aan de orde worden gesteld.

Een aantal verzoeken om toepassing van de hardheidsclausule wordt behandeld.



#### van het centraal bestuur

### Mededelingen n.a.v. de CB-vergaderingen der LAD dd. 20 januari en 2 februari 1978

#### 1. Salarisrichtlijnen 1978

De door de Salaris- en Pensioencommissie bijgestelde salarisrichtlijnen zijn door het centraal bestuur goedgekeurd en voor publikatie in Medisch Contact vrijgegeven (zie Medisch Contact nr. 6/1978 dd. 10 februari 1978).

#### 2. CAO-Ziekenhuiswezen

Het centraal bestuur is, gezien de wijzigingen welke door de werkgevers- en werknemersdelegaties zijn opgesteld (zie publikatie in Medisch Contact nr. 9/1978 van 3 maart 1978), van oordeel dat deze wijzigingen zodanig zijn dat het voor de LAD een goede zaak is de CAO, die een looptijd van twee jaar zal hebben, te tekenen, waartoe is besloten. Wel zal naar de mening van het centraal bestuur op korte termijn moeten worden overgegaan tot het opstellen van overlegspelregels binnen het COAZ.

#### 3. Assistent-geneeskundigen

- Het centraal bestuur heeft kennis genomen van het stuk over de assistent-geneeskundigen in opleiding, dat door de werkgroep van het COAZ is opgesteld teneinde de in de praktijk gerezen problemen bij de interpretatie van de CAO voor deze groep werknemers tot een oplossing te brengen.
- In verband met de verplichte deelneming van assistent-geneeskundigen in opleiding in het PGGM zal begin februari tussen een delegatie van LAD, LVAG en LSV een gesprek plaatsvinden met vertegenwoordigers van het PGGM. Op basis van de uitkomst van

dit gesprek zal het centraal bestuur zich verder beraden over de te ondernemen stappen.\*

#### 4. Belangenbehartiging van artsen in dienst bij Kruisverenigingen

Aan het centraal bestuur is door de Vereniging van Jeugdgezondheidszorg het verzoek gedaan de rechtspositionele belangen te behartigen van genoemde groep. Het centraal bestuur heeft besloten de mogelijkheden te onderzoeken die ertoe moeten leiden, dat de LAD als representatieve organisatie gaat deelnemen aan het overleg inzake arbeidsvoorwaarden binnen de Kruisverenigingen.

\* Dit gesprek heeft inmiddels plaatsgehad. De PGGM-directie kon geen begrip opbrengen voor de bezwaren die de artsen naar voren brachten. Overigens was daarvoor ook met de NZR (de werkgeversvertegenwoordiging) gesproken, óók zonder resultaat. Wel heeft de NZR de ziekenhuizen geadviseerd de assistent-geneeskundigen niet aan te melden bij het PGGM, omdat de financiering van de premielast niet is geregeld. Dit wordt dus een interessante zaak!

Het LAD-bestuur heeft inmiddels besloten om een ontheffingsprocedure te starten. Assistent-geneeskundigen worden geadviseerd – gelijkelijk de NZR de ziekenhuizen heeft geadviseerd – om niet mee te werken aan de deelname in het PGGM. *Zij dienen er uiteraard wel voor te zorgen, dat zij een andere pensioenregeling hebben, dan wel een risicodekking tegen overlijden en invaliditeit afsluiten. (Inlichtingen hierover bij het bureau der LAD, tel. 030-885411.)*



### Voordrachten uit de afdelingen

Op de agenda's voor de afdelingsvergaderingen stonden de volgende voordrachten vermeld:

**Alkmaar en Omstreken:** H. Kotterman, onderwerp: 'Bestrijding alcohol en drugs'.

**Alphen en Omstreken:** Drs. H. Plugge, onderwerp: 'Klimmen in de Andes in de omgeving van Cuzco (Zuid Peru)' en Dr. P. Leonard, onderwerp: 'Staaroperaties en toepassing van de iriscliplens'.

**Apeldoorn en Omstreken:** Dr. F. Smith, kinderpsychologe, onderwerp: 'Het kind en de rouw', C. Th. van Schaik, zenuwarts, onderwerp: 'Stoornissen in het normale rouw-proces' en M. J. v.d. Bergh, onderwerp: 'Rouwen kun je niet alleen' en Dr. L. Offerhaus, internist, onderwerp: 'Pharmaco-kinetiek in de dagelijkse praktijk'.

**Arnhem en Omstreken:** Kankerwerkgroep Arnhem, onderwerp: 'Consequenties voor de kankerpatiënt van een behandeling met chemotherapeutica'.

**Bergen op Zoom-Roosendaal en Omstreken:** Dr. R. A. P. Koene, onderwerp: 'Klinische aspecten van de niertransplantatie'.

**Breda en Omstreken:** Alb. J. H. Smulders, onderwerp: 'De rol van de arts bij rampen'.

**Deventer en Omstreken:** Prof. Dr. G. J. P. A. Anders, onderwerp: 'Theoretische en praktische vragen rond het erfelijkheidsadvies' en L. Bouwens, cardioloog, onderwerp: 'Nut en beperking van cardiologische onderzoekstechnieken'.

**Drenthe's Z.O. hoek:** W. Kuiper, onderwerp: 'Conventionele oefentherapie', en J. Ebbinge, onderwerp: 'Manuale therapie', en Mw. W. Kleine, onderwerp: 'Cesar therapie' en J. G. S. ter Haar, onderwerp: 'Fysiotherapie'.

**Emmeloord en Omstreken:** Dr. P. Th. Smit, onderwerp: 'Stervensbegeleiding', en Drs. H. J. Visser, onderwerp: 'Het verwerken van het verlies van een partner' en L. Bienfait, onderwerp: 'De oud-huisarts als inspecteur'.

**Friesland-Noord:** C. Steendijk, onderwerp: 'G-krachten'.

**Friesland-Oost:** Prof. Dr. G. Janssens, onderwerp: 'Enkele aspecten van de gynaecologische oncologie'.

**Haarlem en Omstreken:** W. Dekker, J. O. Op den Orth, K. Reisma, G. T. Berends en A. R. Koomen, onderwerp: 'Moderne diagnostiek en behandeling van ulcus duodeni'.

**Heerenveen en Omstreken:** Prof. Van Faassen, Dr. Grond, J. H. Helmink en H. R. P. Norbruis, onderwerp: 'De rol die de fysiotherapeut inneemt in het medisch handelen' en G. Mik, onderwerp: 'Jeugdproblematiek in een veranderende maatschappij' en Dr. A. Mantén, onderwerp: 'Peniciline in deze tijd'.

**Hunsingo-Fivelingo-Westerkwartier:** A. Hartman, onderwerp: 'Contactallergologisch onderzoek' en J. W. Jacobze, voorzitter LHV, onderwerp: 'De toekomst voor de LHV'.

**Leiden en Omstreken:** Dr. G. R. Prager, onderwerp: 'Buikoverzichtsonderzoek bij een patiënte met hydramnion' en Mw. W. E. Nanning, onderwerp: 'Casuïstiek met diverse kanten' en Mw. A. R. Smit, onderwerp: 'Huis-, tuin- en keukenproblemen in de paediatric en E. M. Vroom, onderwerp: 'a. Patiënt met verlamd gevoel in benen na auto-ongeluk; b. Patiënt met beenklachten (niet specifiek) en dreigende anurie' en Mw. M. Goudriaan-Stockmann, onderwerp: 'Audiovisueel verslag van een reis door India en Nepal'.

**Maastricht en Omstreken:** P. Speth, onderwerp: 'Tanzania' en H. J. Boevé, onderwerp: 'De kinderpsychiatrie in dienst van de huisarts'.

**Midden-Limburg:** L. V. A. M. Beek, onderwerp: 'Prognose en therapie van mammacarcinoom'.

**Midden-Twente:** F. C. J. Majoor, notaris, onderwerp: 'Testamenten, huwelijkse voorwaarden, erfrecht, afwikkeling nalatenschappen'.

**Nijmegen en Omstreken:** Dr. C. Leering, onderwerp: 'Zorg voor zorgenden'.

**Oostelijk-Groningen:** W. M. A. A. van der Heijden, onderwerp: 'Doppler flow meting bij vaataandoeningen' en Dr. W. A. Bergman, onderwerp: 'De fysio-pathologie van de shock'.

**Oude IJssel:** I. Kateman, onderwerp: 'Maligne lymfomen'.

**Tiel:** W. H. J. Bosman, onderwerp: 'Bedrijfsgezondheidskunde' en Prof. Dr. F. J. A. Huygen, onderwerp: 'Observaties van een huisarts als gezinsarts' en Mr. P. F. Bennink-Bolt, onderwerp: 'Verslavingsproblematiek van alcohol en drugs'.

**Utrecht:** A. P. Amir, psychiater, onderwerp: 'Druggebruik, een generatieconflict?' en Dr. J. C. van Wieringen, kinderarts, onderwerp: 'Gezondheidsindicatoren voor de jeugd' en Dr. H. M. Pinedo, onderwerp: 'Algemene principes van de chemo-therapie van maligne tumoren'.

**De Vecht en Omstreken:** Prof. Dr. H. W. ten Cate, onderwerp: 'Wanneer zijn de grenzen bereikt van zinvol urologische handelen' en K. van Oostveen, onderwerp: 'Voorzieningen in de kinderrevalidatie'.

**Wageningen en Omstreken:** Dr. A. Bruschke en Dr. F. Vermeulen, onderwerp: 'Beleidsbepaling ten aanzien van coronair chirurgie met name by-passoperaties'.

**Walcheren:** P. P. N. M. Diderich, onderwerp: 'Nierdialyse' en J. A. D. Hohberger, onderwerp: 'Wegen naar een therapeutische leefgemeenschap in de Vlissingse PAAZ'.

**Westland:** J. van Hattum, onderwerp: 'Hepatitis, nader bezien'.

**Woerden en Omstreken:** Dr. A. C. Hekker, onderwerp: 'Rubeola, virologie, epidemiologie en vaccinatie', en G. W. D. Bloem, onderwerp: 'Het aangeboren rubeolasyndroom en rubeola bij de pasgeborene' en Dr. R. F. Brenkman, onderwerp: 'Rubeola, oculaire aspecten' en A. M. Valkhoff, interniste, onderwerp: 'Urineweginfecties' en R. Wielaard, neuroloog, onderwerp: 'Klik responsies'.

**Zaanland:** J. v.d. Broek, onderwerp: 'Druggebruik'.

**Zutphen van 1845:** R. H. U. Rammeloo, onderwerp: 'Mediastinaal tumoren' en Mw. M. L. Creyghton, onderwerp: 'Welzijn en tegenspoed in de Noord-Afrikaanse boerenwereld' en Dr. A. C. Stam, onderwerp: 'Besluitvorming in de oncologie'.

**Zwolle en Omstreken:** J. Smilde, onderwerp: 'Ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg', en J. H. Duistermaat, onderwerp: 'Psychologische aspecten bij kapingen' en F. v.d. Logt, onderwerp: 'Adipositas bij kinderen'.

## INHOUD OFFICIEEL

CHG:	
Besluit no 2 - 1977 .....	326
LSV, van het centraal bestuur:	
Wijziging verplichtstellings-beschikking beroepspensioenfondsen medische specialisten .....	326
SPH:	
Kort verslag .....	326
LAD, van het centraal bestuur:	
Mededelingen n.a.v. CB-vergaderingen der LAD dd. 20 januari en 2 februari 1978	
KNMG:	
Voordrachten uit de afdelingen .....	327

Nr. 10 - 10 maart 1978