



redactioneel

- 'Wij moeten beginnen met het inhalen van de achterstand. Zoals u weet hebben wij beloofd zorgvuldig overleg te plegen met de betrokken organisaties uit de gezondheidszorg. Dit overleg komt nu pas goed van de grond. Bovendien komen er nog steeds adviezen binnen . . .' Aan het woord is de nieuwe staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Mw. Mr. E. Veder-Smit, die evenals haar voorganger bereid is regelmatig in MC van haar opvattingen blijf te geven. Onderwerp van gesprek vormen deze keer de wetsontwerpen Voorzieningen en Tarieven Gezondheidszorg.
- 'Iedere collega die beroepshalve gastarbeiders ontmoet zal het gevoel van onvoldaanheid kennen dat overblijft na het gesprek en het onderzoek bij dergelijke consulten', aldus Dr. H. Blijham, zenuwarts te Groningen, die in een kort artikel over gastarbeiders en verzekeringsgeneeskunde een pleidooi houdt voor een beoordelings- en adviescentrum.
- 'Het is waarschijnlijk niet overdreven om te stellen, dat geen Nederlandse arts gelukkig is met de wijze waarop hij medische zorg verleent aan buitenlandse werknemers', zo vervolgt dan de Amsterdamse hoogleraar huisartsgeneeskunde Prof. Dr. H. J. Aalderen, die de brochure 'Marokkanen en de Ziektewet' van Dr. M. Plooi en Drs. Ph. J. van der Meer bespreekt.
- Mr. Dr. F. C. B. van Wijmen, secretaris van het bestuur van het Academisch Ziekenhuis Maastricht, blikt terug op de workshop: 'Hospitals, health care and medical education: new solutions for the eighties'. De auteur schetst het perspectief van een nieuw academisch ziekenhuis in een regionale – Zuidlimburgse – kontekst en ziet daarvoor unieke kansen liggen in Maastricht.



Voor het Bleuland Ziekenhuis te Gouda staat dit non-figuratieve beeldhouwwerk in brons van de kunstenaar Gerard Brünning.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	474
<i>Inzender: Werkcommissie SMS + naschrift Dr. F. Roest</i>	
In gesprek met Mw. Mr. E. Veder-Smit, staatssecretaris van VoMiL	477
Centrale Raad voor de Volksgezondheid besluit tot instelling 'Commissie rechten van de patiënt'	478
Gastarbeiders en verzekeringsgeneeskunde. Pleidooi voor een beoordelings- en adviescentrum, door Dr. H. Blijham	479
Marokkanen en de Ziektewet, door Prof. Dr. B. J. Aalderen	481
Ongevallen met de schaatsplank	482
Ziekenhuis Maastricht. Perspectief van een nieuw academisch ziekenhuis in regionale kontekst, door Mr. Dr. F. C. B. van Wijmen	483
Over de methode van revalidatie (II) en (III), door B. D. Bangma	489
Organisatie, voorlichting en opleidingen in de sportgeneeskunde, door A. Vermeulen	494
OFFICIEEL	501
Inhoudsopgave officieel	504



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
Mw. G. W. Valkenburg-van Straten, redactrice;
Mw. 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.

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Opplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.



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

ONDERWIJS AAN MEDISCHE STUDENTEN

De werkkommissie van het Secretariaat Medische Studenten (SMS) is het overlegorgaan van actieve studenten op het gebied van onderwijs aan de subfaculteit geneeskunde van de KU Nijmegen. Als zodanig willen zij reageren op het artikel van Dr. F. Roest 'Over onderwijs aan medische studenten' (MC nr. 10/1078, blz. 303). Daarin maakt de schrijver een aantal opmerkingen naar aanleiding van de promotie van Dr. H. J. M. van Rossum op een proefschrift gewijd aan het medisch onderwijs.

Allereerst zij opgemerkt dat wij de aandacht die Medisch Contact nu eens aan medisch onderwijs besteedt toejuichen; toch twee kanttekeningen bij het artikel: 1. Dr. Roest maakt zich duidelijk zorgen over de groeiende invloed van sociaalwetenschappers in de medische opleiding: '... Toch is er *spoed geboden*, want te anderer zijde rukken de gedragswetenschappers intussen op' en 'Een overmacht aan 'ogen, gogen en logen' is echter uitermate ongewenst ...'. Wij zijn van mening dat de invloed van de hier bedoelde disciplines essentieel is voor de *mentaliteitsverandering* van toekomstig medici, waarover Dr. Roest spreekt. Immers, zonder dergelijke onderwijsgevers blijven het de somatisch georiënteerde artsen, die evenzo somatisch georiënteerde opvolgers opleiden, die vanwege het karakter van hun opleiding slechts kunnen kiezen tussen 'praktijk, wetenschap of kliniek'. De invoering van sociale vakken in de opleiding en daarmee de inbreng van 'ogen, gogen en logen' (proeven we in deze benaming niet een veel fundamentele afkeer van sociaalwetenschappers?) heeft ons inziens deze vicieuze cirkel doorbroken; het zou daarom heel goed zo kunnen zijn dat daarom *nu* het medisch onderwijs wel in de belangstelling komt. De eerste produkten van een anders opgezette studie (al is de verandering niet revolutionair) veroveren zich nu posities in het gevestigde medische bestel.

2. Tegen het einde van zijn artikel stelt Dr. Roest: '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 de opleiders binnen de maat blijven' (we mogen aannemen dat Dr. Roest hier 'onder de maat' heeft bedoeld*). Met deze stelling sluit Dr. Roest zich aan bij een lange rij sprekers die ach en wee roepen over de tegenstelling zestiger-zeventiger jaren; de tegenstelling revolutie-restauratie.

Nu zullen we de laatste zijn om te beweren dat het studentenverzet van nu hetzelfde karakter heeft als pakweg tien jaar geleden. Die generatie van toen is de straat opgegaan (dus zichtbaar voor iedereen, dus spectaculair) om onder andere studenteninvloed af te dwingen. In Nijmegen is de situatie momenteel zo, dat de ruimte voor studenteninbreng optimaal wordt gebruikt om te blijven streven naar veranderingen; in stuurgroepen, fasecommissies, onderwijscommissie en subfaculteitsraad werkt een groot aantal studenten aan de inhoud en de vorm van het onderwijs, ondersteund door een minstens even groot aantal blokgroepen (vrijwel elk onderwijsblok wordt door een groep studenten kritisch begeleid), onderwijsgroepen, etc. Dat er hier in Nijmegen niet slechts wordt gezwegen als het gaat om onderwijs bewijzen twee publikaties die vorig jaar verschenen. De eerste is het 'Zwartboek-co-schappen', waarin kritiek wordt geleverd op onderdelen van de post-doctorale co-schappen. De tweede is het 'POG-boekje', dat hetzelfde doet ten aanzien van de pre-doctorale co-schappen (in Nijmegen Praktisch Onderwijs Geneeskunde, POG geheten). Naast deze twee publikaties is er de afgelopen jaren een aanzienlijk aantal kleinere geschriften gepubliceerd die kritiek leveren op vorm en inhoud van afzonderlijke studie-onderdelen.

Uit het feit dat Dr. Roest stelt dat de studenten van de zeventiger jaren (wij dus) zo opmerkelijk rustig zijn, moeten wij concluderen dat het publiceren van kritieken, discussiëren op basis van argumenten, kennelijk voor onze onderwijsgevers niet voldoende is.

* Dr. Roest is gewend te schrijven wat hij bedoelt; de hier gewraakte zinsnede 'binnen de maat blijven' berust uiteraard op niets anders dan een zetfout. Red. MC.

Doorlezen naar blz. 476.

PATIËNTENRECHT

'Mondigheid, bewustwording, eigen verantwoordelijkheid . . . woorden die geregeld vallen wanneer de gezondheidszorg in het geding is. Modieuze kreten, zeggen sommigen; een teken van democratisering, menen anderen; niets om je druk te maken, denkt de meerderheid. En daar blijft het dan bij, ten onrechte.' Dit zijn de eerste zinnen uit het zojuist verschenen boekje 'Patiëntenrecht, een kwestie van gewicht' van Mw. Marie-Julie Aghina. De auteur gaat uit van een aantal deelrechten van de patiënt, te weten:

- het recht op informatie;
- het recht op zelfbeschikking;
- het recht op privacy;
- het recht op vrije keuze van de hulpverlener;
- het recht op klachtenbehandeling; en
- het recht op bescherming bij research.

Een groot deel van de inhoud wordt in beslag genomen door een inventarisatie en een overzicht van de bestaande situatie. Daarnaast wordt bij ieder onderwerp een aantal suggesties gedaan, die het naar het oordeel van de schrijfster mogelijk maken in die bestaande verhoudingen de rechten van de patiënt beter tot uiting te doen komen.

Mw. Aghina ziet de patiënt als consument. Hoewel zij wel de nadelen van deze opstelling ziet: 'Dienstverlening als immaterieel produkt is natuurlijk iets anders dan een artikel dat zichtbaar en tastbaar over de toonbank gaat', geeft zij om twee redenen hieraan de voorkeur. In de eerste plaats omdat er een werkbare formule door ontstaat. In de tweede plaats omdat het hantieren van het begrip 'consument' een mogelijkheid biedt tot evenwichtiger verhoudingen binnen de gezondheidszorg, mits er sprake is van een kritische consument. Een uitwerking van deze gedachten is te vinden in de suggestie de arts-patiëntrelatie te zien als een behandelingscontract, dat als een bijzonder contract in boek 7 van het Nieuw Burgerlijk Wetboek zou moeten

worden opgenomen. Hierin zou expliciet moeten staan omschreven dat een arts pas tot behandeling kan overgaan wanneer hij rechtsgeldig toestemming van de patiënt heeft gekregen. Ook zou omschreven moeten worden welke informatie de arts verplicht is te geven voordat de toestemming van de patiënt als rechtsgeldig kan worden beschouwd. Deze al eerder gedane suggestie legt wel een zware claim op de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts.

In dit licht bezien moet de revisie van de eed van Hippocrates, die de Amerikaanse arts S. A. Franzblau in de JAMA van 23 mei 1977 voorstelde, niet uitsluitend ironisch worden opgevat. Franzblau stelde onder meer de volgende passage voor: 'Ik zal geen medicijnen toedienen noch enige behandeling toepassen, tenzij ik voordien de patiënt volledig heb ingelicht over alle bekende nadelige verschijnselen die zich kunnen voordoen - ook het risico van overlijden - en ik zal slechts dan verdergaan als ik de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt heb verkregen. Ik zal niet die methode van behandeling volgen die naar mijn oordeel en kennis ter stichting van mijn patiënten is, maar zal wanneer er meerdere wijzen van behandeling voor een bepaalde ziekte bestaan veeleer die methoden in grote lijnen aangeven en de keus aan de patiënten laten. Wat ik zal horen of zien van het leven van mensen dat niet geschikt is om over te spreken zal ik volledig in hun kaarten documenteren, zodat er volledige, op het probleem gerichte aantekeningen beschikbaar kunnen zijn voor verzekeraars, wettelijke raadslieden of regeringsinstellingen die bij hun verzorging kunnen worden betrokken.'

Het zou niet juist zijn 'Patiëntenrecht' uitsluitend vanuit dit spanningsveld te beoordelen; zo bevat het boek een groot aantal ideeën en voorstellen die het waard zijn dat er op ruime schaal kennis van wordt genomen. Een te juridische benadering neigt er evenwel toe in de hand te werken dat beide partij-

en zich zo veilig mogelijk opstellen. Daardoor zou de individuele patiënt gemakkelijk toch weer het slachtoffer worden. Voorop zou moeten staan, dat de patiënt - zo men wil de consument - reden heeft om te kunnen vertrouwen op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Dit vereist de garantie dat de professe deze kwaliteit bewaakt. Hiervoor mag geen blind vertrouwen worden gevraagd. Het geneeskundig handelen dient voortdurend op kwaliteit te worden beoordeeld. Dat kan in feite alleen de professe zelf, maar dat is niet voldoende: het dient zo doorzichtig te zijn dat ook de kritische consument daarin vertrouwen kan hebben. Schieten de hulpverleningsorganisaties op dit punt tekort, dan rest slechts een juridische benadering door de overheid.

De (deel)adviezen van de 'Commissie rechten van de patiënt' (zie blz. 478) waarin zowel patiënten/cliënten/consumenten als hulpverleners zijn vertegenwoordigd - de commissie kreeg zojuist het groene licht van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid - wachten wij met bijzondere belangstelling af.

KOSTEN VERSTREKKING VAN GENEESMIDDELEN

Het hoofdartikel van 7 april jl. (MC 14/1978) bevat een onjuistheid.

De zin: 'Daarnaast zouden nog eens 77 miljoen gulden bespaard kunnen worden doordat het 'uitponden' van grootverpakkingen overbodig is geworden,' moet luiden: 'Via een andere berekeningswijze, gebaseerd op het feit dat bij een overgang naar kleinverpakkingen de kosten van het 'uitponden' van grootverpakkingen zouden komen te vervallen, kan men eveneens afleiden dat een besparing van 85-90 miljoen gulden kan worden bereikt.'

B.

Moeten we dan toch weer de spandoeken te voorschijn halen en de straat op gaan?

Nijmegen, 21 maart 1978

Werkcommissie SMS

Naschrift

1. De mededeling van de werkcommissie van het SMS dat de ruimte voor studenten-inbreng in Nijmegen optimaal wordt gebruikt stemt tot voldoening. Door vorige generaties studenten is in dit opzicht blijkbaar niet voor niets gevochten. Het is echter de vraag of het voor een toekomstig beleid ten aanzien van de medische opleiding voldoende is om te functioneren binnen de in mijn artikel geschetste sub-structuur. De door de werkcommissie vermelde publikaties alsook het daarmee bereikte resultaat hebben – voor zover mij bekend – geen landelijke aandacht getrokken.

De bedoeling van mijn artikel was in bredere kring en met name in de hogere regionen meer belangstelling voor en toewijding aan het medisch onderwijs in Nederland te vragen. De studenten uit de zeventiger jaren kunnen daaraan stellig een bijdrage leveren (spandoeken zijn in deze fase niet meer relevant), mits zij over enig inzicht in de gehele problematiek beschikken. Zij dienen hun actieradius dan uiteraard niet te beperken tot het – weliswaar zeer nuttige – werk in de eigen winkel. Overigens kan enige relativering van deze arbeid zeker geen kwaad: ook in de Nijmeegse opleiding is nog wel het een en ander te wensen over.

2. Het is jammer dat de werkcommissie zich heeft laten verleiden tot het verkeerd leggen van accenten en het uit hun verband rukken van zinsneden. Een oude methode welke geen recht doet aan de strekking van een betoog en nog minder aan de zaak welke wordt verdedigd (de leden van die commissie hebben de colleges in de sociale vakken toch wel goed gevolgd? Een schrijvende collega is óók een mens!) Voor de goede orde: in een moderne medische opleiding is de medewerking van sociaalwetenschappers niet meer weg te denken. Het gaat echter om het evenwicht en het noodzakelijke samenspel tussen beide disciplines. Het zijn *deze* aspecten waarover ik mij zorgen maak (en anderen met mij) en waaraan ik overigens reeds eerder aandacht heb besteed in een artikel in Medisch Contact (MC nr. 4/1976, blz. 109).

3. De werkcommissie van het SMS stelt dat de eerste 'produkten' van een anders opgezette studie zich nu posities in het medisch bestel veroveren. Op welke posten en aan welke universiteiten bevinden zich deze 'produkten' en waar waren zij bij recent herhaalde oproepen voor functies in het medisch onderwijs? Wellicht worden ook deze 'produkten' afgeschrikt door de geringe

carrière-mogelijkheden. *Die* te verbeteren was de doelstelling van mijn artikel. De opmerkelijke promotie van Dr. H. J. M. van Rossum en het baanbrekende werk dat hij voor de medische opleiding heeft verricht gaven mij daartoe alle aanleiding. Op de Nijmeegse studenten heeft dit wapenfeit blijkbaar weinig indruk gemaakt. Dit in tegenstelling tot door mij ontvangen reacties van meerdere studenten en collegae uit andere delen van het land welke zeer positief waren. Het ligt in de bedoeling van enkele sympathisanten om eveneens in een bijdrage hun visie op het medisch onderwijs tot uitdrukking te brengen. Ik hoop dat het niet bij goede voornemens zal blijven en ben er van overtuigd dat de redactie van Medisch Contact haar immer gastvrije kolommen daarvoor zal openstellen.

Wassenaar, 3 april 1978

Dr. F. Roest



Artsenconferentie – Op zaterdag 6 en zondag 7 mei 1978 wordt in 'Hydepark', Dribergsestraatweg 50 te Driebergen een conferentie gehouden over de onderwerpen 'Op zoek naar een mensbeeld in de artspraktijk', 'Consultatie over levensvragen in de artspraktijk' en 'Helpt de bijbel de medicus in zijn werk?'. De organisatie berust bij de Protestants Christelijke Artsenorganisatie en het Samenwerkingsorgaan inzake Gezondheidszorg der Nederlands Hervormde en Gereformeerde Kerken. De conferentie staat open voor alle artsen. Ook medische studenten, doktersvrouwen en -kinderen zijn hartelijk welkom. Er komen twee kinderverzorgsters. Sprekers: Dr. B. Harnik, psychiater te Zürich en Dr. M. C. de Haan, directeur-geneesheer Diaconessenhuis te Eindhoven. Prijs: tot zondagmiddag f 60,— (echtpaar f 100,—), kinderen 0-2 jaar f 20,—, 3-12 jaar f 35,—. Desgewenst kan men zondagmiddag 6 uur de avondboterham gebruiken, dan is de prijs f 65,—. Er zijn alleen één- en tweepersoons kamers. Opgave: men bericht aan het Samenwerkingsorgaan: Pr. Beatrixlaan 2, 8091 A.M., Wezep (Gld.) Tel. 05207-1933.

Patiëntenrecht – De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft op 21 maart j.l. aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een eerste advies inzake patiëntenrecht aangeboden. Dit advies, dat

het karakter draagt van een interimadvies, heeft betrekking op de werkwijze, die door de Raad zal worden gevolgd bij de verdere behandeling van de adviesaanvraag betreffende het patiëntenrecht, die de staatssecretaris op 26 oktober 1977 aan de Raad heeft doen toekomen. Het houdt tevens een uitgewerkt voorstel in voor een door de Raad in te stellen 'Commissie Rechten van de Patiënt' onder voorzitterschap van Prof. Mr. Dr. H. J. J. Leenen, hoogleraar aan de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam en voorzitter van de Vereniging voor Gezondheidsrecht. Gesteld voor de taak een inventarisatie op te stellen van deze omvangrijke problematiek, maakt de Raad in zijn advies onderscheid tussen de algemene aspecten van dit vraagstuk en de concrete rechten van de patiënt in de behandelingssituatie. De Raad is van mening, dat de behandeling van de algemene aspecten, die veel tijd en aandacht zou vragen, voorlopig zal moeten wijken voor de behandeling van actuele deelproblemen, die duidelijk knelpunten vormen in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg. Voorgesteld wordt de volgende onderwerpen met voorrang te behandelen: het recht van de patiënt op informatie; het 'zelfbeschikkingsrecht' van de patiënt bij beslissingen omtrent de behandeling (toestemming, het recht om (een bepaalde) therapie te weigeren of gevraagde informatie niet te verstrekken); de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt (privacy, geheimhouding); de behandeling van klachten. In de aanbiedingsbrief bij het advies heeft de Raad verzocht spoedig te mogen vernemen of de Staatssecretaris zich met de voorgestelde werkwijze kan verenigen.

TV-TIPS

Dinsdag 25 april 1978:

(Ned. I) EO, 20.20 – 21.00 uur:
Film over yoga.

(Ned. II) Socutera, 23.15 – 23.25 uur:
Nederlands Astmafonds.

Woensdag 26 april 1978:

(Ned. II), Socutera, 20.27 – 20.32 uur:
Nederlands Astmafonds.

Donderdag 27 april 1978

(Ned. I), VARA, 20.39 – 21.30 uur:
'Op zoek: Over de vrouw en de gezondheidszorg'.

Zondag 30 april 1978:

(Ned. II) NOS, 18.10 – 18.15 uur:
'Kijken naar kinderen'.

(Ned. II), NOS, 18.50 – 19.20 uur:
'Artsenij'.

In gesprek met mw. Mr. E. Veder-Smit staatssecretaris van VoMil



'Wij moeten beginnen met het inhalen van een achterstand. Zoals u weet hebben wij beloofd zorgvuldig overleg te plegen met de betrokken organisaties uit de gezondheidszorg. Dit overleg komt nu pas goed van de grond. Bovendien komen er nog steeds adviezen binnen. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft nog maar pas een advies over de samenstelling van de Nationale Raad uitgebracht.' Aan het woord is de nieuwe staatssecretaris van Volksgezondheid, mw. Veder-Smit, die evenals haar voorganger bereid is regelmatig in Medisch Contact van haar opvattingen blijkt te geven. Onderwerp van gesprek vormen deze keer de wetsontwerpen Voorzieningen en Tarieven Gezondheidszorg.

MC: Ziet u naast de geplande Nationale Raad ook een taak voor de Ziekenfondsraad?

V-S: In het oorspronkelijke voorstel was het onduidelijk waar de Ziekenfondsraad bleef. Binnen de raad is er gediscussieerd over de vraag hoeveel nationale organen er moeten komen. Een van de vragen waar ik voor sta is: kunnen we wel volstaan met één nationaal orgaan, waar misschien nog de Gezondheidsraad los van staat? Eén nationale instantie die in alles een belangrijke stem heeft en waarvan moeilijk kan worden afgeweken is een erg machtig en kolossaal lichaam.

MC: Met welke functies zouden de raden kunnen worden belast?

V-S: Er zijn veel taken op Volksgezondheid. Bijvoorbeeld de tariefs- en prijzenbeoordeling, met daarbij de beroepsmogelijkheden. Daarnaast is er onder meer het erkenningenbeleid en het kwaliteitsbepalende beleid. Bij het College voor Ziekenhuisvoorzieningen ligt het spreidingsbeleid en een beoordelingsbeleid. Zo'n Nationale Raad zou dan een coördinerende taak hebben. Ik zie dat niet zo gauw in één Nationale Raad; in elk geval zou er een opbouw moeten zijn in twee lagen. Het is allemaal nog lang niet

in kunnen en kruiken. Ik zal blij zijn als we het in de eerste helft van het najaar halen.

MC: Betekent dit dat het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg in grote lijnen door u wordt geaccepteerd en dat u tracht deze wet in te vullen?

V-S: Zeker, maar ik denk ook dat er wat moet worden ingekrompen, dat er enkele zaken uit zullen moeten verdwijnen.

MC: Bijvoorbeeld?

V-S: Ik denk met name aan de voorschriften over de individuele beroepsuitoefening. Het is de vraag of die voorschriften in zo'n algemene kaderwet thuis horen. Ik denk veel meer aan een wet op de beroepsuitoefening, conform het standpunt van de KNMG en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Dan het vraagstuk van democratisering, daar is in de Kamer veel belangstelling voor. Moet je dat specifiek voor de sector van de volksgezondheid regelen, of moet je dat doen in het kader van het hele welzijnsbeleid? CRM kent een aantal gesubsidieerde instellingen die duidelijk met de onze vergelijkbaar zijn, moeten wij daarom met z'n allen interdepartementaal een algemeen democratiseringsstelsel ontwerpen? Er zijn in de gezondheidszorg ook weer duidelijke verschillen. Ik geloof dat de inspraak in de intramurale sector heel anders moet worden geregeld dan in de extramurale sector, vanwege de verschillende houdingen. Ik zie dus wel de specifieke kanten van de volksgezondheidssector. Je moet afwegen of die specifieke verhoudingen eerst moeten worden geregeld of dat je de voorkeur moet geven aan een algemene regeling. Er is ook een hele sterke invloed van de richtlijnen; die zou ik ook wel eens nader willen bekijken. Ze zijn vrij globaal omschreven, er zijn zo'n 50 AMvB's en ministeriële besluiten nodig.

MC: U bedoelt dat deze zich aan inspraak onttrekken?

V-S: Mogelijk . . . Nu is in het voorlopig verslag door verschillende fracties om voorpublicatie in de Staatscourant gevraagd, bijvoorbeeld twee of drie maanden voordat de AMvB naar de koningin gaat. Het nadeel is dat zo'n AMvB dan toch al een eigen leven heeft geleid, bijvoorbeeld door het interdepartementale overleg. Het is in dat stadium niet meer zo eenvoudig wijzigingen aan te brengen, hoewel dat in principe wel mogelijk is.

Regionalisatie

Met betrekking tot de regionalisatie ligt er nog een groot aantal vragen zoals: de omvang, de taak, de samenstelling en bevoegdheid van de regionale organen. Deze kwesties zijn nog volop in discussie en liggen nog volledig open. Er zijn op het ogenblik vijf proefregio's, verschillende onderwerpen worden daar bestudeerd. Moeten er vertegenwoordigers worden aangewezen of gekozen? Gaat men met een eigen budget werken of niet? Hoe moet de planning en de samenwerking worden opgezet? Kortom: een massa vragen, waarop we in de Memorie van Antwoord uitvoerig zullen moeten ingaan.

MC: De regionalisatie brengt voor de particuliere organisaties hoge kosten met zich die wel eens een belemmering zouden kunnen zijn voor adequate deelname.

V-S: Je zult onderscheid moeten maken tussen enerzijds de proefregio's die al geruime tijd draaien en die een thema hebben meegekregen om te bestuderen en te ontwikkelen en anderzijds de situatie zoals die in de toekomst zal zijn. Wij moeten hopen dat er uit deze proefregio's resultaten komen die straks vruchtbaar zullen zijn bij de invulling van de wetgeving. Ik geloof dat het op de weg van de overheid ligt om die proefregio's te steunen, omdat je uitziet naar wat ze presteren. Ik neem ook aan dat het werk in de proefregio's meer tijd vergt van de deelnemers dan straks in de

samenwerkingsverbanden, die toch naar ik hoop volgens een bepaald stramien gaan werken. Ik kan me voorstellen dat er wellicht een full-time secretaris en een part-time voorzitter moeten zijn. Wellicht dat wat betreft de intramurale voorzieningen via de verpleegprijs een oplossing is te vinden en misschien dat je dan de mensen uit andere disciplines die regelmatig bestuurlijk werk doen een presentiegeld zou kunnen geven, hoewel dat een marginale betekenis zou hebben. Ik heb nog geen idee hoe die disciplines financieel in staat moeten worden gesteld goed te functioneren.

MC: Er zijn gezondheidsvoorzieningen die zich weinig kunnen aantrekken van de regio's gezien hun veel groter werkgebied; bijvoorbeeld kinderoncologie, hartchirurgische centra enz. Zal dat geen spanningen geven tussen de regio's? De overheid neemt hier wel een grote verantwoordelijkheid op zich door het land te verdelen in regio's.

V-S: Ik denk dat je voor bepaalde voorzieningen zult moeten werken met super- en subregio's naast de regio's. Je

kunt nooit een algemeen zaligmakende regio maken waar alles in past.

Wet Tarieven Gezondheidszorg

V-S: Doordenkend over wat in het voorlopige verslag door diverse fracties naar voren is gebracht, betreurt ik het dat daar een college ten tonele wordt gevoerd bestaande uit personen die volmaakt à titre personnel worden benoemd. Dat vind ik geen juiste constructie. Er zitten ook wel enkele goede dingen in de wet Tarieven. Stel dat je dat college zou vervangen door het COZ in een uitgebreidere vorm, dan nog vraag ik mij af of het COZ in die constellatie kan functioneren. Er moet verbetering komen in de beroepsprocedure; de richtlijnen die het COZ hanteert dienen inzichtelijker te worden gemaakt. Ook de Kamer heeft moeite met die richtlijnen. Het COZ heeft een heel kundig en actief apparaat dat richtlijnen ontwerpt, maar het heeft daardoor ook invloed op het beleid en op de kwaliteitsbevordering.

MC: Er zijn wel eens bezwaren gerezen

tegen het feit dat belanghebbenden mede beslissen over de tarieven, bijvoorbeeld in de Ziekenfondsraad. Dat was de reden waarom in de wet Tarieven wordt gesteld dat alleen deskundigen en geen belanghebbenden de tarieven moeten beoordelen.

V-S: Daarin is de vorige staatssecretaris te ver gegaan. Er is voor het andere uiterste gekozen. Ik dacht dat er een college denkbaar is waarvan de samenstelling dusdanig is dat de partij waarover de beslissing gaat altijd in de minderheid is. Hoe je dan die samenstelling maakt – of je werkgevers, werknemers, medewerkers en verzekerden daarin plaatst in verhouding tot de onafhankelijke groep van de kroonleden – dat is allemaal ter discussie. Ik geloof toch dat dat bij het COZ niet slecht werkt. Het is wel zo dat de ziekenhuizen daar een heel groot aandeel in hebben. Dat er een soort tarievenwet moet komen is wel zeker, want anders zou je de wet ziekenhuistarieven weer moeten gaan verbeteren, bijvoorbeeld met betrekking tot de beroepsprocedure, de richtlijnen, de verhouding tussen het COZ en de overheid, enz.

Centrale Raad voor de Volksgezondheid besluit tot instelling 'Commissie rechten van de patiënt'

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft besloten een 'Commissie rechten van de patiënt' in te stellen. Opdracht van de commissie zal zijn, het advies voor te bereiden dat de raad over de rechten van de patiënt moet uitbrengen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid. Gezien de omvang van het te bestuderen vraagstuk wordt aangestuurd op de vervaardiging van een aantal deeladviezen. Vier aspecten zouden daarbij de voorrang moeten krijgen:

- het recht op informatie;
- het 'zelfbeschikkingsrecht' van de patiënt terzake van beslissingen over zijn behandeling;
- de bescherming van de persoonlijke levenssfeer;
- de behandeling van klachten.

De commissie zal zestien leden gaan tellen. Zij zullen worden voorgedragen door onder meer artsorganisaties, ziekenhuizen, ziekenfondsen en kruisverenigingen; het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zal met één lid in de

commissie, die onder voorzitterschap staat van Prof. Dr. H. J. J. Leenen, worden vertegenwoordigd.

Wie maakt de dienst uit?

Overigens werden tijdens de behandeling van het voorstel een commissie voor de patiëntenrechten in te stellen bezwaren geuit tegen het 'overwicht' van vertegenwoordigers namens de zorgverleners en de zorgverlenende instellingen in de commissie. Volgens Mr. A. Draaisma (ambulante geestelijke gezondheidszorg) zou de samenstelling van de commissie, zoals deze voorlag, voedsel geven aan de bij patiënten en cliënten levende opvatting dat het de zorgverleners zijn die uiteindelijk de dienst uitmaken. Dit standpunt werd door weinigen gedeeld.

Centrale Raadsvoorzitter Dr. H. Festen stelde, dat een objectieve benadering van het patiëntenrecht was gewaarborgd door de benoeming van een onafhankelijke commissievoorzitter. Hij wees er

voorts op, dat de commissie ook zal worden bemand met vertegenwoordigers namens de Vereniging voor Gezondheidsrecht, de Consumentenbond, de Vrouwenraad en het Landelijk Patiëntenberaad; bovendien zouden ook de Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn – eveneens vertegenwoordigd –, de ziekenfondsen en de kruisverenigingen de belangen van de patiënten kunnen behartigen. Mr. W. B. van der Mij, secretaris-jurist van de KNMG en toekomstig lid van de 'Commissie rechten van de patiënt', beklemtoonde dat het niet de bedoeling is dat de commissie de gevestigde positie van hulpverleners en instellingen krachtig gaat verdedigen. De hulpverleners zouden zijns inziens echter wel degelijk bij de commissieactiviteiten moeten worden betrokken: het gaat immers niet om 'het zoveelste verhaal wat de rechten van de patiënt zijn', maar om een rapport waarin die rechten worden uitgewerkt en waarachter alle betrokkenen zich kunnen stellen.

Gastarbeiders en verzekeringsgeneeskunde

Pleidooi voor een beoordelings- en adviescentrum

Iedere collega die beroepshalve gastarbeiders ontmoet zal het gevoel van onvoldaanheid kennen dat overblijft na het gesprek en het onderzoek bij dergelijke consulten. De taalbarrière en de transculturele kloof bemoeilijken vaak het onderzoek zodanig dat er grote diagnostische onzekerheden ontstaan, hetgeen zich onder meer weerspiegelt in de therapeutische sfeer. Zowel het therapeutisch handelen door de arts als ook de appreciatie daarvan door de patiënt blijven in een sfeer waarin een niet goed op elkaars golflengte kunnen komen opvalt. Het contact tussen patiënt en dokter, waarvan Balint spreekt, komt niet tot stand. Natuurlijk geldt dit in mindere mate de tamelijk exact biologische stoornissen en in meerdere mate de ziektebeelden waarin psychosociale elementen van bijzonder belang zijn. A fortiori geldt dit toestanden waarbij het minder gaat om ziektebeelden, maar meer om ziektegedrag en klaaggedrag. Als we daarbij nog bedenken dat gastarbeiders vermoedelijk beduidend frequenter en erger dan welke andere groep mensen onder psychosociale druk staan, dan wordt duidelijk hoe moeilijk het voor de medicus kan zijn te werken met gastarbeiders.

Psychosociale dimensie

Niet zelden hebben gastarbeiders reeds hun thuisland verlaten in verband met vaak ernstige psychosociale problemen. Niet zelden blijven deze problemen hun leven bij ons beïnvloeden. Plichten en gebruiken ten opzichte van familieleden in het thuisland blijven vaak in hoge mate hun bestaan alhier

door **Dr. H. Blijham**



De heer Blijham is zenuwarts te Groningen

bepalen en beperken. Alhier verblijvend is er naast heimweeachtige toestanden van velerlei aard en emotionele kleur, bovendien de taal- en cultuurbarrière. Verder is er het zich gediscrimineerd voelen, mede door de soort werkzaamheden die wij voor onze gastarbeiders laten liggen. Ze begrijpen bovendien vaak in het geheel niets van ons, merkwaardig geworden, arbeidsklimaat. Vaak zijn ze aanvankelijk armetierig gehuisvest. Ze krijgen moeilijk deel aan recreatieve activiteiten, slenteren vaak wat langs de straat en langs vlooiemarkten, op zoek naar koopjes, bijvoorbeeld in kleding of schoeisel. In hun er-niet-bijbehorend bestaan klitten ze vaak onderling samen, mede in verband met de huisvestingssituatie. Seksuele spanningen in allerlei vorm doen zich voor. Degenen die in het gastland gehuwd zijn geraakt met een aldaar gevonden vrouw ondervinden vaak in de partnerrelatie en in de familiesfeer grote problemen. Om kort te gaan: gastarbeiders leven

bijna steeds onder een ingewikkelde en omvangrijke constellatie van psychosociale spanningen. Het kan niet anders of in het ziek worden, het ziek zijn en het beter worden moet zich dit weerspiegelen en manifesteren. Vrijwel bij elke gastarbeider in meerdere of mindere mate. Het lijkt onmogelijk medisch verantwoord te zijn in diagnostisch en therapeutisch opzicht zonder ruime aandacht te geven aan de psychosociale dimensie, terwijl het anderzijds door de taal- en cultuurbarrière uitermate moeilijk zo niet vaak onmogelijk is psychosociaal tot voldoende inzicht te geraken.

Moeilijke beslissing

Wat in de behandelsfeer reeds bijzonder moeilijk ligt is nog moeilijker in de verzekeringsgeneeskundige besliskunde. Hierbij gaat het immers niet alleen om een diagnostisch en therapeutisch inzicht, maar bovendien moet de mate van arbeidsgeschiktheid worden geschat. Daarbij is onder meer van belang de relatie van de man tot zijn werk. Zijn werk in arbeidsfysiologische zin, maar ook gezien in de context van de werksituatie; dit begrip omvat onder meer de sfeer en de verhoudingen op het werk, de mate van voldoening hebben in het werk, het eventuele creativiteitsaspect ervan, de intermenselijke relationele kanten, etc. Daarbij komt nog dat de gastarbeider in het algemeen nog minder begrijpt van de structuur van onze sociale verzekeringswetten dan de autochtoon, terwijl hij niet zelden door laatstgenoemde wordt gestimuleerd in richtingen waarvan hij

de consequenties niet kan zien. De behandelende arts heeft meer dan zijn verzekeringsgeneeskundige collega overleg- en consultmogelijkheden alsmede de mogelijkheid er een nachtje over te slapen. Als het probleem in de behandelsfeer niet voldoende duidelijk is, is er tijd voor bezinning, hetero-anamnestiche oriëntatie e.d. Een voorlopig therapeutisch niet geheel optimale koers is in het algemeen, met name bij overwegend psychosociale problemen, niet direct te betreuen. Anders gezegd: de beslissing in de behandelsfeer is minder hard en vaak minder urgent dan dit het geval is in de verzekeringsgeneeskundige praktijk. Iemand ten onrechte voorlopig nog niet arbeidsgeschikt achten, met als argument het voordeel van de twijfel kan een iatrogene eerste stap zijn op de weg naar een heilose anti-revaliderende ontwikkeling, en is dat ook vaak. Dat anderzijds een beslissing op grond waarvan iemand ten onrechte wordt gestimuleerd zijn werk te hervatten in meerdere opzichten bedenkelijk is behoeft vermoedelijk weinig betoog.

Gespecialiseerd benaderen

Het probleem kan ook van andere zijde worden benaderd. Indien wij menen dat we gastarbeiders dienen toe te laten en te werk te stellen onder de paraplu van onze sociale wetgeving, dan behoren we te beseffen dat er aan de uitvoering van deze wetten met betrekking tot gastarbeiders speciale kanten zitten. Ik kom nu tot de kern van mijn betoog. Ik meen dat, zodra er sprake is van iets meer dan een biologisch te vatten ziektegedragsprobleem er behoefte is aan een gespecialiseerd *verzekeringsgeneeskundig station voor gastarbeiders*. Op dit station zullen de mensen en de middelen aanwezig moeten zijn om de genoemde taal- en cultuurbarrière zoveel mogelijk te overbruggen. Daarbij zullen naar mijn mening landgenoten van de gastarbeiders niet kunnen worden gemist, niet alleen als tolken maar ook als cultuurbruggen. Dit zullen tamelijk hoog gekwalificeerde en gespecialiseerde krachten moeten zijn.

De verzekeringsgeneeskundige en de arbeidsdeskundige zullen in staat moeten zijn en in staat moeten worden

gesteld in brede zin integraal en transcultureel te denken. Alleen op een dergelijke wijze is het mogelijk verzekeringsgeneeskundig tot verantwoorde beslissingen te komen. De wetgever die de criteria aangeeft volgens welke behandeld moet worden dient tevens de mogelijkheden en de middelen te verschaffen dat verantwoord te doen. Iemand verzekeringsgeneeskundig accepteren schept verplichtingen, ook voor de verzekeraar, zowel ten opzichte van de te beoordelen persoon als ook voor de andere verzekerden, die er op moeten kunnen vertrouwen dat de gemeenschappelijke premiepot verantwoord en menselijk wordt gehanteerd.

Op grond van praktijkervaringen meen ik, dat er wat betreft de toepassing van de verzekeringsgeneeskunde bij ziektegedrag vertonende gastarbeiders veel mankeert aan de zo juist genoemde desiderata. Aangezien volgens vele deskundigen het verschijnsel gastarbeider allerm minst van tijdelijke aard zal zijn en mogelijk nauwelijks zal worden beïnvloed door werkloosheidscijfers, is het niet juist genoemde problematiek op grond van veronderstelde tijdelijkheid op haar beloop te laten.

Richtlijnen

Als praktische consequentie van het voorafgaande zou ik de volgende richtlijnen in overweging willen geven:

1. Een ziektegedrag vertonende gastarbeider blijft hoogstens één maand in de normale verzekeringsgeneeskundige sfeer van het uitvoeringsorgaan.
2. In deze maand wordt steeds alvast extra aandacht gegeven aan de psychosociale kant, er worden zoveel mogelijk gegevens verzameld, hetero-anamnestiche gegevens worden genoteerd, etc.
3. Indien er na maximaal één maand geen duidelijk inzicht is verkregen in de aard en in de achtergronden van het ziektegedrag en de klachtenpresentatie en indien er met name geen duidelijke prognostische inzichten zijn verkregen, ook wat betreft de arbeidsprognose, dan wordt onverwijld doorverwezen naar een hierna nader aan te duiden speciaal landelijk centrum. De verwijzing kan

- desgewenst ook eerder dan na ommekomst van één maand geschieden, eventueel reeds meteen na de ziekmelding. In plaats van één landelijk centrum kan ook gedacht worden aan enkele regionale centra.
4. In bedoeld centrum dienen de personen en de middelen aanwezig te zijn om te komen tot een diepgaand integraal onderzoek, waarbij in principe taal- en cultuurbarrières geen belemmering mogen vormen. De aanwezigheid onder anderen van een in relatie tot de verzekeringsgeneeskundige problematiek hooggekwalificeerde landgenoot van de gastarbeider is daarbij mijns inziens een obligate eis.
 5. Vermoedelijk zullen de onder punt drie genoemde criteria van toepassing zijn op het overgrote deel der ziektegedrag vertonende gastarbeiders. Verreweg de meesten van hen zullen dan ook in genoemd beoordelingscentrum terecht dienen te komen, vaak op duidelijke indicatie, soms echter voorzichtigheidshalve of billijkheidshalve.
 6. In het beoordelingscentrum wordt een plan de campagne gemaakt, waarin de humane belangen van de gastarbeider centraal staan, uiteraard naast de medische en verzekeringsgeneeskundige belangen.
 7. Voor de uitvoering van een dergelijk plan de campagne dienen richtlijnen te worden gegeven. Er dient intensief contact te zijn met de behandelsfeer, zodat geïntegreerd kan worden gehandeld.
 8. Op grond van het onder punt zeven gestelde zou wellicht het best kunnen worden gesproken van een beoordelings- en adviescentrum voor gastarbeiders, als men een afkorting wil: een BAGA-centrum.

Ten slotte nog dit: In verband met de spoedeisende belangen van humane aard van onze gastarbeiders worde geen commissie of iets dergelijke gecreëerd. Men make er geen 'project' van. Men late enkele ervaren en wijze personen uit de verzekeringsgeneeskundige wereld deze materie snel praktijkrijp formuleren en operationeel maken, waarna op beleidsniveau zo spoedig mogelijk praktische beslissingen worden genomen. Naar mijn frequente praktijkervaring is het waarlijk de hoogste tijd.

Marokkanen en de Ziektewet

Het is waarschijnlijk niet overdreven om te stellen, dat geen Nederlandse arts gelukkig is met de wijze, waarop hij medische zorg verleent aan buitenlandse werknemers. De laatste tijd heeft men kennis kunnen nemen van culturele achtergronden van gedrag en reacties van buitenlandse werknemers, met name Marokkanen, maar toch blijft de kennis en het inzicht van de Nederlandse arts uitermate beperkt. Met name over de problemen die er bestaan rondom de Ziektewet is bij artsen doorgaans weinig bekend.

Naar aanleiding van het feit dat door Marokkanen steeds meer een beroep wordt gedaan op de Raad van Beroep Sociale Verzekeringen, hebben Dr. M. Plooi en Drs. Ph. J. van der Meer een zeer informatieve brochure* geschreven over deze materie. Zij beginnen aan de hand van informatie over de toestand in Marokko en in West Europa uit te leggen dat het verschijnsel buitenlandse werknemer een structureel verschijnsel is. Om allerlei redenen kunnen Marokkanen die hier werken niet meer terug en kunnen wij ze hier – ondanks de werkeloosheid – niet meer missen. We kunnen het verschijnsel dus niet meer afdoen met de gedachte 'het gaat wel weer over'. We zullen er blijvend mee worden geconfronteerd. Dat maakt het des te klemmender dat iedereen die met buitenlandse werknemers te maken heeft zich hierin terdege verdiept.

* De brochure 'Marokkanen en de Ziektewet' is te verkrijgen bij het Nederlands Centrum Buitenlanders, F. C. Dondersstraat 17 A, 3572 JA, Utrecht, telefoon 030-719411, postgiro 3144529, prijs f 3,75 excl. porti.

door **Prof. Dr. H. J. Alderen**

Hoogleraar huisartsgeneeskunde, directeur van het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

De auteur vat in bijgaand artikel de brochure 'Marokkanen en de Ziektewet' samen, welke brochure werd geschreven naar aanleiding van het feit dat Marokkanen in ons land zich in toenemende mate wenden tot de Raad van Beroep Sociale Verzekeringen.

Kernvraag: waarom handelt de Marokkaan dikwijls niet overeenkomstig de regels van de Ziektewet?

Plooi en Van der Meer gaan in het tweede gedeelte van hun brochure in op de onbevredigende verhouding tussen de Marokkaan en de Nederlandse arts. Zij komen daarbij onder meer tot de volgende uitspraken:

- door gebrek aan kennis en vooral door gebrek aan communicatiemogelijkheden ontstaan er bij Nederlandse artsen vaak vooroordelen zoals: 'Ze lopen te snel naar de dokter' of 'Ze willen te snel naar de specialist';
- de Marokkaan heeft vanuit zijn culturele achtergrond ziekte-opvattingen die bij de Nederlandse artsen niet aan bod kunnen komen;
- vanuit wederzijds onbegrip, onvermogen tot communicatie en vanuit gevoelens van machteloosheid ontstaat niet zelden discriminatie van de groep als geheel (Marokkanen zijn

(altijd) onbetrouwbaar; zijn uit op geld trekken van de staat; schermen maar met hun zieke familie in Marokko, etc.);

- Marokkanen vertonen nogal eens een gedrag, dat door Nederlandse artsen wordt opgevat als aggraving en simulatie; dit gedrag komt echter voort uit hun culturele achtergrond, uit angst in een voor hun onzekere situatie en uit hun onvermogen tot communicatie door de taalproblemen.

Uitvoerig wordt door de schrijvers ingegaan op de vraag waarom de Marokkanen dikwijls niet handelen volgens de regels van de Ziektewet. Dit is niet alleen het gevolg van taalproblemen, maar ook van het feit dat onder de Marokkanen veel analfabetisme heerst. Zij kunnen daardoor niet werkelijk te weten komen hoe de regels zijn. Dit is ook één van de redenen waarom voorlichting – hoe goed ook opgezet – nogal eens faalt. Tot slot gaan de schrijvers in op het feit dat een hoog percentage Marokkanen ziek in hun land achterblijft wanneer hun verlofperiode is afgelopen. Dit schept vele problemen: het kost de gemeenschap veel geld; de Marokkanen worden bij – te late – terugkomst in Nederland dikwijls ontslagen; voor de arts is dikwijls niet te achterhalen of de ziekteperiode in Marokko terecht of onterecht was; veel werkgevers dekken zich tegen het risico van ziek achterblijven in Marokko van de werknemer tevoren in; zij laten de werknemer een briefje tekenen, waarin hij zijn ontslag accepteert, wanneer hij te laat terugkomt; vaak snapt hij de

betekenis van zo'n briefje niet; op papier is er een goede overeenkomst met de Marokkaanse overheid over medische controle van Marokkaanse werknemers die tijdens hun verlof ziek worden; in feite functioneert deze controle uiterst gebrekkig door het schrijnend gebrek aan artsen in Marokko en doordat veel Marokkaanse werknemers uit dun bevolkte gebieden komen die ver weg liggen van de steden waarin nog enige controle mogelijk is. In het slot van de brochure is een aantal praktische suggesties te vinden over de wijze waarop ook artsen een bijdrage kunnen leveren aan de voorlichting van Marokkanen die met verlof naar Marokko gaan. Natuurlijk worden de gigantische problemen waarmee we te maken hebben bij de medische verzorging van buitenlandse werknemers met deze brochure niet opgelost. De brochure geeft echter veel achtergrondinformatie en veel praktische kennis. Veel artsen die met Marokkanen te maken hebben kunnen hier ongetwijfeld hun voordeel mee doen.

VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

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

Ongevallen met de schaatsplank

Eind juli vorig jaar werden de eerste twee slachtoffers van de schaatsplank het kinderziekenhuis in Sheffield binnengedragen. In de zeven weken daarna registreerde men er tweeënvijftig. Twee kinderen moesten worden opgenomen, één met een hersenschudding, een ander met een gedislloceerde onderbeenbreuk.

Verwondingen

Over het algemeen, zo meldden de artsen van de eerste hulpafdeling in het British Medical Journal dd 31 december 1977, waren de verwondingen die de schaatsplanklievehebbers hadden opgelopen niet al te ernstig. Met de beide gevallen die vóór de grote stroom aankwamen meegerekend, betroffen die verwondingen*:

- kneuzingen, schaaf- of rijtwonden (20);
- verstuite pols (6);
- afgerukte vingernagel (1);
- verwonding aan de nek (1);
- contusie (1);

- fracturen (25): duim 2, radius 10 waaronder 6 greensticks, radius + ulna 1, os naviculare 6, falanx 1, metacarpale 1, clavicula 2, tibia + fibula 1, metatarsale 1).

De leeftijd van de slachtoffertjes van de plank op wieltes zonder remvoorziening – vijf maal zoveel jongens als meisjes – lag tussen de zeven en vijftien jaar.

Tweeëntwintig van hen reden op de plank van een vriendje. Eén op de drie planken was van eigen makelij.

De meeste valpartijen (28) deden zich voor op straat, 16 op het voetpad, 6 in de tuin, 2 op het gras, 1 op de speelplaats, 1 achter het huis. 'Gewoon gevallen', zeiden 14 kinderen, 6 vielen er bij het nemen van de bocht, 1 bij een uitwijkmanoeuvre, 1 bij een mislukte uitwijkmanoeuvre, 1 bij een snelheid van over de 50 km heuvelafwaarts, 3 toen ze van de plank afsprongen, 1 toen hij er vanaf werd geduwd, 9 toen hun plank op een steen of een ander voorwerp botste, 6 over een gat in de weg en 2 doordat een wielte door een steen werd geblokkeerd; verder kreeg 1

kind de plank bij het opduwen over de hand en stak 1 er zijn vingers onder, viel 1 kind nadat het op zijn plank was gaan zitten en 1 toen het de handstand probeerde; 3 kinderen tenslotte waren in een slip geraakt, terwijl nr. 52 onvoorzien landde toen bij topsnelheid de as van zijn voertuig kromtrok.

Preventie

Hoe het aantal schaatsplankongevallen te verminderen? Elleboog- en kniebeschermers bieden volgens de artsen uit Sheffield geen afdoende bescherming: de voorarmen, die het meest gevaar lopen, beschermen ze niet. Hetzelfde geldt voor de helm.

De auteurs pleiten voor de aanleg van aparte plankschaatsbanen.

* Het aantal beoefenaartjes van de plankschaatssport in de regio staat niet in het BMJ-artikel vermeld evenmin als de gebruikintensiteit van de 'skateboard', zodat deze getallen in relatieve zin niets zeggen. Red.

Ziekenhuis Maastricht

Perspectief van een nieuw academisch ziekenhuis in regionale kontekst

Inleiding

De Rijksuniversiteit Limburg organiseerde op 24, 25 en 26 november 1977 in Maastricht een opmerkelijke workshop onder het bovenstaande motto¹. De jongste Nederlandse universiteit heeft in haar Faculteit der Geneeskunde gestalte gegeven aan een ambitieus programma voor de medische opleiding van studenten. De belofte van een nieuwe aanpak lag besloten in de als 'Basisfilosofie Achtste Medische Faculteit' gepubliceerde doelstellingen². Enkele in dit verband relevante aspecten hiervan zijn als volgt samen te vatten:

'In het onderwijsprogramma zal het accent liggen op probleemoriëntatie, zelfwerkzaamheid, attitude-ontwikkeling en voortgangsevaluatie. De opbouw van het curriculum zal geschieden in nauwe samenwerking met onderwijskundigen. Basisthema voor het onderzoek zal zijn de ontwikkeling van de gezondheidszorg. Hiertoe moet worden gepoogd tot een samenhangend geheel van onderzoeksthema's te komen. Gedacht wordt onder meer aan epidemiologisch onderzoek naar het morbiditeitspatroon van streek en/of regio en aan fundamenteel onderzoek van ontwikkelingsprocessen: veroudering en gedrag.

De faculteit zal, rekening houdend met de behoefte die daaraan in de regio bestaat, actief moeten deelnemen aan alle vormen van gezondheidszorg waarin artsen een rol spelen. Deze wijze van participatie aan de gezondheidszorg overschrijdt dus duidelijk de grenzen van het academisch ziekenhuis.³

Bij de Wet Rijksuniversiteit Limburg⁴

door Mr. Dr. F. C. B. van Wijmen



Mr. Dr. F. C. B. van Wijmen is secretaris van het bestuur van het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Hij heeft deze beschouwing op persoonlijke titel geschreven. Hij betuigt erkentelijkheid aan het adres van Prof. Dr. H. Tiddens en Dr. E. Reerink voor hun opmerkingen bij het concept.

zag tevens het Ziekenhuis Maastricht het licht. In artikel 4 van deze wet wordt bepaald:

'Er is een rijksziekenhuis, gevestigd te Maastricht, aangeduid als: Ziekenhuis Maastricht, dat als algemeen ziekenhuis in zijn geheel verbonden is aan de universiteit ten behoeve van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek; het is een academisch ziekenhuis in de zin van artikel 4 van de Wet op het wetenschappelijk onderwijs en bezit rechtspersoonlijkheid.'

Deze algemene omschrijving sluit aan bij de geldende wettelijke typering van het academisch ziekenhuis. In de nadere uitwerking zijn het de onderwijsfilosofie van de Rijksuniversiteit Limburg, de omvang van het verzorgingsgebied van het ziekenhuis en het patroon van de in Zuid-Limburg bestaande gezondheidszorgvoorzieningen, die

tot een eigen vormgeving zouden kunnen inspireren.

'Academisering'

Het is belangrijk om uit de voorgeschiedenis de vaststelling te releveren, dat in het rayon Maastricht⁵ slechts plaats is voor één algemeen ziekenhuis. Het huidige ziekenhuis St. Annadal te Maastricht bleek bereid om te zijner tijd zijn plaats af te staan aan het nieuwe academisch ziekenhuis. De voorwaarden waaronder dit geschiedt werden vastgelegd in een op 20 augustus 1975 gesloten overeenkomst tussen het Rijk en de Stichting St. Annadal. Veel

1. Van deze workshop is onder auspiciën van de Rijksuniversiteit Limburg een (Engelstalig) verslag gemaakt door een team van rapporteurs, bestaande uit drs. A. Ament, drs. W. G. van Arkel, drs. J. Boots en de auteur van dit artikel, die de eindredactie had. Het verslag is à raison van f 9,50 (inclusief verzendkosten binnenland), verkrijgbaar bij de Rijksuniversiteit Limburg.

2. Zie Medisch Contact 27 (1972) nr. 33.

3. Zie ook: Eindverslag van de Commissie Voorbereiding Medische Faculteit Maastricht, Maastricht 1976, p. 22/23, waaraan dit citaat is ontleend.

4. Wet van 3 december 1975, Stb 717, houdende voorzieningen met betrekking tot de stichting te Maastricht van een rijksuniversiteit en van een academisch ziekenhuis.

⁵ Het rayon Maastricht vormt samen met de rayons Oostelijke en Westelijke Mijnstreek de regio Zuid-Limburg, welke aan de noordzijde haar begrenzing vindt in de lijn Roosteren-Susteren.

belang werd en wordt gehecht aan de continuïteit van de ziekenhuiszorg, hetgeen zijn weerspiegeling vond in de uitdrukkelijke bepaling dat Ziekenhuis Maastricht de streekziekenhuisfunctie van St. Annadal zou overnemen. Gekozen is voor de formule dat ziekenhuis St. Annadal in de periode tot de totstandkoming van Ziekenhuis Maastricht wordt 'geacademiseerd', geleidelijk zoveel mogelijk geschikt wordt gemaakt voor het bieden van faciliteiten voor onderwijs en onderzoek⁶. In de praktijk betekent dit, dat de medische afdelingen successievelijk naar 'academisch' model worden omgevormd en dat de diensten van het ziekenhuis gaan inspelen op de additionele behoeften vanuit de medische opleiding en het wetenschappelijk onderzoek. In nauwe samenwerking tussen universiteit en ziekenhuis is het academiseringsproces voor nagenoeg alle afdelingen in volle gang; in enkele afdelingen is dit proces inmiddels voltooid.

Basisfilosofie academische ziekenhuizen

In de loop van 1976 heeft de toenmalige staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen mede namens zijn collega van Volksgezondheid en Milieuhygiëne de zogenaamde Basisfilosofie en intentieverklaring academische ziekenhuizen gepubliceerd⁷. In deze documenten wordt een algemene typering gegeven van het academisch ziekenhuis en zijn plaats in de Nederlandse gezondheidszorg. Het beeld komt in bepaalde opzichten overeen met de aspiraties in Maastricht. De streekziekenhuisfunctie ligt opgesloten in het concept van de bewindslieden. 'Het academisch ziekenhuis neemt in de gezondheidszorg de plaats in van een regionaal topziekenhuis dat zich op verschillende niveaus, te weten op lokaal, regionaal en bovenregionaal niveau, met de patiëntenzorg bezighoudt; met dien verstande dat ten aanzien van de patiëntenzorg van bovenregionaal niveau in bepaalde gevallen een zwaartepuntenbeleid gewenst kan zijn. De omvang van het voorzieningenpakket van het academisch ziekenhuis wordt in het kader van de ziekenhuisvoorzieningen bepaald door enerzijds de

gezondheidszorgbehoeften en anderzijds de voorwaarden voor onderwijs en onderzoek.' Voorts kan worden gewezen op een tweetal belangrijke uitgangspunten, te weten:

- dat het academisch ziekenhuis in nauwe relatie met de faculteit in staat zal moeten zijn vanuit een centrale positie steun te geven aan de effectiviteit van de gezondheidszorg in alle echelons;
- dat het academisch ziekenhuis bestuurlijk zal moeten deelnemen aan de geregionaliseerde gezondheidszorg.

De nadere uitwerking van de basisfilosofie van Ziekenhuis Maastricht zal moeten leren of zij in alle opzichten zal overeenstemmen met de overheidsconceptie. Thans leeft binnen de Rijksuniversiteit Limburg de opvatting, dat het met het oog op de opleiding van studenten tot basisarts niet noodzakelijk – en volgens sommigen zelfs minder wenselijk – is, dat de geavanceerde hooggespecialiseerde zorg in het academisch ziekenhuis wordt geconcentreerd. In de basisfilosofie van de beide bewindslieden wordt een dergelijke concentratie van wezenlijk belang genoemd, zowel uit een oogpunt van doelmatige gezondheidszorg als uit een oogpunt van wetenschappelijk onderwijs en onderzoek.

Als men de taken van het academisch ziekenhuis nuanceert en daarbij ook zijn aandeel in de beroepsopleiding van medische specialisten onderkent, kan men zich afvragen welke invloed dit element heeft op de bepaling van het functiepakket van Ziekenhuis Maastricht. Hier wordt een spanningsveld opgeroepen, dat zich in samenhang met de bestendige gedragslijn van de universiteit om vormen van integratie te realiseren met alle in de regio Zuid-Limburg aanwezige voorzieningen, in de praktijk reeds manifesteert.

Regionalisatie

Zoals al bleek vormt de regionale samenwerking in Zuid-Limburg een belangrijke factor, óók in het ontwikkelingsproces van het academisch ziekenhuis. Op 23 oktober 1975 werd Zuid-Limburg officieel aangewezen als proefregio in het

kader van de regionalisatie⁸. De speciale verwachtingen die aan dit experiment worden gesteld zijn de volgende:

- het tot stand brengen van een intensieve onderlinge samenwerking tussen alle echelons en geledingen in de gezondheidszorg;
- het zorgen voor een nauwe integratie tussen de regionale gezondheidszorg en het wetenschapsbedrijf van de faculteit;
- het stelselmatig ontwikkelen van mogelijkheden voor een geïntegreerd informatiesysteem voor de regio;
- het analyseren van de regionale kosten van de gezondheidszorg en aan de hand van de uitkomsten hiervan de bestaande financieringsstructuur evalueren.

Het is in het Medisch Regionaal Centrum (MRC), dat deze samenwerking gestalte heeft gekregen. Na een opbouwfase van overleg en coördinatie op vrijwillige basis is de structuur van dit MRC in het voorjaar van 1977 geformaliseerd tot een breed samengestelde raad en een bestuur. De sectoren basis-echelon, eerstelijns-gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, verpleeghuizen en ziekenhuisvoorzieningen zijn in werkgroepen ondergebracht, terwijl daarnaast een financieel-economische groep functioneert. In afwachting van de totstandkoming van geëigende wettelijke kaders heeft het MRC de rechtsvorm gekregen van een particuliere stichting, in de bestuursorganen waarvan overigens vertegenwoordigers van provinciale en gemeentelijke overheden zitting hebben naast representanten van de 'consumenten' en instellingen en werkers in de gezondheidszorg. De

6. De Rijksuniversiteit Limburg hanteert een breder begrip 'academisering', dat inhoudelijk opgevat het oog heeft op de kwaliteit van de zorg.

7. Nederlandse Staatscourant, woensdag 13 oktober 1976, p. 3. Zie ook Medisch Contact 31 (1976) p. 1392.

8. Zie 'Toespraken gehouden bij gelegenheid van de installatie van MRC-Raad en MRC-bestuur te Maastricht op 16 maart 1977'. Maastricht 1977, p. 12 en 16/17.

doelomschrijving van de stichting luidt als volgt:

'De stichting heeft ten doel te bevorderen dat alle daarvoor in aanmerking komende instanties en instellingen in gezamenlijke verantwoordelijkheid streven naar:

- een op de behoeften van de regio afgestemd, samenhangend en doelmatig functionerend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen en de daarmee in rechtstreeks verband staande welzijnszorgvoorzieningen;
- integratie in de gezondheidszorg van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek.

De samenhang met de hier besproken problematiek kan worden verduidelijkt aan de hand van een citaat uit de basisfilosofie van de Rijksuniversiteit Limburg. 'Ons hoogontwikkelde gezondheidszorgsysteem laat op het vlak van de hoeveelheid klinisch-curatieve voorzieningen weinig witte vlekken meer zien. De deelname van de universiteit zal daarom slechts in beperkte mate gerealiseerd kunnen worden door uitbreiding van die voorzieningen. Meestal zal er alleen maar sprake kunnen zijn van het overnemen van of het samenwerken in bestaande voorzieningen en activiteiten. Omdat deze maar gedeeltelijk onder één dak kunnen worden ondergebracht, zal er bovendien moeten worden gestreefd naar organisatorische bundeling van geografisch gespreide voorzieningen en activiteiten. Het academisch ziekenhuis vormt daarbij een zeer belangrijk, maar wel in zijn betekenis duidelijk beperkt, element in de deelname van de faculteit in de gezondheidszorg. Maar als die facultaire participatie geconcretiseerd wordt in een 'medisch regionaal centrum' voor intra- en extramurale zorg (te verstaan als een organisatorisch begrip), dan kan in het kader daarvan veel verder de gewenste participatie worden gerealiseerd'.

Uitgangspunten voor de workshop

Met de bovenstaande beschrijvingen is in grove trekken het decor geschetst, waartegen men de ontwikkeling van Ziekenhuis Maastricht moet plaatsen. De

workshop is opgezet als een eerste injectie voor discussies over de doelstellingen van het nieuwe ziekenhuis. Daarvoor werd de vorm gekozen van een forum van internationale deskundigen, dat van gedachten wisselde temidden van een ruim honderdkoppig publiek van betrokkenen en belangstellenden, afkomstig uit de regio Zuid-Limburg, uit de andere academische ziekenhuizen, uit de departementen van Onderwijs en Wetenschappen en van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en uit landelijke organisaties op het gebied van de gezondheidszorg. In het licht van de inmiddels ontwikkelde gedachten wekken de uitgangspunten van de workshop geen verbazing:

- 1) Het nieuwe ziekenhuis zal zijn functies en taken dienen aan te passen aan plaatselijke, regionale en nationale behoeften.
- 2) Het nieuwe ziekenhuis zal – met andere instituten en werkers in de gezondheidszorg – een goede leeromgeving moeten bieden voor studenten met het oog op de vorming van artsen, die zijn toegerust voor voortdurend veranderende rollen en functies in de gezondheidszorg.
- 3) Het nieuwe ziekenhuis zal dienen bij te dragen aan de verdere ontwikkeling van het gezondheidszorgsysteem, afgestemd op maatschappelijke behoeften.
- 4) Het nieuwe ziekenhuis moet zich bij voorkeur niet – of althans niet in de eerste plaats – richten op nieuwe technologie en hooggespecialiseerde dienstverlening, maar veeleer op het bevorderen van humane, efficiënte en geïntegreerde zorg tegen aanvaardbare kosten.
- 5) Het moet een flexibele instelling zijn, voedingsbodem voor het verrichten van experimenten, die met name kunnen liggen in verschuivingen tussen de traditionele echelons van zorg en in het vinden van aangepaste op de patiënt georiënteerde organisatievormen.

Rode draad

Op de achtergrond van alle discussies tijdens de workshop speelden de manifeste veranderingen in patronen van ziekte en zorg. Deze inspireren én tot relativering van de rol van het ziekenhuis én tot aanpassing in de

medische opleiding. Vanuit de Verenigde Staten werden ons deze op recent onderzoek gebaseerde cijfers voorgerekend: 95% van de patiënten kan worden geholpen in de sfeer van de ambulante zorg. Slechts 5% is op institutionele hulp aangewezen, waarvan 2% door de huisarts kan worden bediend⁹ en 2% in samenwerking tussen huisarts en specialist (secondary care); slechts 1% behoeft hooggespecialiseerde zorg (tertiary care).

Verrassend zijn deze vaststellingen ook voor Nederlandse begrippen niet. Het gaat erom deze relatief bescheiden rol, welke het ziekenhuis heeft in te nemen temidden van het totale netwerk van voorzieningen, te vertalen in de planning en vormgeving daarvan. Voorzieningen moet dan breed worden opgevat: niet alleen de 'officieel' als gezondheidszorg gekwalificeerde dienstverlening, maar ook het informele systeem van de zorg van mensen voor zichzelf en voor elkaar. En in het officiële systeem dient de aandacht niet eenzijdig te worden gericht op de (gespecialiseerde) medische hulpverlening, maar evenzeer op degenen, die in voorwaardenscheppende zin bij de zorg betrokken zijn.

Het profiel van het nieuwe ziekenhuis

In de voorstelling die men zich in de loop van de eerste sessies van de workshop van het nieuwe ziekenhuis kon maken waren als uitersten te herkennen het academisch ziekenhuis als 'ééngebouwelijke' instelling, die met het oog op onderwijs en onderzoek een groot aantal, zo niet alle specialistische functies zou moeten omvatten en aan de andere kant het academisch ziekenhuis, dat meer als organisatievorm kan worden beschouwd voor de doelmatige beschikbaarstelling van klinische faciliteiten – gespreid over meer instellingen – voor medisch onderwijs en onderzoek.

Twee overwegingen werden als pleidooi voor de eerste benadering in het geding gebracht:

- 1) de medische opleiding vergt de geïntegreerde beschikbaarheid van het

9. Men neme de verschillen in gezondheidszorgsystemen in aanmerking.

totale spectrum van specialismen;
2) juist met het oog op het onderwijs aan studenten vormt de beheersbaarheid, de 'span of control', een belangrijk element.

Maar wanneer men een nieuw academisch ziekenhuis situeert in een regio met een min of meer afgerond patroon van voorzieningen, kan men niet onbeperkt nieuwe functies realiseren: inpassing in die regio moet het voornaamste uitgangspunt zijn. Het is de uitdaging om dan na te gaan of ook de andere ziekenhuizen hun aandeel kunnen leveren in het onderwijs en onderzoek en om daarvoor aangepaste vormen te vinden. Het vraagstuk van de 'span of control' kan worden opgelost door het introduceren (en dan ook handhaven) van een sluitend systeem van bevoegdheden en verantwoordelijkheid ten behoeve van bij de opleiding ingeschakelde afdelingen. Daarbij bedenke men, dat de kwaliteit van de zorg in academische – evenzeer als in niet-academische ziekenhuizen – centraal dient te staan, niet alleen in termen van professionele vaardigheid, maar ook in die van de omgang met patiënten.

Bij de bepaling van het functiepakket van het academisch ziekenhuis moet men onderscheid maken tussen zijn rol ten behoeve van de universitaire medische opleiding tot arts en zijn aandeel in de specialistenopleiding. Als het onderwijs van studenten een basisarts moet opleveren, die zich voor zijn specifieke beroepsuitoefening nog verder moet bekwamen, hoeft het opleidingsziekenhuis niet noodzakelijkerwijze alle specialismen te bevatten en zou men – gerekend in beddenaantallen – met een orde van grootte van 600 bedden kunnen volstaan. Legt de faculteit zich voorts toe op de specialistenopleiding, dan zal dit in het ziekenhuis de nodige extra faciliteiten vergen: specialismen die als 'advanced care' worden bestempeld met de daarvoor benodigde bedden. Richt de belangstelling zich meer op de beroepsopleiding speciaal ten behoeve van de eerstelijns gezondheidszorg, dan moet men zoeken naar 'affiliatiemogelijkheden' in deze sfeer.

Inpassing in de regio

Een van de Amerikaanse gasten schilderde het 'academisch ziekenhuis' als een regionaal multidisciplinair systeem waarin één ziekenhuis de rol van primus inter pares vervult, dit alles onder de organisatorische paraplu van het 'university health sciences center'. In dat ene ziekenhuis van niet meer dan 400 à 500 bedden zijn met name de topfuncties geconcentreerd; de universitaire afdelingshoofden vinden daarin zoveel mogelijk hun thuisbasis en van daaruit bestaan verbindingen met de afdelingen in de andere ziekenhuizen. Daargelaten of deze conceptie naar Nederlandse maatstaven aantrekkelijk is, in Zuid-Limburg lijkt zij moeilijk toe te passen. Vast staat dat het nieuwe ziekenhuis de functie van het huidige St. Annadal gaat overnemen, waarmee zijn functiepakket voor een belangrijk deel is bepaald. Als de regionale behoeften voor nieuwe functies de primaire planningsindicator moeten vormen, is een uitbreiding in de superspecialistische sfeer niet de meest waarschijnlijke mogelijkheid. De specialistenopleiding – niet de eerste belangstelling van de faculteit – is dan in feite het overblijvend aanknopingspunt. Blijft ook in dat geval het dictaat van de beddennorm die de overheid hanteert, een bepalende factor voor de actieradius. Uitgaande van enerzijds de bewuste intentie als verwoord in de basisfilosofie en anderzijds de gegeven situatie in Zuid-Limburg ging de belangstelling van de universitaire deelnemers aan de workshop uit naar vormen om bij het klinisch onderwijs andere ziekenhuizen in de regio te betrekken. Twee onmiskenbare voordelen werden aangegeven: een breed draagvlak voor de praktische opleiding en een variëteit van werksituaties voor de klinische stages. Als probleem werd onderkend de keuze van docenten.

In het algemeen werd gesteld, dat de universiteiten degenen die zij vanuit de medische praktijk bij het onderwijs wensen in te schakelen veeleer selecteren op hun vakbekwaamheid en hun wetenschappelijke prestaties dan op hun didactische capaciteiten en hun onderwijservaring. Al evenmin is het gewoonte om artsen die zich onderscheiden in de dagelijkse praktijk van de geneeskunde primair

bij het onderwijs te betrekken. Los daarvan beperkt men het recruitersveld voor een deel van de functionarissen die bij het onderwijs worden ingeschakeld, door zich bewust tot de regio te bepalen. Onder verwijzing naar de geldende affiliatiepraktijk – ook in Zuid-Limburgse ziekenhuizen – werd daartegen gesteld, dat een zekere mate van onderwijservaring aanwezig is. Op de faculteit rust de verplichting in additionele voorwaarden te voorzien: training van opleiders, goede coördinatie en een deugdelijk systeem van evaluatie en verantwoording. De voornaamste belemmeringen werden aangetroffen in de materiële sfeer. Men kan niet volstaan met een relatie op vrijwillige basis. Voor degenen, die bij de opleiding wordt ingeschakeld betekent dat derving van inkomsten; voor de onderwijsinstelling van haar kant een smalle basis voor effectieve beoordeling. Toen door de buitenlandse deelnemers ook docenten in 'geaffilieerde' ziekenhuizen in de regio facultaire aanstellingen werden aanbevolen – bij voorkeur een dubbele aanstelling bij ziekenhuis en faculteit – moest onder het vigerende Nederlandse financiële regime worden gesteld, dat dat weinig meer dan een formaliteit zou zijn. Naar analogie van de geldende regeling voor affiliatie-vergoedingen zou hiervoor een passende oplossing moeten worden gevonden. Allereen werd dan ook bepleit dat de overheid zich voor het medewerken aan een beter systeem zou openstellen. Ten onrechte, zo werd overigens opgemerkt, richt de schijnwerper zich in dit verband meestal uitsluitend op de medische specialisten: een evenwichtige benadering van alle hierbij betrokken beroepsgroepen ware wenselijk.

De rol van de huisarts

De belangstelling voor de rol van de huisarts is niet nieuw. Ook tijdens de workshop werd hij nadrukkelijk in de schijnwerpers geplaatst. De huisarts staat in directe relatie met de gemeenschap en ziet in beginsel alle patiënten, die om medische hulp vragen. Het relatief kleine percentage van hen dat specialistisch consult behoeft en/of voor ziekenhuisopname

in aanmerking komt, begeleidt hij vóór en na de hospitalisatie. Hij dient dus een belangrijk aandeel te krijgen in de medische opleiding. Zo kan ook een aanzet worden gegeven voor de overbrugging van de nog steeds bestaande kloof tussen huisarts en specialist. De praktische training van medische studenten mag zich niet beperken tot (academische) ziekenhuizen maar dient evenzeer gestalte te krijgen in het werkveld van de huisarts.

Als mogelijkheid werd genoemd om de huisarts/docent binnen het ziekenhuis te halen. Hij zou daar klinische verantwoordelijkheid kunnen krijgen en over een aantal bedden moeten kunnen beschikken; een aanstelling bij het ziekenhuis zou daaraan inherent zijn. Deze gedachte is evenwel moeilijk te rijmen met het Nederlands gezondheidszorgstelsel. Bovendien druist zij lijnrecht in tegen de relativisering van de plaats van het ziekenhuis.

Als alternatief werd aangeduid de mogelijkheid om aan het ziekenhuis of de ziekenhuizen waarin de klinische training plaatsvindt een huisartsenpraktijk te verbinden door het maken van gerichte afspraken. Ook dit idee werd van Nederlandse zijde van de hand gewezen. Veeleer ware een verbinding te zoeken tussen de huisartsen die bij de opleiding worden betrokken en de medische faculteit. Een huisarts kwam met het voorstel dat de faculteit samenwerking op zou bouwen met het merendeel van de huisartsen in Maastricht en dat vanuit die situatie experimenteel zou worden gezocht naar werkelijke verschuivingen tussen het eerste en tweede echelon. Ook dat zou echter structurele aanpassingen vergen en ruimere mogelijkheden in de financierings- en honoreringssystematiek.

In het Maastrichtse curriculum, zo werd van universitaire zijde opgemerkt, wordt de betrokkenheid van de huisarts bij de opleiding weerspiegeld in een sterk geprononceerde capaciteitsgroep (te vergelijken met een vakgroep elders) Huisartsgeneeskunde, terwijl ook in de fase van de praktisch-medische stage ('co-assistentenschappen') een ruime plaats voor de huisarts is ingeruimd. Een eerste poging om het contact tussen huisarts en ziekenhuisspecialist te verbeteren wordt ondernomen in de vorm van het zogenaamd Experiment Diagnostisch

Centrum in ziekenhuis St. Annadal; hiermee krijgen de huisartsen toegang tot diagnostische faciliteiten, waarbij in de mogelijkheid is voorzien om specialisten ad hoc in consult te roepen.

Wetenschappelijk onderzoek

Een gebruikelijke indeling van wetenschappelijk onderzoek is die in basisonderzoek en toegepast onderzoek. Bij de bespreking van dit onderwerp werd bezworen om te zoeken naar een juist evenwicht tussen 'technicolor research' en het zo noodzakelijke onderzoek en ontwikkelingswerk in de sfeer van organisatie en functioneren van de gezondheidszorg. Tijdens de workshop ging de aandacht in hoofdzaak uit naar deze laatste vorm van toegepast onderzoek en ontwikkeling.

Van Canadese zijde werd een interessante driedeling gepresenteerd:

- 1) Ontwikkeling van nieuwe kennis. Uit de aard van wetenschappelijk geneeskundig onderzoek bestaat er in dit opzicht een nauwe samenhang tussen universiteit en gezondheidszorginstellingen en wordt dit tot hun beider verantwoordelijkheid gerekend.
- 2) Het testen van de waarde van nieuwe kennis. Aangezien dit aspect in het verleden te weinig aandacht heeft gekregen zijn er heel wat gezondheidszorgactiviteiten geïntroduceerd zonder op hun waarden en doelmatigheid te zijn

getoetst.

3) Efficiënt gebruik van beschikbare kennis. Een belangrijk terrein is tenslotte het onderzoek naar het gebruik van kennis.

Deze laatste twee categorieën zijn – zo werd gesteld – in het traditioneel wetenschappelijk onderzoek ondergewaardeerd.

Van buitenlandse zijde werd een gericht universitair onderzoekbeleid bepleit. De faculteit dient enkele terreinen van onderzoek af te bakenen, de middelen beschikbaar te stellen en de organisatie zó af te stemmen, dat nieuw ontwikkelde kennis tevens op haar bruikbaarheid en doelmatigheid wordt getoetst. De vraag werd opgeworpen of een dergelijk strak gedirigeerd beleid zich verdraagt met de 'democratische invulling' van het beginsel met de matrixorganisatie, zoals die in de Maastrichtse universiteit gestalte krijgt. Deze organisatievorm – zo werd geantwoord – maakt een dergelijke aanpak niet onmogelijk, maar vergt wel geëigende procedures om het mogelijk te maken dat in grotere groepen besluitvorming plaatsvindt met betrekking tot onderwerpkeuze en prioriteitstelling. Juist in het feit dat de evaluatie van gezondheidszorgactiviteiten in alle vormen en op alle niveaus van zorg een steeds belangrijker terrein vormt van activiteiten in de gezondheidszorg ligt de directe relatie met de opleiding. Onderwijs en onderzoek in de geneeskunde gaan hand in hand en krijgen voor een belangrijk deel gestalte in actuele patiëntenzorg. Ook hier kan de eerder genoemde

NIET ROKEN

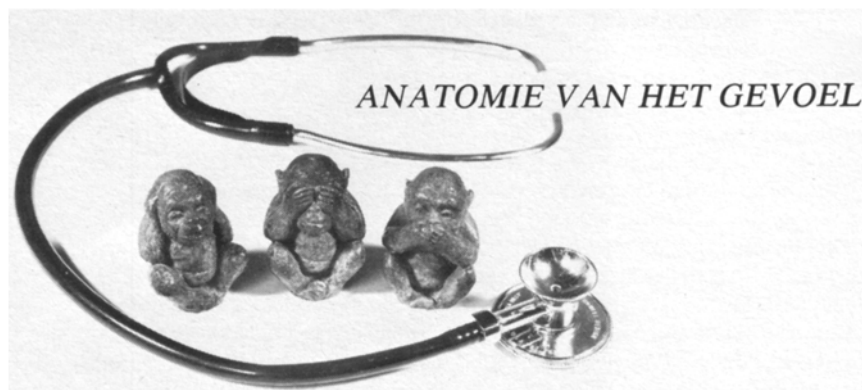
Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening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

driedeling van pas komen. Door de student in aanraking te brengen met de ontwikkeling van nieuwe kennis, maakt hij zich onderscheidingsvermogen eigen ten aanzien van de technologie. De tweede stap is het in de praktijk toetsen van de waarde van nieuwe kennis, hetgeen hem in staat moet stellen om in de toekomst de resultaten van wetenschappelijk onderzoek kritisch te benaderen. Tenslotte leert hij met name bij de toepassing in de eerstelijns gezondheidszorg hoe nieuwe kennis efficiënt kan worden gehanteerd. In het functioneren van de arts in de toekomst komt de nadruk te liggen op de methode van onderzoek, op het verkrijgen en hanteren van informatie, op het organiseren, op het proces van beslissingen nemen en niet in de laatste plaats op het evalueren.

Aan het slot

De buitenlandse gasten waren het erover eens, dat er in Maastricht unieke kansen liggen om inspirerende impulsen te geven aan gezondheidszorg en medische opleiding. De Rijksuniversiteit Limburg vond weerklank voor haar basis-doelstellingen en kon daaruit nieuw elan putten om de Maastrichtse formule verder uit te werken. De vertegenwoordigers van de instellingen van gezondheidszorg in Zuid-Limburg kregen aanknopingspunten gepresenteerd voor de conceptie van een regionale samenwerking, óók ten faveure van de medische opleiding. De vertegenwoordigers van ziekenhuis St. Annadal en Ziekenhuis Maastricht, welke instellingen tezamen de opdracht van het academisch ziekenhuis moeten waarmaken, kregen een schat aan gegevens voorgeschoteld, compleet met vingerwijzingen voor de praktische uitwerking, op basis waarvan met het uitschrijven van de doelstellingen en het ontwikkelen van de structuur van het nieuwe ziekenhuis een begin kan worden gemaakt. En zo zijn alle acteurs in Zuid-Limburg genoemd, die samen een intrigerend stuk spelen, waarvan het eerste bedrijf nog maar net aan de gang is.

Maastricht, februari 1978



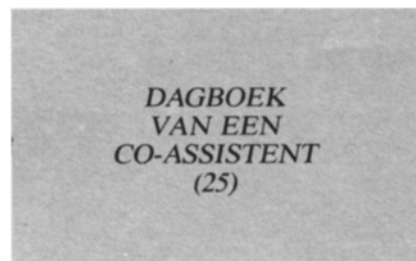
Intens triest

Op de Intensive Care ligt een jonge vrouw met een hersencarcinoom. Het gezwel lijkt net een buiten alle proporties gegroeide vetbult vlak boven één van haar ogen. De vrouw reageert niet meer op uitwendige prikkels en dat is maar goed ook, want anders zou ze schrikken van al datgene wat niet eens zover van haar bed over haar wordt gezegd.

Internist tegen assistent: 'Je meent het . . . een professor uit Parijs. Geweldig! Eindelijk krijgen we aandacht uit het buitenland. Laatst was er ook al een Engelse prof.' Assistent: 'Die prof schijnt nogal in levers geïnteresseerd te zijn. Hij heeft een helikopter tot zijn beschikking en wanneer er ergens een lever te halen valt, dan komt hij . . .' Internist: 'Geweldig . . . geweldig.' En ik: 'En dan spelen wij natuurlijk het Franse volkslied . . .' 'Landt die man op het binnenplein?', vervolgde de glunderende internist. 'Ik neem aan van wel', antwoordde de assistent. Enkele ogenblikken later kwam er een chirurg aan: 'Zeg, wanneer komt die lever nu?' Internist: 'Tja, dat kan nog wel een tijdje duren . . .' Chirurg: 'Verdomme . . .' Internist: 'Zoals ze er nu bijligt, geef ik haar nog zeker enkele weken.' Ik spreek overigens al in hetzelfde jargon, misschien zelfs met hetzelfde air; dat laatste kan ik als 'insider' moeilijk beoordelen.

Aan de andere kant van de vrouw met de hersentumor lag een veel oudere vrouw, die was geopereerd in verband met een lekkend aneurysma. Toen ik haar voor de eerste maal naakt op bed zag, schrok ik wel even. Uit alle lichaamsopeningen die Moeder Natuur het lichaam heeft meegegeven, met uitzondering van de oren, kwamen slangen met slijm, waterig vocht, gal en bloed. Links en rechts waren nog wat infusen aangelegd. Op haar borst waren de knoppen van het E.C.G. bevestigd en haar buik was bedekt met donkerrode gaasjes, waaronder allemaal helder bloed naar buiten sijpelde. Het zag er allemaal afschuwelijk uit. De

bloeddruk schommelde wat onbegrijpelijk op en neer en ieder moment moest er met medicamenten worden ingegrepen. De internist had het personeel opgedragen alles goed te documenteren, voor het geval deze 'interessante testcase' er weer bovenop zou komen. De vrouw werd namelijk ook nog gedialyseerd. Voor zover ik weet, leeft ze nog steeds.



De zelfde internist raadde gisteren een broeder van de Intensive Care aan om deze dialysepatiënte met de broekprothese te bedienen. Het kan trouwens ook zijn, dat de broeder op dit idee kwam. Hoe dan ook, hij raakte met de internist hierover in gesprek. 'Zou u het haar willen vertellen?' vroeg de broeder. 'Dat vind ik nu net een taak voor de verpleging. Tot nu toe heb ik dat nooit gedaan', antwoordde de internist. 'Maar bij ons . . .' 'Nee, dat doen jullie maar. Dat is jullie taak of desnoods die van het pastoraat.' Ik weet het zo net nog niet', zei de broeder. 'Hoe wil jij, dat een arts die in God noch gebod gelooft, een patiënt gaat uitleggen dat hij of zij bediend moet worden?' Een uur later stond ik naast de patiënte, toen de assistent van de internist haar tussen neus en lippen door de vraag stelde of zij bediend wenste te worden. 'Nee, absoluut niet', was haar resolute antwoord! En daarmee was de kous af.

Alexander van Es

Wegens een technische storing is in MC dd. 14 april j.l. (MC nr. 15/1978, blz. 463) de eerste pagina van het slotartikel afgedrukt in plaats van de eerste pagina van aflevering (II). Hieronder wordt aflevering (II) opnieuw geplaatst, gevolgd door aflevering (III).

Over de methode van revalidatie (II)

In een eerste inleidend artikel werden de grondslagen van het revalidatieve denken en handelen weergegeven. Uitgaande van de beschrijvende definitie van de World Health Organisatie zijn de kenmerken van de revalidatie-diagnostiek en de revalidatie-behandeling c.q. begeleiding 'probleem-analyse' en 'probleem-oplossing' in multidisciplinair verband, gecoördineerd en geleid en gericht op het individu.

Hoe worden de gegevens, nodig voor de oplossing van het revalidatie-probleem verzameld?

Lichamelijk onderzoek

Het revalidatie-onderzoek begint steeds met een uitvoerige anamnese en een nauwkeurig medisch onderzoek gericht op de aard, de uitgebreidheid en de lokalisatie van de defecten en de functiestoornissen, de kracht van de spieren, de beweeglijkheid van de gewrichten enz. Daarnaast richt het medisch onderzoek zich op de algemene lichamelijke toestand ofwel de conditie van de patiënt. Het is immers van groot belang te weten of de patiënt de training, die hij misschien tijdens zijn revalidatie zal moeten doormaken, kan verdragen.

Algemene oriëntatie

De onderzoekende arts oriënteert zich bovendien ten aanzien van de activiteiten van het dagelijks leven van betrokkene, zijn maatschappelijke, psychische, intellectuele en communicatieve toestand. Hij krijgt daardoor een

door **B. D. Bangma,**
revalidatie-arts



B. D. Bangma is hoofd van het Instituut Revalidatie van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

indruk van het functioneren van de patiënt. Het lichamelijk onderzoek en de genoemde oriëntatie door de arts zijn van essentieel belang, niet alleen voor het beoordelen van de somatische toestand (diagnose, prognose, conditie en functiediagnose), maar vooral ook om richting te kunnen geven aan de verdere probleem-analyse. Op grond van de uitslag van zijn onderzoek en oriëntatie zal de arts de eventuele *probleemgebieden* kunnen opsporen, de implicaties kunnen voorspellen van de functiestoornissen en van het mogelijk effect van de behandeling op de aandoening en daardoor op de probleemgebieden. Zo doende en denkende zal duidelijk worden, welke disciplines naast de medische aan het verdere onderzoek en aan de behandeling een bijdrage kunnen leveren. Door haar aard is de revalidatie-diagnostiek in beginsel een

multidisciplinaire diagnostiek. In eerste instantie zal het team in de revalidatie van lichamelijk gehandicapten bestaan uit de arts, een maatschappelijk werker, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een logopedist en een psycholoog. In het voorafgaande werd steeds bedoeld op de psychische en sociale *gevolgtoestanden* van lichamelijke ziekten of letsels.

Er zijn ook psycho-sociale ziekmakende factoren (Bangma, 1971). De samenstelling van het beschreven team is in dergelijke gevallen veelal ontoereikend. Een meer psychiatrisch gerichte opleiding van de teamleden zal dan vereist zijn.

Nadere evaluatie

Hoewel de mogelijkheid tot revalidatie en de kans van slagen daarvan uit het medisch-somatisch onderzoek en de psychologische oriëntatie naar voren moet komen, zijn het de maatschappelijke eisen die aan de patiënt worden of zullen worden gesteld, die de weg bepalen die moet worden ingeslagen. Het gehele revalidatie-gebeuren voor en om de patiënt dient immers te geschieden tegen de achtergrond van zijn leven, van zijn bestaan. Een onderzoek naar de maatschappelijke en economische omstandigheden dient daarom steeds te geschieden als de lichamelijke invaliditeit maatschappelijke en economische consequenties heeft of doet vermoeden.

De paramedische observatie en evaluatie door de fysiotherapeut, de ergotherapeut en de logopedist leveren nadere gegevens op over de fysieke restvermogens van de patiënt.

Coördinatie/afstemming

In de geschilderde procedure wordt de patiënt verwezen naar de revalidatie-arts, die daardoor wordt belast met de globale verantwoordelijkheid. Deze arts leidt de probleem-oriënterende fase in door zijn anamnese, zijn onderzoek en oriëntatie. Hij wint informatie in, ordent deze, speurt de consequenties op van de lichamelijke toestand van de patiënt en tracht deze te correleren met het eventueel disfunctioneren van de patiënt.

Deze analyse van het probleem kan worden verdiept door de reeds genoemde evaluaties welke worden verricht door de beoefenaren van de disciplines op wiens terrein de problematiek ligt. De ordening van de activiteiten vertoont een fasegewijze aanpak.

Als de rapporten van de bedoelde disciplines zijn uitgebracht volgt een teambespreking onder leiding van de arts. De conclusies over de toestand, de omstandigheden van de patiënt, zijn resterende vermogens en de verwachtingen van patiënt en onderzoekers worden dan samengevat, de onderlinge relaties van de gevonden kenmerken worden weergegeven en besproken. De fase van de probleem-analyse van het revalidatie-proces gaat nu over in die van de probleem-oplossing. Een al te rigoureuze schematische opsplitsing in fasen kan onnodig tijdverlies veroorzaken. Men kan besluiten enerzijds reeds te beginnen met de oplossing van bepaalde zich

voordoende deelproblemen (bijvoorbeeld de behandeling van de functie-stoornis) en anderzijds tot een verdere analyse van andere problemen. De onderlinge samenhang van de problemen en van de acties die worden ondernomen, mogen hierbij niet uit het oog worden verloren. De werkwijze wordt daarom in het team besproken en uitgestippeld. Hoofddoel en nevendoelen worden geformuleerd naar de fase waarin de patiënt verkeert.

Het *revalidatieplan* wordt in grote lijnen opgesteld, afgewogen aan de doelstellingen en de verwachtingen (in de zin van prognose). Het plan vertoont twee essentiële kenmerken, enerzijds de behandeling en anderzijds de begeleiding: *cure and care* (WHO, 1976).

Bij de behandeling van de functiestoornissen en van de functionaliteitsdefecten maakt de revalidatie-arts gebruik van verpleegkundige, fysisch- en kinetisch therapeutische middelen, van adaptieve en functievervangende middelen en andere voorzieningen gericht op het beperken van de invaliditeit en het vergroten van de restcapaciteit.

Medisch-curatieve, psychologische, maatschappelijke, onderwijskundige en sociaal-geneeskundige maatregelen gaan hand in hand ter verbetering van het prestatievermogen en het opheffen van de eventuele invoegingsstoornissen. De begeleiding van de patiënt in zijn revalidatie moet door de revalidatie-arts worden gedaan en gecoördineerd.

De voren bedoelde disciplines hebben in deze begeleiding ook hun, mijn inziens nauw omschreven taak, die in onderling overleg wordt uitgevoerd. Teambesprekingen houden de teamleden onderling op de hoogte en geven hen de gelegenheid nadere bijzonderheden ter kennis te brengen, terwijl de arts aan de hand van de gegevens en van controle-onderzoek van de patiënt de verdere fasering van het revalidatieproces leidt. Uit het voorgaande blijkt, dat de taak van de arts als volgt kan worden samengevat:

- medisch onderzoek;
- probleem-oriëntatie en formulering aan de hand van ingewonnen informatie;
- initiëren van een verdere probleem-analyse;
- leiding geven bij deze probleem-analyse en de formulering van de doelstellingen;
- leiding geven van de probleem-oplossing
- het behandelen en doen behandelen binnen het kader van de doelstellingen;
- begeleiding van de patiënt in zijn revalidatie-proces;
- onderhouden van contacten met en coördinatie van de informatie-stroom afkomstig van medische en niet-medische personen en instanties betrokken bij de revalidatie van de patiënt;
- begeleiden, coördineren, afstemmen, leiden en waar nodig bijsturen van het revalidatie-proces.

PATIËNTENPERIKEL

‘Examenpatiënt’

Tegenover mij: een man van 38 jaar, ± 5 jaar geleden geopereerd wegens een hersentumor, welke niet totaal verwijderd kon worden. Hij is nu samen met zijn vrouw op het spreekuur. De man kan niet meer normaal praten. Iedereen in zijn omgeving krijgt een wanhopig gevoel bij deze zielige man met z'n facialis parese, stuntelige motoriek en niet te begrijpen taal. De reden waarom ze vanochtend gekomen is: patiënt's vrouw wil graag dat haar man wordt verteld wat hij heeft. Vroeger dacht ze dat hij het wel wist. Nu echter de taal hen als communicatiemiddel ontglipt, gaat hij agressief reageren als zij laat merken dat ze zich zorgen maakt. Ze begrijpen elkaar niet meer. Voor mij als huisarts zijn dit – vooral emotioneel – moeilijke situaties. Het enige wat ik denk voor deze mensen concreet te kunnen doen is een afspraak maken met een specialist die hem eerder had behandeld en waarin patiënt veel vertrouwen had. Bij telefonisch contact blijkt de bewuste collega langdurig afwezig. De waarnemer wil de man op korte termijn wel zien. ‘Hij kan dan tevens als examenpatiënt dienen’. In verwarring gebracht spreek ik af dat ik nog wel terug zal bellen of het doorgaat.

’s Nachts, wanneer de ongenoegens van overdag mij vaak duidelijk worden, realiseer ik me in welke verschillende werelden wij als medici kunnen leven.

Korte door patiënten geschreven signalen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht bij de redactie van Medisch Contact, Lomanlaan 103, Utrecht.

Over de methode van revalidatie (III)

In het voorgaande artikel werd er op gewezen, dat het kenmerkende van het revalidatie-proces is, dat de activiteiten in een bepaalde relatie, onderlinge samenhang en volgorde plaatsvinden. De revalidatie vertoont alle kenmerken van een organisatie, waarbij mensen en middelen – in een deels volkomen vrijblijvende onderlinge relatie – moeten worden gecoördineerd tot de gezamenlijke doelstelling. Men heeft dan ook te maken met alle elementen waaruit een dergelijke organisatie bestaat.

Het ordenen van zo een systeem vereist inzicht, kennis, vaardigheid en ervaring. Vooral de coördinatie van de mensen en de groeperingen daarvan is een nadere beschouwing waard.

Teamwerk

De arts moet in de revalidatie leiding geven bij probleem-analyse en probleem-oplossing in teamverband. Aan het team nemen de vertegenwoordigers van de bij de revalidatie van de individuele patiënt betrokken disciplines als gesprekpartners deel.

Over de rol van de patiënt hierbij kan verschillend worden gedacht. Naar mijn mening moet de patiënt niet eerder bij de besprekingen worden betrokken dan dat het team duidelijke doelstellingen heeft geformuleerd en geaccepteerd, zodat een duidelijk plan aan de patiënt kan worden voorgelegd.

Teamwerk is niet gemakkelijk en het leiden van een team geen eenvoudige opgave. Het duurt meestal geruime tijd voordat de samenwerkende deskundigen elkaar voldoende begrijpen. De basisfilosofie en de methode van werken moet alle nieuwe

door **B. D. Bangma,**
revalidatie-arts



B. D. Bangma is hoofd van het Instituut Revalidatie van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

medewerkers steeds weer worden geleerd. De teamleden moeten elkaar leren respecteren, moeten elkaars vak en vaardigheden, bewust worden van de grenzen van hun kennen en kunnen. Zij moeten leren en bereid zijn het gemeenschappelijk doel steeds voor ogen te houden. Op de vakgebieden van de bij de revalidatie betrokken disciplines zelf, ga ik hier niet verder in. Teamwerk vraagt een goede en open communicatie, bereidheid en vermogen tot samenwerken (Groen, 1973; Ris, 1974; Lekanne dit Deprez, 1976).

Het is noodzakelijk voor het goed functioneren van een team dat er een hiërarchie van verantwoordelijkheden is, zodat geen competentievaagheden kunnen ontstaan die alleen maar verwarring zouden wekken (Weijel, 1969). Teamwerk vraagt een vaste leiding. De arts die dit teamwerk leidt en coördineert wordt echter bedreigd door een aantal gevaren. Ook hij is

maar een mens en als hij alle levensterreinen van zijn revalidant zou moeten bestrijken, vervalt hij al gauw tot amateuristische psychotherapie of leken-maatschappelijk werk.

Over en weer zal men in beginsel zich tot de eigen taak moeten beperken. Overlapping is dan toch niet te vermijden. Binnen het team echter moeten, in de werkwijze-bepalende-fase, duidelijke afspraken worden gemaakt over de verdeling van de taken en de verantwoordelijkheden en moeten de handelingen van elk van de teamleden aan de doelstellingen worden gerelateerd.

De revalidatie-arts moet het gehele revalidatie-proces begeleiden, dus van het begin tot het einde; steeds is hij de verantwoordelijke man. Niet iedereen is het met deze opvatting eens. Voor mij is het echter niet aanvaardbaar dat de arts de leiding uit handen geeft, omdat de revalidatie gedaan wordt op grond van en op het stramien van de lichamelijke toestand van de patiënt en alleen de arts die lichamelijke toestand voldoende deskundig kan beoordelen.

De gang van zaken in het revalidatie-proces moet immers voortdurend worden afgewogen tegen de aard, de ernst, de prognose en tegen de optredende veranderingen van de ziekte, het ongeval en de gevolgen daarvan. Er moet op verantwoorde wijze voor worden gezorgd, dat sociale (maatschappelijke) reïntegratie hoofddoel van de revalidatie kan zijn, zonder dat geïndiceerde medisch-technische behandelingen worden verzuimd!

De patiënt moet de garantie hebben dat hem de juiste en optimale

behandeling wordt geboden. Juist in de revalidatie-geneeskunde is maximaal biologisch herstel nodig om de functionaliteitsdefecten en de invoegingsstoornissen tot een minimum te beperken. Tenslotte kan onder de vigerende wettelijke voorzieningen alleen de arts de verantwoordelijkheid dragen tegenover de bij de revalidatie betrokken medische instanties. De revalidatie van de lichamelijke gehandicapte is dan ook primair een medisch-klinische aangelegenheid. Welke arts kan nu de leiding van de revalidatie op zich nemen? Vele artsen verkrijgen zich op de schijnbare eenvoud van de revalidatie-geneeskunde en vele artsen lijken niet in revalidatie geïnteresseerd te zijn (Tunbridge 1972). Vele klinisch werkende artsen is de revalidatie-filosofie vreemd, in de revalidatie-technieken zijn zij ook niet opgeleid. Daarom lijkt mij de in medische kringen vaak geponeerde stelling, dat iedere arts de revalidatie van zijn eigen patiënten moet doen, niet houdbaar. Revalidatie-geneeskunde is een

medisch-specialistisch vakgebied met eigen kenmerken. Het verdient daarom de voorkeur, dat de arts die de revalidatie leidt, op dat gebied gespecialiseerd is. Dit neemt niet weg, dat huisartsen en klinische specialisten de leiding van de minder complexe revalidatie aan zich kunnen houden, maar zij moeten zich dan wel enigermate in de revalidatie hebben bekwaamd en zich in de theoretische en praktische achtergronden van de revalidatie hebben verdiept. Het is daarom nodig, dat de artsen in opleiding en in post-graduate courses onderwijs krijgen in de revalidatie. Als hulpmiddel bij de bewustwording van de systematiek van de omschreven methode hebben wij geprobeerd een eenvoudige heuristiek van het revalidatie-geneeskundig-probleem-oplossen samen te stellen. In bijgaand overzicht wordt de gang van zaken schematisch weergegeven (schema).

1. Beschrijving van het geval, inventarisering van de data
Voor een belangrijk deel stoelt deze beschrijving op de gangbare medische

procedure, dat wil zeggen anamnese, onderzoek en informatie inwinning. De anamnese zal behalve op de aandoening, de klachten en symptomen, op de nevenaandoeningen en de tevoren doorgemaakte ziekten en ingrepen ook gericht zijn op het functioneren van betrokkene én op zijn wensen en verwachtingen.

2. Beoordeling van de situatie respectievelijk de toestand van de patiënt

– vaststellen van de diagnose, van de functiestoornissen en van de algemene conditie; vaststellen van de somatische prognose;
– anamnestic opsporen van de probleemgebieden van functioneren welke het gevolg zijn van de functiestoornis.

3. Vertalen van anamnestiche en medische onderzoeksgegevens in termen van mogelijkheden en onmogelijkheden met betrekking tot het functioneren van de patiënt
Deze procedure zou men de revalidatie-kwalificatie kunnen

Schematische voorstelling van medische handelingsprocedure in de Revalidatie

1.1. Anamnese	
1.2. Oriëntatie: <i>A.D.L./maatschappelijke omstandigheden/psychologische aspecten/communicatieve aspecten/subjectieve verwachtingen</i>	
1.3. Medisch lichamelijk onderzoek: <i>Algemeen en Specieel</i>	
2. Eerste conclusie: <i>diagnose/functie-diagnose/prognose/vaststelling subjectieve probleemgebieden</i>	
3. Functionaliteitskwalificatie: <i>overweging van mogelijkheden (verwachting)</i>	
4. Handelingsbeslissing: <i>formulering van primaire doelstellingen:</i>	
4.1. <i>geen actie nodig</i>	
4.2. <i>nader medisch onderzoek</i>	
4.3. <i>behandeling</i>	
4.4. <i>en/of observatie verloop</i>	
4.5. <i>initieren van revalidatie procedure</i>	PROBLEEMANALYSE & ORIENTATIE
5. <i>Initiëren van nadere evaluatie (Samenstelling van revalidatie-team)</i>	
6. <i>Afwegen/beoordelen van evaluatie-gegevens (teambespreking)</i> <i>Controle van voorlopige functionaliteitskwalificatie</i>	
7. <i>Herbeoordeling probleemgebieden en functionaliteitskwalificatie</i>	
8. <i>Prognosebepaling (Beoordeling verondersteld einddoel)</i>	
9. <i>Formulering doelstellingen van revalidatie/Afwegen van alternatieven</i>	PROBLEEMSTELLING SYNTHESE
10. <i>Opstellen van het revalidatie(actie)plan (Teamoverleg)</i>	
11.1 <i>Coördinatie/afstemming/fasering</i>	
11.2 <i>Realisatie actieplan: – behandeling – observatie – begeleiding – communicatie (extramuraal)</i>	
12. <i>Follow-up – controle somatische eindtoestand</i> – <i>bijsturing actieplan</i> – <i>teamoverleg</i> – <i>overleg extramuraal</i>	PROBLEEMOPLOSSING
13. <i>Afsluiting/terugverwijzing</i>	

noemen. De kwalificatie is een voorlopige, omdat de prognose 'nooit' zeker is, men gaat af op een interpretatie van de gevonden data zonder de achtergronden en de genese (van het disfunctioneren) voldoende te kennen. De oordeelsvorming wat betreft het functioneren van de patiënt berust nog voornamelijk op veronderstellingen.

4. *Formuleren van de handelingsbeslissing*

In beginsel zijn er vier mogelijkheden:

1. er is geen actie nodig of gewenst;
 2. voordat men beslissen kan is verder medisch onderzoek nodig.
 - 3/4. een behandeling is geïndiceerd, de functiestoornissen kunnen daardoor zodanig veranderen dat de functionaliteitsdefecten worden opgeheven;
 5. er bestaat een indicatie voor revalidatie en de procedure wordt in gang gezet;
- In de gevallen dat tot revalidatie wordt besloten gaat de procedure verder:

5. Op grond van de verkregen data en de voorlopige kwalificatie wordt het verdere onderzoek (*evaluatie*) geïnitieerd en het onderzoekteam samengesteld naar behoefte aan deskundigheid (bijvoorbeeld maatschappelijk werk, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie en psychologie).

6. De aanvullende data worden verzameld en geëvalueerd in een gezamenlijke bespreking. Er vindt *controle* plaats van de uitbreiding van kennis en inzicht verkregen door de toegevoegde data. Er moet nu worden teruggegaan naar het begin van de procedure, naar de feiten uit onderzoek verkregen en worden bekeken of wel aan alle voorwaarden van de probleem-analyse werd voldaan.

7. *Vaststellen van de afloop*

- de reëel bestaande problematiek wordt afgewogen aan de gegevens die nu ter beschikking staan (onderzoek, oriëntatie en functietests, rapportering over bestaansinhoud, psychologische gegevens, toepassing van bestaande sociale wetsregels enz.);
- het vaststellen van de revalidatie-prognose.

8. *Toetsing* van de veronderstelde eindafloop aan de hand van de

alternatieve vertalingen van de gevonden en verkregen data. Er moet in deze fase worden bepaald of de veronderstelde eindafloop acceptabel en te realiseren is.

9. *Formulering van de doelstellingen* van zowel hoofd- als deeldoelen.

10. *Het opstellen van het revalidatie-plan*: het actieplan voor het team op grond van de analyse door het team gedaan en de geformuleerde doelstellingen.

11. *Het vaststellen van de werkwijze* (eventueel ook van de toe te passen technieken) en *van de fasering* van de uitwerking.

12. *De follow-up*

Door regelmatige controle van en overleg met de patiënt en tijdens de tussentijdse teambesprekingen vindt voortdurend een herhaling van de geschilderde denk- en handelingsprocedure plaats (zie punt 6.). De extramurale personen, instanties en organen krijgen een steeds grotere invloed op het proces.

13. *Afsluiting en terugverwijzing*

Het afsluiten van de revalidatie-procedure is niet steeds een eenvoudige zaak. Niet alle subdoelen kunnen gelijktijdig tot een goed einde worden gebracht. De realisatie ervan door extramurale instanties laat soms lang op zich wachten en vergt voortdurende toetsing aan de doelen gesteld door het revalidatieteam. Bij progressieve ziekten is veelvuldige aanpassing van de doelstellingen noodzakelijk. Goed overleg met huisarts en patiënt zal in deze gevallen de oplossing geven.

Achtereenvolgens heeft men de volgende fasen doorlopen: probleem-oriëntering, probleem-analyse, probleem-stelling, synthese en planning, werkwijze-bepaling en is men daarmee in de fase van probleem-oplossing gekomen. Bij het opstellen van deze handelingsprocedure werd de arts als voorbeeld genomen – in beginsel zijn dergelijke procedures ook op te stellen voor de handelingen van de andere bij de revalidatie betrokken werkers. De arts die de revalidatie leidt moet over voldoende kennis van de vakgebieden van de bijdragende disciplines beschikken, wil hij de

heuristische procedures daarvan kunnen begrijpen en integreren in de totale handelingsprocedure. Er is dus steeds van uitgegaan dat de (revalidatie)-arts de beslissing tot in gang zetten van de revalidatie-procedure neemt en dat hij het revalidatie-team selecteert op grond van de verkregen gegevens van onderzoek en de voorlopige kwalificatie (Bangma, 1971). Het nauwlettend volgen van de streng systematische opzet vermijdt mogelijke omissies en fouten. Er zijn ook andere mogelijkheden denkbaar. Vaak zijn ze zeer plaatsgebonden. In sommige revalidatie-centra is het bijvoorbeeld gebruikelijk elke patiënt door het gehele revalidatie-team te laten onderzoeken. Dit is veelal mogelijk omdat er dan al vaak een voorselectie werd gemaakt door de huisarts, de specialist of door het centrum zelf. In de algemene praktijk, het eerste echelon, en in het algemeen ziekenhuis zal een bepaalde voorselectie moeten plaatsvinden om nodeloos, zinloos en dus verspillend onderzoek te vermijden (Vrij, 1975). In het slotartikel zal een voorbeeld worden gegeven van een zogenaamd 'probleem-gericht revalidatie-profiel' aan de hand waarvan een dergelijke voorselectie zal worden gemaakt.

Organisatie, voorlichting en opleidingen

Inleiding

De sportgeneeskunde heeft zich de laatste jaren op een dusdanige wijze ontwikkeld, dat in toenemende mate behoefte ontstond aan een professionele organisatorische en administratieve begeleiding. Vooral het in 1975 – ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van de Vereniging voor Sportgeneeskunde – gehouden congres zorgde voor een sneeuwbal effect, waarvan de consequenties dermate groot waren, dat ondersteuning door een goed functionerend bureauapparaat van levensbelang werd. In deze situatie troffen de Vereniging voor Sportgeneeskunde en de Federatie van Bureaux voor Medische Sportkeuring in Nederland elkaar in gelijke belangen, hetgeen tot gevolg had dat werd besloten te komen tot een gezamenlijk bureau. Door subsidiegelden van de Stichting de Nationale Sporttotalisator en het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk werd realisering hiervan financieel mogelijk gemaakt. Het bureauapparaat werd ondergebracht in een aparte stichting 'Stichting Bureau Sportgeneeskundige Aangelegenheden' (BSGA) met in het bestuur van beide participerende organisaties twee bestuursleden onder leiding van een van partijen onafhankelijke voorzitter. Huisvesting voor het bureau werd gevonden in Soest, waar van de gemeente een etage gehuurd kon worden. Dit bureau heeft zich inmiddels ontwikkeld tot het centrale punt van de sportgezondheidszorg in Nederland van waaruit de activiteiten van de federatie en de vereniging worden georganiseerd, begeleid en

door A. Vermeulen



De heer Vermeulen is sinds begin 1976 directeur van de Stichting Bureau Sportgeneeskundige Aangelegenheden en daarmee als eerste in Nederland full-time administratief en organisatorisch werkzaam ten dienste van de sportgezondheidszorg.

zoveel mogelijk gecoördineerd. Als neveneffect ontstaat het beeld dat beide initiatiefnemende organisaties door de gezamenlijke belangen in het administratief apparaat ook op andere terreinen tot een nauwere samenwerking geraken die wellicht in de toekomst kan leiden tot een volledige samensmelting. De wederzijdse twee-hoofdige vertegenwoordiging in elkaars besturen kan derhalve eveneens in dit licht worden gezien.

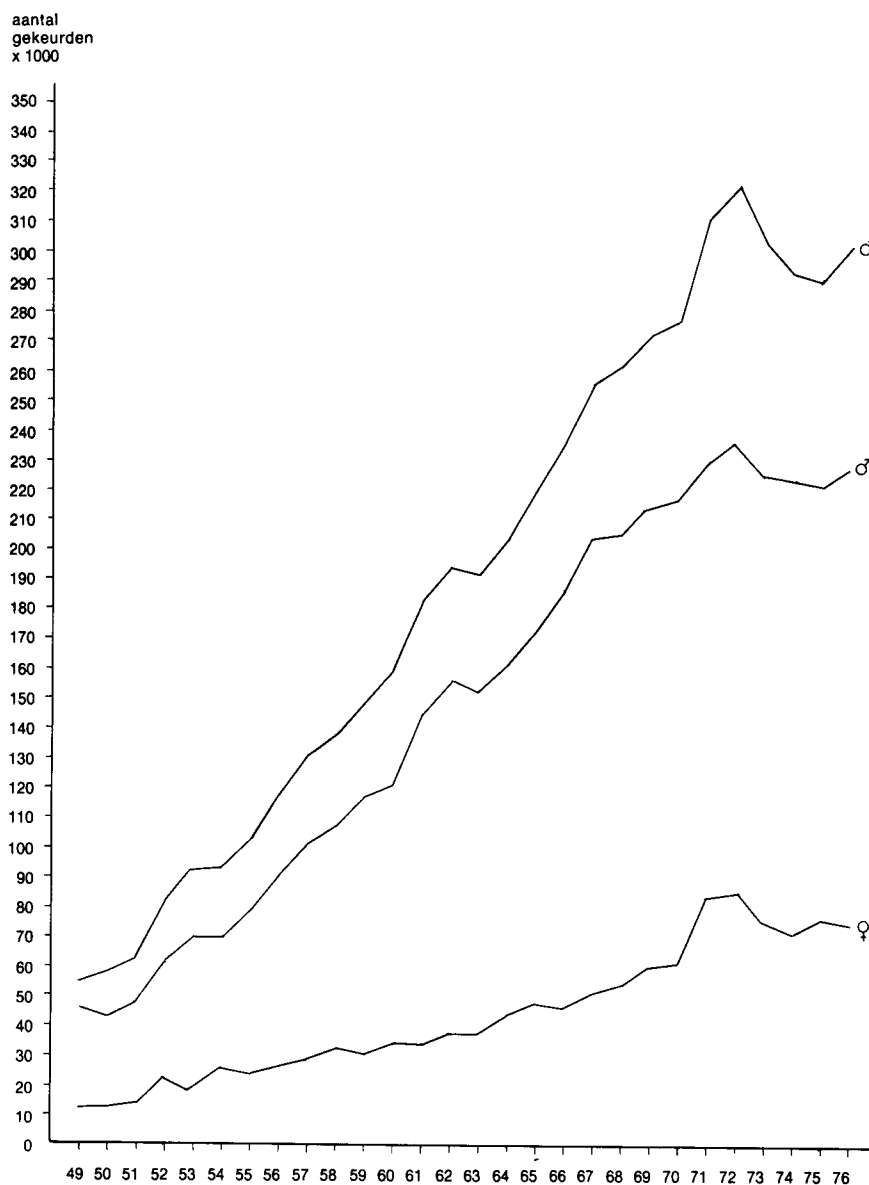
De Federatie van Bureaux voor Medische Sportkeuring in Nederland

De federatie, in 1930 opgericht op initiatief van Prof. Dr. J. G. Sleeswijk, is de oudste organisatie op het gebied van de sportgezondheidszorg en wordt geleid door een bestuur waarin o.a. vertegenwoordigers van de

provinciale afdelingen zitting hebben. Deze provinciale vertegenwoordigers hebben tot taak de wederzijdse communicatie tussen het landelijke bestuur en de bureaus te optimaliseren.

Aanvankelijk was de federatie de overkoepeling van een tiental reeds eerder opgerichte sportkeuringsbureaus, waarvan dat in Den Haag – in 1927 eveneens door Prof. Dr. J. G. Sleeswijk opgericht – het eerste bureau in het land was. Thans zijn 221 bureaus verspreid over het gehele land bij de federatie aangesloten en werden er in 1976 304.761 keuringen verricht. Bij deze keuringen waren 1.447 artsen en een veelvoud van dit aantal aan hulpkrachten betrokken. De ontwikkeling van het aantal keuringen sinds 1949 is afleesbaar uit onderstaande grafiek, waarbij opvalt dat de verhouding tussen de aantallen mannelijke en vrouwelijke kandidaten sinds dit jaar slechts aan vrij geringe verschillen onderhevig is (*Afbeelding 1* op de volgende blz.). Om praktische redenen dient het onderzoek in een kort tijdsbestek te worden verricht en in die korte tijd een maximum aan gegevens te verstrekken, nodig voor een verantwoorde beoordeling. Met inschakeling van voldoende administratief en medisch geschoold hulppersoneel kan – volgens de medische commissie van de federatie – dit onderzoek in 10 à 15 minuten geschieden. Tevens wordt voorgeschreven dat door de arts nooit langer dan twee uur achtereen mag worden gekeurd. Dit stelt veel bureaus voor organisatorische problemen, daar het aanbod van kandidaten – vooral aan het begin van het sportseizoen – erg

Afbeelding 1. Het aantal keuringen naar mannen en vrouwen sinds 1949



groot is. De oplossing hiervoor kan eventueel komen uit de verdergaande medewerking van de artsen voor jeugdgezondheidszorg, die sinds 1974 in het kader van het schoolgeneeskundig onderzoek medewerking verlenen aan de sportadvisering voor jeugdigen. In de leeftijdscategorie die onder controle van deze jeugdartsen valt werden in 1976 ruim 100.000 keuringen door de sportkeuringsbureaus verricht die in de ideale situatie alle door de jeugdartsen ook sportmedisch kunnen worden geadviseerd. Teneinde te bevorderen dat de keuringen op de bureaus zo veel mogelijk eenvormig zijn wordt door de federatie het gebruik van uniforme

formulieren voor de anamnese voorgeschreven, terwijl een handleiding wordt uitgegeven als leidraad bij het geneeskundig onderzoek. Het opstellen van een dergelijke handleiding is een onderdeel van de omvangrijke taak van de medische commissie van de federatie waarin – wellicht vooruitlopend op wenselijke ontwikkelingen – naast de federatie en de Vereniging voor Sportgeneeskunde eveneens leden namens de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde zitting hebben. Het bestuur van de federatie is –

volgens het huishoudelijk reglement – verplicht bij geneeskundige kwesties het nemen van maatregelen of het doen van voorstellen van medische aard, vooraf advies in te winnen van deze commissie. Daarnaast fungeert de medische commissie eveneens als commissie van beroep. De inzet van de federatie heeft er in de loop der jaren voor gezorgd dat de medische sportkeuring als een verworvenheid wordt beschouwd, die niet meer weg te denken valt. Op de wijze waarop dit in ons land geschiedt betekent dit in de wereld zelfs een unieke zaak.

De toekomst van de federatie

In zijn nota 'Perspectief van de Medische Sportkeuring', uitgebracht tijdens de algemene jaarvergadering in 1976 stelde de voorzitter van de Federatie Dr. J. Jongh: 'Meer en meer zullen wij ons waar moeten kunnen maken, want ons werk zal steeds meer terecht kritisch worden beoordeeld. Dit betekent in concreto dat ons werk een rechtvaardige kritische beoordeling moet kunnen doorstaan. Met andere woorden, wij zullen moeten kunnen waarmaken dat onze (deels bindende) medische adviezen voor de recreatieve sportbeoefening berusten op een verantwoord medisch onderzoek, op kennis van zaken en een hieruit resulterend weloverwogen medisch advies. Dit voert tot een grondige bezinning op onze taakuitvoering'.

Deze gedachte – gesteund door de door het Sociologisch Instituut van de Rijksuniversiteit Utrecht in datzelfde jaar uitgebrachte nota 'Onderzoekswensen op Sportgebied', waarin aan een onderzoek naar de zin en waarde (validiteit en betrouwbaarheid) van de huidige sportkeuring hoge prioriteit werd gegeven – heeft er toe geleid dat in 1977 aan de Werkgroep Fysiologie en Pathofysiologie van het menselijk bewegen van de Universiteit van Amsterdam opdracht werd gegeven een onderzoek in te stellen teneinde te trachten uit de resultaten hiervan duidelijke richtlijnen te krijgen voor een toekomstig beleid. Dit onderzoek zal bestaan uit de volgende vier fases:

1. formulering van doelstellingen van medische sportkeuring;
2. realisering van doelstellingen in een medisch programma;
3. formulering van een takenpakket;

4. evaluering van de medische sportkeuring nieuwe stijl.

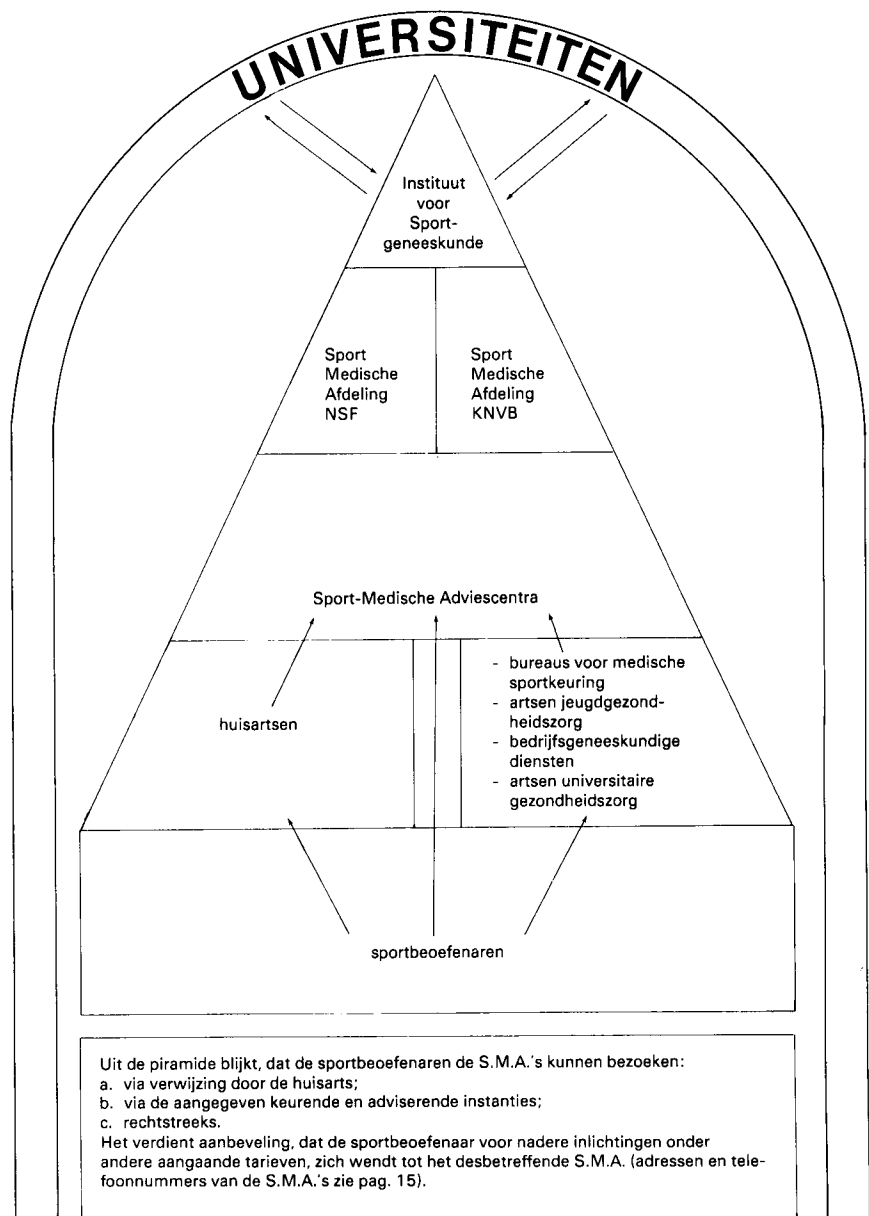
Met fase 1 werd in augustus 1977 gestart, terwijl het in de bedoeling ligt het eindrapport vóór het 50-jarig bestaan van de federatie in 1980 uit te brengen. Bij een dergelijke mijlpaal in het bestaan van een organisatie is het goed terug te kijken op wat is bereikt, hetgeen ook zeker met een terechte trots zal gebeuren. Dat eveneens een blik op de toekomst gericht wordt om te zien of het beter kan en hoe dat dan te gebeuren is een teken van volwassenheid die de wijsheid van zelfkritiek in zich heeft.

De Vereniging voor Sportgeneeskunde

De Vereniging voor Sportgeneeskunde werd opgericht in 1965 met als doelstelling het bevorderen van de sportgeneeskunde in de ruimste zin. Leden kunnen zijn personen die de bevoegdheid bezitten tot uitoefening van de geneeskunde en die een door de vereniging erkende cursus sportgeneeskunde of een gelijkwaardige opleiding hebben gevolgd. Daarnaast kent de vereniging ook buitengewone leden. Dit zijn personen van wie verwacht kan worden dat zij op wetenschappelijk niveau in belangrijke mate zullen bijdragen aan de verwezenlijking van het doel der vereniging. De vereniging telt momenteel bijna 300 leden, waarvan het merendeel de door de vereniging georganiseerde applicatiecursus sportgeneeskunde heeft gevolgd; zij is aangesloten bij de internationale sportartsenorganisatie Federation Internationale Medicin Sportive (FIMS).

Gestreefd wordt in het negen leden tellende bestuur zoveel mogelijk voor de sportgeneeskunde belangrijke disciplines te doen vertegenwoordigen, daar – zo men al van een specialisme sportgeneeskunde mag praten – dit wortelt in een aantal andere specialismes. Bij het 10-jarig bestaan van de vereniging in 1975 werd een beleidsplan gepresenteerd, waarin werd gekozen voor een trapsgewijze opbouw van de sportmedische voorzieningen zoals aangegeven in de onderstaande pyramide (Afbeelding 2). In afbeelding 3 (zie volgende bladzijde) wordt aangegeven welke werkzaamheden en taken door de diverse instanties moeten kunnen

Afbeelding 2. Trapsgewijze opbouw van sportmedische voorzieningen



worden verricht. De vereniging heeft met grote krachtsinspanning geijverd uitvoering te geven aan de voorgestelde voorzieningen, uitgezonderd de werkzaamheden van de sportkeuringsbureaus, daar dit met name de verantwoordelijkheid van de Federatie is.

De Sport Medische Adviescentra

De opbouw van een landelijk net van Sport Medische Adviescentra (SMA) vordert snel (afbeelding 4). Een goede communicatie tussen de reeds

functionerende SMA's wordt gewaarborgd door een regelmatige overlegsituatie, de zogenaamde Beleidsgroep SMA, waarin het te voeren beleid steeds aan de praktijk kan worden getoetst. Door deze beleidsgroep SMA is een Stuurgroep SMA opgericht, waarin vertegenwoordigers van de beleidsgroep SMA, de Vereniging voor Sportgeneeskunde, de Federatie van Bureaux voor Medische Sportkeuring in Nederland en de voorzitter van de Erkenningcommissie SMA zitting hebben, terwijl het ministerie van

Afbeelding 3. De werkzaamheden en taken die door de diverse instanties moeten kunnen worden verricht

te verrichten werkzaamheden	Instanties					
	huisartsen	schoolartsen	sportkruisbureaus	sportmedische adviescentra	sportmedische afdelingen	interuniversitair instituut
algemene anamnese	x	x	x	x	x	
sport/inspanningsanamnese		x	x	x	x	
algemeen fysisch onderzoek	x	x	x	x	x	
functioneel onderzoek						
houdings- en bewegingsapparaat	x	x	x	x	x	
eenvoudige inspanningsproef	x		x	x	x	
uitgebreide inspanningsproef				x	x	x
eenvoudig anthropometrie	x	x	x	x	x	
uitgebreide anthropometrie					x	x
uitgebreide conditiebepaling				x	x	x
behandeling sporttraumata	x		x	x	x	
algemene sportadvisering	x	x	x	x	x	
sportspecifieke advisering				x	x	x
directe medische begeleiding	x		x	x		
voorlichting	x	x	x	x	x	x
onderwijs					x	x
opleiding					x	x
toegepast wetenschappelijk onderzoek					x	x
basaal wetenschappelijk onderzoek						x

Volksgezondheid en Milieuhygiëne een toevoerder heeft benoemd. De stuurgroep heeft tot taak de coördinatie van:

a. realisering van de oprichting van SMA's in landelijk verband, rekening houdende met geografische spreiding, sportdichtheid, bevolkingsdichtheid en structuur van de gezondheidszorg;

b. de kwaliteitsbewaking.

Een erkenningscommissie beoordeelt of een SMA voldoet aan de erkenningseisen die naast minimeisen inzake taakstelling, personeelsvoorziening, huisvesting en apparatuur ook eisen stelt aan bestuursvorm, rechtspersoonlijkheid en tariefstelling, terwijl de door de erkenningscommissie ingestelde visitatiecommissie een kwaliteitscontrole uitvoert. Samenwerking op provinciaal niveau tussen SMA's wordt door de vereniging zoveel mogelijk gestimuleerd en begeleid, waartoe provinciale vertegenwoordigers zijn benoemd. Door verkregen subsidies van de Stichting de Nationale Sporttotalisator is het de vereniging mogelijk de erkende SMA's een eenmalige startsubsidie en een jaarlijkse subsidie ten behoeve van

centrale registratie en coördinatie te verlenen.

Sportmedische afdelingen

De sportmedische afdelingen van de Nederlandse Sport Federatie te Papendal en van de Koninklijke Nederlandse Voetbal Bond te Zeist vervullen eveneens een regionale functie als Sport Medisch Adviescentrum, terwijl zij volgens het beleidsplan van de vereniging deel dienen uit te maken van een (universitair) instituut voor sportgeneeskunde, waarbij zij daarbij zullen moeten functioneren als praktijkcentra voor onderwijs, opleiding en toegepast wetenschappelijk onderzoek.

Een goede samenwerking tussen beide afdelingen en coördinatie van de activiteiten wordt daarbij door de vereniging zoveel mogelijk gestimuleerd in regelmatige overlegsituaties.

Voorlichting

Mede in verband met de groeiende belangstelling voor de sportgezondheidszorg is er behoefte aan voorlichting. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in twee doelgroepen, namelijk: – artsen, fysiotherapeuten en overige para-medisch geïnteresseerden; – sportbeoefenaren, trainers, coaches, besturen en overheden. Middels het tweemaandelijks



Afbeelding 4. Het landelijk net van Sport Medische Adviescentra

tijdschrift 'Geneeskunde en Sport' wordt enerzijds wetenschappelijke voorlichting gegeven welke vooral gericht is op artsen en de para-medici, terwijl hierin eveneens artikelen worden opgenomen welke vooral gericht is op artsen en de para-medici, terwijl hierin eveneens artikelen worden opgenomen welke voor de tweede doelgroep nuttige informatie geven.

De beleidsnota 'Sport Medisch Adviescentrum' (nr. 4, 9e jaargang 1976), waarin wordt aangegeven welke taak en functie een SMA heeft hoe de organisatorische opzet moet zijn, welke werkzaamheden zullen worden verricht en aan welke eisen dient te worden voldaan om voor erkenning in aanmerking te komen, was gericht op beide doelgroepen. Regelmatig wordt in zogenaamde themanummers een bepaald onderwerp uitgediept en van verschillende kanten benaderd. Recente themanummers waren o.a. gewijd aan anabole steroïden, skiën psychologie in de sport.

Themanummers over zwemmen en overtraining zijn momenteel in voorbereiding. De redactieraad, geruggesteund door een wetenschappelijke adviesraad, tracht met succes de kwalitatieve inhoud op een verantwoord niveau te houden. Gezien de grote vraag naar gerichte informatie, hetgeen tot uitdrukking komt in het gestaag groeiende aantal abonnees, ligt het in de bedoeling binnen een à twee jaar te komen tot een maandelijkse uitgave.

Het blad heeft eveneens een functie voor de federatie en de vereniging als communicatiekanaal met de bureaus en de leden voor organisatorische mededelingen. Daarnaast worden door de Vereniging voor Sportgeneeskunde zogenaamde informatiebulletins uitgegeven, waarin de leden in beknopte vorm over een veelheid van onderwerpen worden geïnformeerd. De federatie geeft een handleiding uit als leidraad bij het geneeskundig onderzoek. De laatste handleiding verscheen in april 1977 onder de titel 'Voorlopige handleiding bij het preventief geneeskundig onderzoek voor sportbeoefening'. Hiermede stapte de medische commissie af van het woord 'keuring', daar zij van mening was dat dit woord teveel de indruk geeft dat het geneeskundig onderzoek voor sport bedoeld zou zijn

Afbeelding 5. Voorlichting via een posterkrant



om via afkeuring te voorkomen dat voor iemand met een verborgen afwijking sportbeoefening een ernstig c.q. dodelijke afloop zou hebben. Naast deze handleiding, die als basis moet worden beschouwd voor het periodiek geneeskundig onderzoek voor recreatieve sportbeoefenaren en algemene wedstrijdporters van 12 tot 35 jaar, is voor de jeugdartsen een concept-handleiding in bewerking, terwijl voor geneeskundig onderzoek voor sportbeoefenaren boven de 35 jaar of bij bijzondere vraagstellingen gebruik kan worden gemaakt van afzonderlijke richtlijnen. Als bijzondere vorm van voorlichting

kunnen de contacten met de sub-commissie sportmedische begeleiding van de interdepartementale werkgroep voor aangelegenheden op het gebied van lichamelijke vorming en sport worden gezien. Tijdens een aantal besprekingen werden de leden van deze sub-commissie uitvoerig geïnformeerd over doelstellingen, beleidsplan en de uitwerking hiervan, activiteiten enz. van de vereniging en de federatie. De neerslag van deze informatie wordt – naar mag worden verwacht – teruggevonden in het door deze sub-commissie uit te brengen rapport.

Op grote schaal werden ruim 180.000 posters 'Beweeg, maar beweeg verstandig' verspreid (*afbeelding 5*). Deze poster die vooral op de tweede doelgroep was gericht geeft aan de achterzijde uitgebreide informatie over onderwerpen als 'wie moet bewegen?', 'hoe kan je bewegen als je gaat bewegen?' terwijl eveneens adviezen worden gegeven over voeding, voorkomen van blessures, conditie enz. Voor belangstellenden zijn exemplaren van deze poster nog te verkrijgen bij het bureau BSGA, Postbus 344 te Soest.

Door middel van de in 1973 ingestelde 'Prijs voor Sportgeneeskunde', waartoe de gelden door een industrieel bedrijf in Nederland ter beschikking worden gesteld, wordt getracht het onderzoek op het gebied van de sportgezondheidszorg in de ruimste zin te stimuleren. In 1976 werd deze prijs waaraan een geldbedrag is verbonden door de jury, waarvan de leden allen actief de sportgeneeskunde beoefenen, toegekend aan Dr. J. A. Vos voor zijn studie over statische en dynamische krachtmetingen.

Ook aan sportbonden werd – veelal op verzoek – voorlichting gegeven over de specifieke medische aspecten van de betreffende sport in de vorm van voordrachten voor kader enz., terwijl eveneens de leden van de Vereniging voor Sportgeneeskunde zich voor een aantal takken van sport hebben ingezet om van bijzondere vraagstellingen een studie te maken. Door het bureau BSGA wordt een bibliotheek opgebouwd van sportmedisch gerichte literatuur, terwijl dit bureau is geabonneerd op een groot aantal buitenlandse sportmedische tijdschriften. De artikelen uit deze tijdschriften worden op aanvraag aan de leden van de vereniging gratis ter beschikking gesteld, terwijl van andere geïnteresseerden een bijdrage in de kosten wordt gevraagd. Ook de Nederlandse Sport Federatie beschikt eveneens over een uitgebreide bibliotheek waarin een groot aantal titels de sportgeneeskunde betreffende beschikbaar is.

Dat de voorlichting aan artsen en leden over de sportgeneeskunde wellicht in het verleden op te beperkte schaal is gebeurd moge blijken uit een in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde van september 1934 opgenomen verslag van de eerste Sportartsendag, gehouden op 9

december 1933, waaruit uit de inleiding van Dr. Meurer, voorzitter van het Amsterdamsch Sportkeuringsbureau, het volgende citaat is gelicht: 'Het was voor ons medici natuurlijk reeds lang een axioma, dat men als eisch moest stellen: 'doe niet aan sport, alvorens gij niet de zekerheid hebt verkregen dat dit niet nadelig voor u zal zijn' en langzamerhand drong deze stelling ook bij den leek door'.

Opleidingen

Waar de Vereniging voor Sportgeneeskunde de mening uitdraagt dat sportbeoefening – op welk niveau ook – zonder goed georganiseerde medische begeleiding een onverantwoorde zaak is, zal het duidelijk zijn dat het haar er alles aan is gelegen de opleiding van de beoefenaren van de sportgeneeskunde te bevorderen, daar voor een goede medische begeleiding in ieder geval kennis van de specifieke materie onontbeerlijk is. Hiertoe wordt een applicatiecursus sportgeneeskunde georganiseerd.

De stof van deze cursus die zeventig uur omvat bestaat uit vier hoofdthema's te weten: inspanningsfysiologie, cardiologie, traumatologie en algemene sportgeneeskunde, aangevuld met inleidingen over onderwerpen als sport voor gehandicapten, trainingsvormen, doping, problemen van de huisarts met de sportbeoefenaar, enz. Ondanks het feit dat in 1977 twee parallelcursussen werden georganiseerd, was de belangstelling hiervoor dermate groot dat een groot aantal gegadigden moest worden afgewezen. Nadere informatie over deze cursus door toezending van een volledig programma wordt gaarne verstrekt door het bureau BSGA. Voor de deelnemers staat na het volgen van deze cursus het lidmaatschap van de Vereniging voor Sportgeneeskunde open, waarvan de laatste jaren praktisch alle cursisten gebruik hebben gemaakt.

Door de Vereniging worden ook regelmatig na- en bijscholingsdagen en -weekenden georganiseerd, waarbij aan een specifiek onderwerp aandacht wordt geschonken. In 1977 namen ruim honderd leden deel aan een weekend over de medicamenteuze therapie in de sporttraumatologie.

Door de Federatie worden al sinds 1933 de zogenaamde Open Sportartsendagen georganiseerd, aan de organisatie waarvan sinds 1965 eveneens de Vereniging voor Sportgeneeskunde deelneemt. Waren deze dagen aanvankelijk gericht op bijscholing van de bureau-artsen, met name na 1965 werden onderdelen van het programma in veel gevallen ook gericht op para-medici. Sinds 1974 worden in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg en de Geneeskundige Hoofdspectie afdeling Jeugdgezondheidszorg van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne door de federatie de studiedagen sportadvisering door jeugdartsen georganiseerd, als gevolg van de toenemende behoefte van de jeugdartsen aan bijscholing ten behoeve van de sportadvisering. Tijdens deze studiedagen worden steeds takken van sport vanuit een aantal invalshoeken benaderd, waardoor verband kan worden gelegd tussen de specifieke problematiek hiervan en de daaruit naar voren komende consequenties ten aanzien van de medische advisering en begeleiding. De belangstelling van de zijde van de jeugdartsen voor deze dagen is dermate groot dat de inschrijving ruim wordt overtekend. Overwogen wordt voor de leden van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs geneeskunde eveneens dergelijke studiedagen te gaan organiseren of wel te komen tot gezamenlijke studiedagen.

Stichting Opleiding Sportartsen

Op initiatief van de Vereniging voor Sportgeneeskunde is de Stichting Opleiding Sportartsen opgericht. Deze Stichting stelt zich ten doel:

- a. een opleiding op universitair of vergelijkbaar niveau van artsen tot sportgeneeskundigen en het (doen) bijscholen en verder bekwamen van artsen op het terrein van de sportgeneeskunde;
- b. het (doen) bepalen van de inhoud van en het (doen) houden van toezicht op de opleiding, bijscholing en bekwaming als bedoeld onder sub. a.

Het bestuur van deze Stichting is samengesteld uit vertegenwoordigers van: de Vereniging voor Sportgeneeskunde (2); de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot

bevordering der Geneeskunst; de Nederlandse Hartstichting; de Nederlandse Sport Federatie; de Koninklijke Nederlandse Voetbal Bond. Het Bestuur wordt bijgestaan door een concilium van deskundigen, bestaande uit de hoofden van de vier opleidingscommissies te weten: cardiologie, fysiologie, traumatologie en algemene sportgeneeskunde. Door middel van een subsidie van de Nederlandse Hartstichting kon in 1976 een arts in staat worden gesteld een opleiding te starten, terwijl eind 1977 een tweede arts zijn opleiding kon aanvangen gefinancierd uit hiertoe ontvangen subsidiegelden van de Stichting de Nationale Sporttotalisator. Deze artsen zullen na hun opleiding op deskundige wijze aan het geheel van de sportgeneeskunde mede leiding kunnen geven.

Tenslotte

De organisatie en administratie van de hiervoor geschetste activiteiten wordt door het Bureau Sportgeneeskundige Aangelegenheden verzorgd. De uitbouw van activiteiten welke voor een groot deel op specifiek medisch terrein liggen dwingen het bestuur te zoeken naar de financiële mogelijkheden over te gaan tot het aantrekken van medisch geschoolde mankracht op het bureau. Voorbereidende besprekingen hierover zijn reeds gestart. Indien ook in deze behoefte zal zijn voorzien, kan met recht worden gesproken van een Bureau Sportgeneeskundige Aangelegenheden, een bureau dat in staat is functioneel te opereren ten dienste van de sportgezondheidszorg in Nederland vanuit twee invalshoeken, de medische en de administratief/organisatorische.

Literatuur

1. Geneeskunde en Sport 8 (1975) nr. 3, Themanummer 'De toekomst van de sportgeneeskunde'.
2. Sportkeuring, Prof. Dr. J. Jongbloed 1952, Federatie.
3. De medische sportkeuring in 1976, 1977, Federatie.
4. Voorlopige Handleiding bij het Preventief Geneeskundig onderzoek voor Sportbeoefening 1977, Federatie.

Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1977

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

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



Aangepaste naaldbanden

Uiteraard blijven beschikbaar de al eerder aan het grotere MC-formaat aangepaste naaldbanden, waarin telkens 26 nummers van een lopende jaargang van Medisch Contact op simpele wijze kunnen worden gebundeld. Wil men gedurende de gehele jaargang de successievelijk binnenkomende nummers samenbundelen dan zal men over twee naaldbanden dienen te beschikken.

Ook deze naaldbanden kunnen worden besteld door overmaking van f 27,50 per stuk (incl. BTW) per postgiro op rekeningnummer 5 80 83 van de KNMG onder vermelding van: 'Naaldbanden MC'.

5. Advies inzake medische sportbegeleiding, Volksgezondheid, Verslagen en rapporten nr. 31 (1972).

6. De Toekomst van de Medische Sportkeuring, 1968, Federatie.

7. Onderzoekswensen op sportgebied, (1976) H. A. A. J. Jacobs, T. J. Kamphorst, Sociologisch Instituut van de Rijksuniversiteit te Utrecht.

8. Geneeskunde en Sport 9 (1976) nr. 4, Themanummer 'Het SMA.'

9. Medische begeleiding in de sport, Dr. W. L. Mosterd, (1977) 3e druk.

10. Sport '70, Uitgebracht door de georganiseerde sport in Nederland.

11. Sport en Wetenschap, (1976) De Vrieseborch/Intermediair.

12. Rapport van de commissie sportartsen, Medisch Contact 1967.

13. Georganiseerde maatschappelijke gezondheidszorg, Dr. S. Santema (1976) 4e druk, van Gorkum.

medisch contact

Nr. 16 – 21 april 1978



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. Schultz; 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)

Mevr. Mr. H. A. van Andel, secretaris van deze drie colleges;
W. J. de Jager, secretaris van het Centraal College tot 1-6-1978;
Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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



van het hoofdbestuur

Kort verslag hoofdbestuursvergadering dd. 4 april 1978

Vestigingsbeleid. Aangezien nog niet alle adviezen inzake het rapport van de studietoelichting zijn ontvangen, besluit het hoofdbestuur de bespreking van dit onderwerp uit te stellen. Tevens wordt besloten een extra vergadering uitsluitend aan de bespreking van dit vraagstuk te wijden. Deze wordt vastgesteld op 8 mei 1978.

Wet Tarieven Gezondheidszorg. Besproken wordt een interimrapport van de Werkgroep Alternatief II, vergezeld van een aantal vragen waarop de werkgroep gaarne een antwoord van de besturen zou willen ontvangen teneinde op basis daarvan de studie van het wetsontwerp met spoed te kunnen voortzetten. Naast een beantwoording van de gestelde vragen houdt het hoofdbestuur zich in het bijzonder en uitvoerig bezig met de in het interimrapport vermelde uitgangspunten voor een regeling op dat gebied.

Contributieklassen. Het hoofdbestuur neemt kennis van een onderzoek naar de oorzaken van opgetreden verschuivingen binnen de sinds 1971 bestaande contributieklassen. Alvorens een beslissing over de eventuele wijziging van de tot nog toe gevolgde aanpassingsmethodiek te nemen, acht het hoofdbestuur nader intern beraad nodig. Op basis van dit overleg zal in een volgende vergadering van het dagelijks bestuur een beslissing worden genomen.

Vetorecht. Het hoofdbestuur spreekt zich uit voor handhaving van de toetsing van besluiten van de maatschappelijke verenigingen op basis van het algemeen belang. De term 'algemeen belang', te interpreteren in de zin van 'volksgezondheidsbelang' acht het hoofdbestuur een wijdere betekenis te hebben dan 'algemeen artsenbelang' en meer in overeenstemming met de in de statuten verankerde doelstellingen van de KNMG.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal KNMG



Algemene Ledenvergadering

De jaarlijkse Algemene Ledenvergadering van de OLMA is voor het jaar 1978 vastgesteld op dinsdagavond 30 mei

1978, aanvangende 19.30 uur. De vergadering wordt gehouden in de Domus Medica, Lomanlaan 103 te Utrecht.

In deze ledenvergadering worden de resultaten van de OLMA in het boekjaar 1977 met de leden besproken en wordt het door het bestuur van de OLMA gevoerde beleid ter discussie gesteld. De ledenvergadering kan worden bijgewoond en op deze vergadering kan stemrecht worden uitgeoefend door de leden van de OLMA zijnde artsen die als verzekeringnemer een polis bij de OLMA lopende hebben. In dit verband moge nog gewezen worden op artikel 23 van de Statuten van OLMA, luidende: 'Teneinde stemrecht te kunnen uitoefenen moet het lid uiterlijk op de derde dag, voorafgaande aan die der vergadering, zijn voornemen om in persoon of bij schriftelijke gemachtigde aan de vergadering deel te nemen, ter kennis van de directie hebben gebracht'.

De agenda voor deze ledenvergadering wordt binnenkort in Medisch Contact opgenomen; de leden van de OLMA krijgen deze agenda ook rechtstreeks toegezonden, vergezeld van een kort overzicht over het reilen en zeilen van de OLMA in 1977. Het bestuur van de OLMA zal het bijzonder op prijs stellen indien een groot aantal leden dit jaar zou besluiten de onderhavige ledenvergadering bij te wonen, zodat in ruimer gezelschap dan mogelijk was bij de wat geringe opkomst in voorgaande jaren, over de gang van zaken bij de OLMA gediscussieerd kan worden. Aan de agenda van de ledenvergadering zal daarom een punt worden toegevoegd – 'Algemene Vragen' – zodat ook punten, die niet rechtstreeks dan wel zijdelings in verband staan met de jaarstukken de volle aandacht kunnen krijgen.

Bestuur van de OLMA



van het centraal bestuur

Kandidaatstelling

Ledenvergadering dd. 22 april 1978

Agendapunt 8.b

In verband met de vervulling van de vacature, ontstaan door het tussentijds aftreden van Dr. C. H. van Erk, anaesthesist te Bussum, wordt door het Centraal Bestuur kandidaat gesteld: J. Lanjouw, anaesthesist te Haren (Gr.).

Namens het Centraal Bestuur der LSV,

G. Groenewoud, secretaris



Deelnemersraad

Aan de deelnemers in de pensioenregeling voor Medische Specialisten.

Op grond van artikel 14, lid 3 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten heeft het bestuur een rooster van aftreden van de leden en plaatsvervangende leden van de deelnemersraad vastgesteld in de vergadering van 14 maart 1974. Op grond van dit rooster zijn de leden van de even districten en de plaatsvervangende leden van de oneven districten ultimo 1977 afgetreden als lid respectievelijk plaatsvervangend lid van de deelnemersraad.

Uit de informatie, die wij tot op heden hebben ontvangen van de voorzitters van de districten der Landelijke Specialisten Vereniging, blijkt dat onderstaande leden van de deelnemersraad zich herkiesbaar stellen:

District VIII

Schouwen en Duiveland
Walcheren
Zeeuws Vlaanderen O
Zeeuws Vlaanderen W
Zuid en Noord Beveland

Leden

T. F. Visser, Middelburg.

District XII

Utrecht
Utrecht Periferie
Woerden en O

J. E. de Langen, Werkhoven.

Aangezien niet alle leden en plaatsvervangende leden van de deelnemersraad zich op grond van vorengenoemd rooster van aftreden zich herkiesbaar hebben gesteld ontvangen wij de volgende voordracht van een kandidaat-lid:

District XVI

Deventer en O
Zwolle en O

Dr. R. de Raad, Zwolle-Berkum

Krachtens artikel 14, lid 2 van de statuten van de SPMS kan op schriftelijk verzoek, door tenminste tien deelnemers uit het district ondertekend, aan de voordracht voor een vacature een andere kandidaat worden toegevoegd. Dit verzoek dient binnen twee weken na deze publikatie bij het bestuur te worden ingediend. Indien tijdig een of meer tegenkandidaten voor een vacature zijn gesteld zullen binnen zes weken in het desbetreffende district verkiezingen worden gehouden. Zijn binnen genoemde termijn geen tegenkandidaten gesteld, dan worden de voorgedragen kandidaten geacht te zijn gekozen.

Utrecht, april 1978

Dr. P. J. A. van Voorst Vader, voorzitter
Dr. F. G. C. Buyse, secretaris.



Deelnemersraad

Aan de deelnemers in de pensioenregeling voor huisartsen

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

Leden

District IV – 's-Gravenhage

R. van Spronsen, 's-Gravenhage
E. B. van Hasselt, 's-Gravenhage

Plaatsvervangende leden

District IX – N-Brabant-W

A. van Liebergen, St. Willebrord
F. M. Palmen, Tilburg

District XIX – Friesland

J. G. Vissers, Leeuwarden

Krachtens artikel 14, lid 2 van de statuten van de SPH kan op schriftelijk verzoek door tenminste tien deelnemers uit het district ondertekend, aan de voordracht van een vacature een andere kandidaat worden toegevoegd. Dit verzoek dient binnen twee weken na deze publikatie bij het bestuur te worden ingediend. Indien tijdig een of meer tegenkandidaten voor een vacature zijn gesteld zullen binnen zes weken in het desbetreffende district verkiezingen worden gehouden. Zijn binnen genoemde termijn geen tegenkandidaten gesteld, dan worden de voorgedragen kandidaten geacht te zijn gekozen.

Utrecht, april 1978

S. van Randen, voorzitter

W. J. Waal, secretaris.



Verleende c.q. verlengde opleidingsbevoegdheden

In de plenovergadering van de Specialisten Registratie Commissie (SRC) dd. 3 maart 1978 zijn de volgende opleidingsbevoegdheden verleend c.q. verlengd:

Anesthesie: Sint Radboud Ziekenhuis te Nijmegen.

Cardiologie: Sint Radboud Ziekenhuis te Nijmegen: A-opleiding.

Heelkunde: Ziekenhuis Leyenburg te 's-Gravenhage: A-opleiding;

Sint Elisabeth Ziekenhuis te Leiderdorp: B-opleiding;

Sint Radboud Ziekenhuis te Nijmegen: A-opleiding.

Inwendige geneeskunde: Gemeente Ziekenhuis te Dordrecht: A-opleiding;

Ziekenhuis 'De Stadsmaten' gecombineerd met Ziekenhuis Ziekenzorg te Enschede: A-opleiding.

Keel-, neus-, oorheelkunde: Academisch Ziekenhuis Rotterdam Dijkzigt te Rotterdam.

Longziekten en tuberculose: Academisch Ziekenhuis te Utrecht.

Neurologie: Alexander van der Leeuwkliniek te Amsterdam: B-opleiding;

Academisch Ziekenhuis te Leiden: A-opleiding;

Sint Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg: B-opleiding, aantekening klinische neurofysiologie.

Oogheelkunde: Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit te Amsterdam.

Orthopedie: Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam: A-opleiding;

Bergwegziekenhuis te Rotterdam: B-opleiding.

Psychiatrie: Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort: stage inrichtingspsychiatrie;

Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Gelderland te Arnhem, stage sociale psychiatrie.

Radiodiagnostiek: Sint Elisabeth's of Groote Gasthuis te Haarlem: A-opleiding.

Rheumatologie: Dr. Daniël den Hoedkliniek te Rotterdam.

Urologie: Westeinde Ziekenhuis te 's-Gravenhage;

Sint Elisabeth's of Groote Gasthuis te Haarlem;

Sint Radboud Ziekenhuis te Nijmegen.

Verloskunde en gynaecologie: Ignatius Ziekenhuis te Breda: B-opleiding;

Zuiderziekenhuis te Rotterdam: B-opleiding.



Personalia

ADSPIRANT-LEDEN

H. J. Arendsen, Aldenhof 50-35, Nijmegen

Mw. H. C. F. Bausch, Boerhaavelaan 11, Leiden

J. J. J. Bucx, Flanorpad 7 D, Leiden

R. J. L. Caspers, Oude Delft 12 B, Delft

B. G. V. M. Disselhoff, Jonker Fransstraat 92 B, Rotterdam

A. F. X. Giesen, Fort Kijk in de Potstraat 52, Nijmegen

R. A. Gommers, Haarlemmermeerstraat 57 I, Amsterdam

P. van Hoeve, Overtoom 332 IV, Amsterdam

Mw. J. C. W. M. Holtslag, Burgh. v.d. Berghstraat 127, Nijmegen

Dr. F. J. M. Huikeshoven, Tolhuis 24-05, Nijmegen

H. M. C. B. Huls, Rijskampenstraat 6, Groningen

P. G. M. Janssens, Hugo de Grootstraat 1 A, Nijmegen

J. W. F. van Kempen, Straalmanstraat 8, Nijmegen

B. J. Koedijk, Wierdensestraat 27, Rijssen

A. A. Kool, Dolomieten 140, Amstelveen

P. van Leeuwen, Beukenschans 22, Leiderdorp

P. F. Liqui Lung, Stationsweg 3 A, Leiden

B. L. E. Lutterman, Groen van Prinstererstraat 21, Alphen a/d Rijn

INHOUD OFFICIEEL

KNMG, van het hoofdbestuur:

Kort verslag hoofdbestuursvergadering dd. 4 april 1978 502

OLMA:

Algemene Ledenvergadering 502

LSV, van het centraal bestuur:

Kandidaatstelling 502

SPMS:

Deelnemersraad 503

SPH:

Deelnemersraad 503

SRC:

Verleende c.q. verlengde opleidingsbevoegdheden 504

Nr. 16 – 21 april 1978

KNMG, personalia 504