

MEDISCH CONTACT

nummer 16 – 23 april 1982 – 37e jaargang

Redactioneel

■ Dr. P. C. J. van Loon levert als 'buitenstaander' een bijdrage aan de maatschappelijke discussie over de eerstelijns gezondheidszorg waarin zijns inziens nog veel wringt. Van grote betekenis acht hij de erkenning van een scherp onderscheid tussen enerzijds het geneeskundig handelen en anderzijds het zorgend handelen. Hij waarschuwt tenslotte van het vormgevingsproces van de door hem beoogde zorg geen medisch ondersje te maken.

■ Tijdens de officiële bijeenkomst ter gelegenheid van het vijftigjarig bestaan van de Specialisten Registratie Commissie is door verschillende sprekers nader ingegaan op de rol die de overheid vervult, respectievelijk dient te vervullen met betrekking tot de registratie van medische specialisten.

■ Het rapport van de commissie-Verhagen en het regeringsstandpunt over psychotherapie hebben de problematiek rond de plaatsbepaling van de psychiatrie niet opgelost; wel hollen ze de zelfstandige beroepsuit-



oefening uit.

J. H. Goud, lid van de Commissie beroepsuitoefening van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, bestuurslid van de Vereniging van Nederlandse Psychiaters en van de Commissie vrijgevestigde psychiaters van de Amsterdamse Specialisten Vereniging, voorziet een onwerkbare 'mini-praktijk'.

■ Overdracht van het psychotherapiepakket door de zenuwarts aan een instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) gaat ten koste van de volksgezondheid in het algemeen en van de patiënten in het bijzonder. Aldus de Enschedese zenuwarts C. H. van Rhijn die de samenhang tussen hulpverlening en medische behandeling verduidelijkt.

■ Hoeveel tijd besteden huisartsen, mevrouw-artsen, kinderartsen en andere vakbroeders en -zusters, werkzaam in de kinderhygiëne voor 0- tot 4-jarigen, aan deze tak van gezondheidszorg? Dr. A. J. Swaak ordende de desbetreffende gegevens voor de regio Noord-Brabant, waar de huisarts een zeer belangrijke functie op dit terrein blijkt te vervullen.



Inhoud

Brieven
blz. 466

Wat wringt er in de
eerstelijns gezondheidszorg?
door Dr. P. C. J. van Loon
blz. 473

Vijftig jaar SRC
Overheid en specialistenregistratie
blz. 477

Psychiatrie in dwangbuis
door J. H. Goud
blz. 480

Psychotherapie in het veld
van nood en ziekte
door C. H. van Rhijn
blz. 482

Jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen
door Dr. A. J. Swaak
blz. 486

Universitaire berichten
blz. 492

Kopzorg over nazorg



door Drs. P. van Harberden
blz. 493

OFFICIEEL
blz. 495



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

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Ned. Antillen en in Suriname f 105,— (inclusief BTW); overige landen f 187,50.

Administratie: Tijl Tijdschriften BV,
Jacques Veltmanstraat 27-31,
1065 EG Amsterdam,
telefoon 020-172829/174855, telex 15230.
Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan; het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden tevoren is opgezegd.

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Opgave: Tijl Tijdschriften BV,
Jacques Veltmanstraat 27-31,
1065 EG Amsterdam,
telefoon 020-172829/174855, telex 15230.

Oplage: 24.500 exemplaren

Druk: Tijl Grafisch Bedrijf BV, Zwolle

Omslagfoto: Egbert de Bruijn, Den Haag

MEDISCH
CONTACT

© 1982

OPROEP ACTIEGROEP ARTSENPENSIËN

De verplichte pensioenregeling voor medische specialisten en huisartsen is voor menig arts een 'ramp'. Velen raakten mede als gevolg van deze pensioenregeling in financiële moeilijkheden. Anderen weer bedankten om deze regeling voor het lidmaatschap van de KNMG. Dit is een begrijpelijke reactie, die echter moet worden betreurd, daar huisartsen zowel als medische specialisten een goede pensioenregeling nodig hebben: met het opzeggen van het lidmaatschap van de KNMG wordt zoiets niet bereikt; het is noodzakelijk dat huisartsen en specialisten zich verenigen, om op die manier de besturen van de pensioenfonds ervan te doordringen, dat het hen ernst is en dat er grote onvrede heerst.

De onvrede is zo groot, dat de bestaande regeling op korte termijn moet worden gewijzigd. In juni 1980 werd door één der oprichters van de Actiegroep Artsenpensioen een telefonische mini-enquête onder 230 collega's gehouden. Hieruit bleek, dat ruim 60% van de ondervraagde huisartsen en medische specialisten meer dan ongelukkig is met de huidige gang van zaken. De steeds maar stijgende premiedruk, het lage rendement en het feit dat door de KNMG werd nagelaten een landelijke enquête te houden onder de artsen, om zodoende te weten te komen of men deze verplichte pensioenregeling indertijd wilde, gaven voor ons de doorslag, zodat in juli 1980 te Rotterdam de Actiegroep Artsenpensioen werd opgericht. De Actiegroep Artsenpensioen is niet tegen een pensioenregeling, maar vindt wel, dat deze beter en rechtvaardiger dient te zijn, opdat:

- de verhouding tussen de betaalde premie en het op te bouwen pensioen wordt verbeterd en rekening wordt gehouden met de financiële draagkracht;
- onrechtvaardigheden in de bestaande regeling worden opgeheven;
- de verplichte deelnemers meer invloed hebben op de besluitvorming binnen de besturen van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen (SPH) en de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten (SPMS).

Deskundigen op het gebied van pensioenvorming beamen, dat bij de vastgestelde premies veel hogere rendementen – en uiteindelijk betere pensioenen – zouden moeten behoren. Onze actuaire – behalve van deze wiskundige raadgever heeft de Actiegroep Artsenpensioen zich ook van een juridische adviseur verzekerd – heeft onze pensioenregeling met die van het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (PGGM) vergeleken. Het resultaat is opzienbarend: de verhouding tussen premie en op te bouwen pensioen valt bij het PGGM aanzienlijk gunstiger uit. Drs. J. P. Heesters schrijft in een rapport: 'Aankleden of uitkleden' (Katholieke Hogeschool Tilburg, Faculteit der Economische Wetenschappen nr: 81.09/september 1981) dat het door de regering opgelegde 'aankleedpercentage' (het salaris van een ambtenaar waarmee de huisarts wordt vergeleken wordt onder meer met een percentage voor de oudedagsreserve aangekleed) de hoge premiedruk van de verplichte pensioenregeling geen recht doet, zeker niet bij de kleine praktijken; met andere woorden, bij deze pensioenpremie hoort een hoger 'aankleedpercentage'.

De belangrijkste bezwaren tegen de pensioenregeling van de Actiegroep Artsenpensioen zullen hieronder kort de revue passeren:

1) *Te hoge premie en te geringe pensioenopbouw*

Een huisarts met een bruto-beroepsinkomen van f 180.000,— betaalt f 38.000,— premie per jaar, zo'n 21%! Een specialist met een bruto-beroepsinkomen van f 130.000,— betaalt f 25.102,— premie per jaar, ongeveer 19%! En dat voor een bodempensioen.

2) *Financiële problemen voor velen*

Huisartsen en vrij gevestigde specialisten die vóór 1973 reeds een praktijk uitoefenden zijn veelal voorzien van aan een hypothecaire schulden gekoppelde levens- en/of kapitaalverzekering. Zij zaten, toen de verplichte regeling werd ingesteld, dus reeds op hoge lasten, maar konden niet en kunnen dat nog steeds niet, worden vrijgesteld van deelneming. Dit bezorgde zeer velen financiële problemen.

3) *Een aangepaste regeling is voor niemand mogelijk*

Zo moet de in universitair verband werkende specialist die reeds een pensioenregeling heeft bij het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP) toch nog over een eventueel neveninkomen het volle pond aan de SPMS betalen. Een huisartsenechtpaar dat gezamenlijk praktijk uitoefent wordt tweemaal voor de hoge premie aangeslagen. Voor beide voorbeelden is geen aangepaste regeling mogelijk.

4) *Geen invloed op de besluitvorming*

De verplichte deelnemer heeft vrijwel geen invloed op de besluitvorming, geen stemrecht en – het meest bizarre – geen recht om tijdens de vergadering van de deelnemersraad het woord te voeren. Het is – om het zacht uit te drukken – hoogst bedenkelijk dat diegenen die het fonds moeten 'voeden' rechtstreeks nauwelijks iets hebben in te brengen. Wij achten het van belang dat behalve de verplichte deelnemers ook niet-artsen, bijvoorbeeld pensioendeskundigen, zitting hebben in deze deelnemersraad.

5) *Geen Flexibel systeem voor de vaststelling van de premie*

Ondanks het feit dat de voormalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Mw. Veder-Smit, reeds verschillende malen bij het bestuur van de SPH heeft gepleit voor een 'flexibeler systeem voor de vaststelling van de premielast, opdat een betere verhouding wordt bereikt tussen de te betalen premie en het verdiende inkomen, heeft het bestuur geen aanleiding gezien hierop in te gaan, laat staan de regeling flexibeler te maken. Dit betekent

Van verzorgen naar zorgen

of van psychotherapie naar psychosociale hulpverlening?

Het is langzamerhand voor iedereen wel duidelijk geworden dat de verzorgingstaat, waarin de burger van de wieg tot het graf wordt verzorgd, zijn grenzen niet alleen heeft bereikt maar hier en daar heeft overschreden. Hoewel belangrijk zijn het niet alleen economische argumenten die tot deze conclusie leiden.

Prof. Dr. J. C. H. Hattinga Verschure schreef in Medisch Contact van vorige week over het bankroet van 'l'homme machine', daarmee bedoelend dat eindeloze verzorging onaanvaardbare consequenties met zich meebrengt. Naast het marxistische mensbeeld van de verzorgings-behoefte mens die altijd hulp en begeleiding nodig heeft en uit zichzelf niets kan, stelde hij onder meer de zelfstandige en zelfredzame mens, de zorgende mens. In de geneeskunde van de twintigste eeuw heeft de dokter zich welhaast uitsluitend beziggehouden met de hulpbehoefte mens die niet in staat was iets voor zichzelf te doen, bovendien in een maatschappij waarin het marxistische mensbeeld bepalend was voor de maatschappelijke context waarin hij werkte. Bij het opkomen van de sociale wetenschappen kwam het beeld van de zorgende mens zoals dat vele eeuwen heeft bestaan weer meer binnen de aandacht.

Een van de eerste 'slachtoffers' van deze ontwikkeling was de huisarts. Op velerlei wijze werd daaraan uitdrukking gegeven. Zo ook op een afdelingsvergadering van de KNMG in Den Haag vanuit de 'eerste groepspraktijk 's-Gravenhage'. Een viertal huisartsen-inleiders parafraseerde daar een aantal stellingen; hun inleidingen werden afgewisseld met toneelsketches. De gemeenschappelijke conclusie was: ik

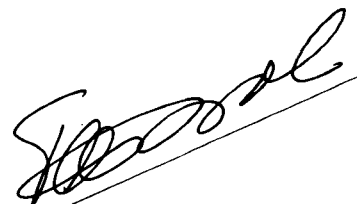
ben niet opgeleid voor de problemen waarmee ik word geconfronteerd en voor taken die mij worden opgedragen. Naar aanleiding van deze bespreking schreef Dr. P. G. J. van Loon een artikel: 'Wat wringt er in de eerstelijns gezondheidszorg?' (blz. 473). Hij ziet de (toekomstige) verpleegkundige de zorgende functie vervullen en de arts de verzorgende functie. Van Loon gaat daarin zeer ver: ik zie, zegt hij, geen ruimte voor een mengvorm van geneeskundig en zorgend handelen, omdat deze beide typen van handelen een volstrekt verschillende optiek hebben. Er is een tweede veld in de gezondheidszorg, waar in feite dezelfde con-

De gezondheidszorg zal
zich moeten richten op
de zelfredzame mens

troversen spelen: de geestelijke gezondheidszorg, met name de psychotherapie versus de psychosociale hulpverlening. In zijn artikel 'Psychotherapie in het veld van nood en ziekte' (blz. 482) zet C. H. van Rhijn deze velden van hulpverlening duidelijk naast elkaar, terwijl J. H. Goud (blz. 480) in het bijzonder de rol van de psychiater aan de orde stelt.

De identiteitscrisis van de psychiatrie is tot op grote hoogte te vergelijken met die van de huisartsgeneeskunde. Voor beide vakgebieden geldt dat die gebieden zelf, met – en dat is van uitzonderlijk belang – de daaraan gekoppelde opleiding, nader worden omschreven en aangepast. De psychiatrie is daar zeker een eind mee gevorderd, al komt het ons

voor dat collega Goud iets te gemakkelijk de leertherapie gelijkwaardig aan, zo niet minder acht dan de gangbare multidisciplinaire teambesprekingen tijdens de opleiding tot psychiater. Wat de huisartsgeneeskunde betreft is de basisopleiding wel zeer ver verwijderd geraakt van wat ermee werd beoogd, te weten het leggen van een gemeenschappelijke basis voor zowel specialisten als huisartsen en sociaal-geneeskundigen. Zou het accent komen te liggen op de specifieke beroepsopleidingen, dan zou in het bijzonder de huisartsopleiding moeten worden verlengd van één jaar nu toe drie à vier jaar in de toekomst, en dat lijkt financieel niet haalbaar; de samenwerking tussen eerste en tweede lijn zou daardoor bovendien niet eenvoudiger worden. Het is te verwachten dat in de toekomst de zelfredzame mens met zorg voor hemzelf en zijn omgeving het maatschappelijk leven zal bepalen. De gezondheidszorg zal zich op die mens moeten richten. Voor de huisarts betekent dit een meersporige benadering, zoals onder anderen door Van Es en De Melker is gepropageerd. Bij de psychotherapie gaat het ook om verschillende aspecten, waarbij door de specialisatie het meersporig handelen aanzienlijk moeilijker is geworden. Ware de huisarts adequaat opgeleid en in staat de meersporigheid te hanteren, hij zou moeten kunnen verwijzen voor psychiatrische c.q. psychosociale behandeling. ■



ook dat de problemen bij artsen in loondienst, veelal werkzaam in een wijkwelzijnscentrum, niet zijn opgelost.

6) *Geen waardevastheid van het pensioen*

De twee pensioenfondsen SPH en SPMS houden zich niet aan hun belofte over de waardevastheid van het pensioen. In een circulaire aan de pensioengerechtigden lezen wij immers, dat in 1982 de vastgestelde verhoging van de uitkering 0,543% zal zijn. Men zou een stijging van 6% mogen verwachten.

Veel van deze bezwaren hebben wij tijdens een op 2 november 1981 gehouden vergadering met de beide pensioenfondsen naar voren gebracht. Tot een oplossing zijn wij niet gekomen. Ons verzoek om een landelijke enquête te houden naar de wenselijkheid van deze regeling werd geweigerd. De SPMS heeft nu slechts toegezegd een enquête te willen houden onder de artsen in dienstverband.

U zult zich kunnen voorstellen, dat voor ons de maat meer dan vol is. Binnenkort zal de actiegroep huisartsen en specialisten enquêteren. Uw mening over de huidige pensioenverzekering zal worden gevraagd. Vindt u het wenselijk, dat er veranderingen worden aangebracht in de geldende regelingen en verplichtingen, of vindt u bijvoorbeeld dat onze pensioenverzekering elders moet worden ondergebracht, bijvoorbeeld bij het PGGM met de vele voordelen voor de deelnemers?

Het zij ten overvloede vermeld, dat de Actiegroep Artsenpensioenen niet tegen een pensioenregeling is. Zij streeft naar een collectieve en betaalbare regeling, waarbij meer dan nu het geval is rekening wordt gehouden met individuele behoeften en wensen. De actiegroep vraagt daarom alle bij SPH of SPMS verzekerden mee te werken aan een enquête opdat de uitslag de mogelijkheid geve doeltreffend op te treden tegen het bestaande starre, geen inspraak duldende systeem. Mocht u zich in de door de actiegroep naar voren gebrachte bezwaren kunnen vinden, dan verzoeken wij om uw adhesiebetuigingen, liefst vergezeld van een financiële bijdrage (minimaal f 25,—; maximaal f 200,—); dit is ter bestrijding van de door de actiegroep reeds gemaakte en nog te maken kosten.

Rotterdam, maart 1982

W. C. Cohen Tervaert, vrijgevestigd specialist
Prof. Dr. B. van Linge, specialist in dienstverband

J. M. W. Scheltema, huisarts

Actiegroep Artsenpensioenen

Postbus 4386

3006 AJ Rotterdam

gironummer: 709

Algemene Bank Nederland, rek.nr: 50.01.53.760

ten name van: Actiegroep Artsenpensioenen

Deze oproep is mede getekend door (1 = vrijgevestigd specialist; 2 = specialist in dienstverband; 3 = huisarts; 4 = gepensioneerd huisarts):

Rotterdam: Dr. K. Wiggers 1, Prof. Dr. S. A. de Lange 2, Dr. G. J. H. den Ottolander 1, Dr. J. Bruins Slot 1, Prof. Dr. K. Kerrebijn 2, Prof. Dr. J. C. M. v.d. Meulen 2, Dr. D. N. Hüpscher 1, Prof. Dr. H. van Houten 2, Dr. J. G. de Jong 1, Prof. Dr. H. K. A. Visser 2, B. W. J. Vroom 1, Dr. R. N. P. Berkovits 1, J. van der Stelt 3, B. J. C. J. Terstege 3, B. J. v.d. Bosch 3, Dr. A. H. C. Senus 1, H. C. Q. v.d. Giessen 3, H. B. Weerman 3, Dr. G. H. W. L. Sloot 1, Mw. C. A. A. M. Sloot-Smits 1, J. K. D. Oey 1, L. J. de Heer 1; *Alkmaar*: H. F. van Waveren 1; *Almelo*: R. E. Boelen 1, H. W. Dethmer 1; *Amstelveen*: Dr. J. G. Streefkerk 3, Mw. A. J. Arbouw 3, J. H. Brenninkmeijer 3, E. van Engelenburg 3, R. J. Ph. Gadiot 3, C. M. Ham 3, J. Th. Koop 3, M. J. van Pomeroy 3, H. O. Sigling 3, W. G. E. Sinnege 3, J. Weijel 3, M. R. Woerdeman 3; *Amsterdam*: V. L. J. Zijlstra 3, Dr. H. Linschoten 2, J. D. Bakker 2, N. A. Mensing van Charante 3, Prof. Dr. M. Koster 2, Prof. Dr. G. M. Bleeker 2, J. Nederhof 3, W. van Schuylenburgh 3, K. S. Ong 3, J. H. Franken 3, H. I. Dayat 3; *Apeldoorn*: Ch. Volmer 1; *Arnhem*: Mw. W. G. Manschot 1, J. G. A. Notting 1; *Assen*: Dr. H. C. P. M. Schubert 1; *Bandol* (Frankrijk): Dr. F. Rempt 1; *Bergen op Zoom*: O. Lopes Cardozo 1; *Bilthoven*: P. H. van Asdonk 1; *Breda*: Dr. A. P. Bijnen 1; *Capelle aan den IJssel*: H. A. Kossmann 3, R. Wijngaarde 2; *Delft*: Mw. C. C. v.d. Wiel-de Jong 1; *Doetinchem*: H. L. M. Willemsse 3; *Doorn*: M. K. J. Vegting 1; *Doorwerth*: L. Meerburg 4; *Eindhoven*: Mw. E. H. Hendriks-Koli 1, H. A. M. Sleijffers 4; *Emmen*: J. van Bruggen 1; *Goes*: A. G. Tjiam 1; *Gorsel*: Dr. A. C. Copper 1, A. R. Borggreve 1; *Gouda*: Mw. J. Vellekoop-Streiber 1; *'s-Gravenhage*: Mw. E. Prins-Berkhemer 1; *Groningen*: Mw. Z. Timmerman 1, Dr. P. C. M. Donders 1, G. Berghuis 1, F. K. Dijk 3; *Haarlem*: J. Vader 1; *Haren* (Groningen): R. Nijland 1, Dr. J. G. F. Worst 1; *Heemskerk*: Dr. C. J. W. Dunnewold 1; *Heerenveen*: D. H. Smit 1; *Heerlen*: Dr. A. A. J. J. van der Eerden 1; *'s-Hertogenbosch*: A. P. A. Hoorweg 1, D. A. M. Mulder 1, H. H. Tan 1, R. E. Nobrega 1, J. R. Defauw 1, Dr. A. D. Roelen 1, Dr. J. H. E. Custers 1, W. G. van Wijnen 1, Dr. A. P. van Dam 1, C. Korver 1, E. Schavemaker 1, G. M. v.d. Meerakker 1, S. de Groot 1, V. W. J. de Kort 1, H. J. Nagel 1, Dr. P. D. J. W. Sedee 1, S. J. de Jong 1, H. J. M. Velthuyse 1, F. J. A. Clevin 1, S. Bouwer 1, C. Pennings 1, A. M. Smit 1, W. Klaver 1, G. J. I. Verhaegh 1, J. B. M. F. Eissens 1, B. L. Hoeksema 1; *Hilversum*: C. H. Kerlen 1, E. van der Zwaan 1; *Hoofddorp*: D. T. T. Tjia 1; *Hogeveen-Sappemeer*: B. Oldenziel 1; *Hoorn*: D. W. van Westrenen 1, J. J. Huberts 1; *Leeuwarden*: D. K. Beintema 1; *Leiden*: D. de Wolff-Rouendaal 1; *Lisse*: F. L. J. M. Haase 3; *Maastricht*: Prof. Dr. J. M. Greep 2; *Middelburg*: Mw. G. A. v.d. Berg 1; *Middelharnis*: J. J. Wieringa 3; *Noordwijk*: J. van Nes 4; *Noordwijkerhout*: H. Kruij 4; *Nijmegen*: Prof. Dr. W. J. H. Schmidt 2, Prof. Dr. A. F. Deutman 2; *Overdinkel*: D. Meyer 3; *Pretoria* (Zuid-Afrika): B. K. S. Dijkstra 2; *Rhenen*: G. J. Koomen 1; *Ridderkerk*: A. G. Scholte 3, A. E. Scholte-de Jong 3, A. A. van Gelder 3; *Roermond*: L. W. A. M. Bär 4; *Rosmalen*: P. G. A. Marincic 3; *Santpoort*: A. J. Th. van Wely 3; *Sneek*: H. J. Rutten 1; *Soesterberg*: E. A. Nieuwenhuis 1; *Steenwijk*: Ch. W. H. Heusdens 4; *Tiel*: W. P. R. Idema 1; *Tilburg*: Mw. Dr. A. H. Aten 1, L. A. K. Bastiaansen 1; *Utrecht*: Prof. Dr. E. H. Huizing 2, Prof. Dr. F. L. Meyler 2, Prof. Dr. W. J. N. Hoppenbrouwers 2; *Veenendaal*: F. A. Nijhuis 1; *Voorburg*: F. Goos 3; *Voorhout*: Dr. A. W. Bots 4; *Voorschoten*: P. Henry 1, F. H. W. Swen 4; *Wageningen*: M. Kooyman 1; *Wassenaar*: Dr. P. F. Werre 1, H. P. J. M. Platenburg 1; *Westbroek*: Dr. M. Smit 3; *Woerden*: Dr. R. F. Breukman 1; *Wognum*: L. J. van Oudheusden 3; *Zaanstad*: Th. van Lookeren 3; *Zeist*: Dr. M. Cozijnsen 1; *Zwolle*: J. H. W. Keur 1, A. J. Roest 1.

Naschrift van de pensioenfondsen

Dat de verplichte pensioenregelingen voor velen een (financiële) ramp zouden zijn, is – vriendelijk gezegd – een nogal ‘gekleurde’ mededeling. Daarmee schaarde deze actiegroep zich onder de vele ‘soortgenoten’ die als gemeenschappelijk hoofdkenmerk eenzijdigheid in hun vaandel dragen. Dat laat echter onverlet dat besturen en directie hun signaal van onvrede wel degelijk serieus nemen. Zo heeft er vorig jaar al een uitvoerig overleg met de actiegroep plaatsgevonden. Daarbij is zeer veel informatie verstrekt: niet alleen door besturen en directie, maar ook door de actuaris en advocaat van de pensioenfondsen. Daarom

is het des te betreurenswaardiger dat deze actiegroep die informatie volstrekt negeert. Bovendien worden allerlei zaken aangehaald die irrelevant zijn, waardoor een uitermate onzuiver beeld ontstaat. Een dergelijke onzuivere benaderingswijze kunnen de pensioenfondsen uiteraard niet ongemerkt laten passeren.

1. Financiële ramp

Dat de verplichte pensioenregeling voor velen een ‘financiële ramp’ zou betekenen, ligt beslist niet aan de pensioenfondsen zelf. Immers, (a) de te betalen pensioenpremie is verdisconteerd in de honoraria van zowel huisartsen als specialisten. (b) Wie door onvoorziene omstandigheden in financiële moeilijkheden komt, kan bij de besturen een beroep doen op de zogeheten hardheidsclausule. Iets anders is dat de grens, waarbij men niet de gehele premie hoeft te betalen, naar de mening van de besturen en deelnemersraden momenteel te laag ligt. Een reglementswijziging, waarbij deze grenzen aanzienlijk verhoogd worden, is dan ook reeds in vergevorderde staat van voorbereiding. Overigens: een huisarts met een bruto-inkomen van minstens f 186.000 (dus niet f 180.000) betaalt f 36.500 (dus niet f 38.000) premie.

2. Waarde mini-enquête

De brief van de actiegroep verder volgend, kan men zich afvragen wat de waarde is van de vermelde mini-enquête. Hoe zijn de 230 artsen geselecteerd? Wat was de aard en de toonzetting van de vraagstelling? Zonder deze en andere informatie kan over deze mini-enquête geen oordeel worden geveld. De in één adem met de onvrede genoemde steeds maar stijgende premiedruk doet eveneens wat merkwaardig aan. De huisartsen betalen een hogere premie dan specialisten, omdat hun pensioen hoger ligt. Van bijzondere of abnormale premiedrukstijging is bij de pensioenfondsen geen sprake geweest. Integendeel, gelet op de huidige inkomenssituatie van met name de medische specialisten is daar de aanpassing van dit jaar zelfs op nul gesteld. Dat het rendement laag zou zijn is volstrekt onjuist. Het rendement van uw pensioenfondsen is hoger of tenminste gelijk aan dat van andere pensioenfondsen. Dat vervolgens de KNMG wordt verweten te hebben nagelaten onder artsen na te gaan of men indertijd de verplichte pensioenregeling wilde, is een opmerking die volstrekt voorbij gaat aan het feit dat destijds wel tenminste vijftig bijeenkomsten in den lande hebben plaatsgevonden om alle artsen in de gelegenheid te stellen hun mening terzake kenbaar te maken. En dat op basis van zeer uitvoerige informatie omtrent bedoelde pensioenregelingen.

3. Deskundigen

Wie de deskundigen zijn van de actiegroep wordt niet vermeld. De deskundigen van het pensioenfonds zijn: Drs. J. van Rooijen, actuaris en momenteel voorzitter van het Actuarieel Genootschap; Klynveld Kraayenhof & Co.; Dr. A. Batenburg, voorzitter van de Raad van Bestuur van de Algemene Bank Neder- ▶

land NV; Mr. E. A. Brouwer, commissaris van het Rotterdamsch Beleggingsconsortium NV; Mr. J. S. van der Kroft, financieel adviseur; Prof. Mr. J. M. M. Maeijer, hoogleraar in het handelsrecht aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen.

4. *Vergelijking met PGGM*

Een vergelijking met het PGGM (Stichting Pensioenfondsen voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen) of met het ABP (Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds) valt altijd ongunstig uit voor een pensioenfonds als dat van de huisartsen en specialisten. Immers, zowel in geval van het PGGM als van het ABP betalen de lager betaalden mee voor de hoger betaalden. Met andere woorden: er vindt een belangrijke inkomensoverdracht plaats van de lager betaalden naar de hoger betaalden. Ondanks het feit dat zowel de pensioenfondsen als de LHV en LSV hierop meermalen de nodige aandacht hebben gevestigd, lijken noch politici noch vakbonden hieraan zwaar te tillen. Als gevolg van het hiervoor vermelde principe van stille inkomensoverdracht is het mogelijk dat voor de hogere ambtenaar 'slechts' ruim 20% van zijn bruto inkomen wordt gebruikt voor de pensioenopbouw, terwijl 35% à 40% nodig is. De terzake gebruikte uitroepstekens doen derhalve wat wonderlijk aan.

5. *Aankleedpercentages*

De opmerkingen naar aanleiding van het rapport 'Aankleden of Uitlekeden' zeggen in feite niets over de pensioenregeling, maar alles over het 'uitkleedstreven' van de overheid met betrekking tot het aankleedingspercentage van huisartsen en specialisten bij de financiële aankleding van de zogeheten ambtelijke vergelijkingsfiguur. De pensioenfondsen zijn het gaarne met diegenen eens die vinden dat in deze ambtelijke vergelijkingsfiguur een hoger aankleedpercentage verdisconteerd dient te worden vanwege de oudedagsvoorziening. Nogmaals, op zich heeft het niets van doen met de pensioenfondsen of de pensioenregelingen.

6. *Universitair werkende specialisten*

Het is juist dat universitair werkende specialisten met een neveninkomen van *meer dan* f 43.333 toch SPMS-premie moeten betalen. Dat ondanks het feit dat ze reeds in het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds zijn opgenomen. Deze verplichting is van overheidszijde in 1972 opgelegd. Ondanks alle inspanningen van zowel het specialistenpensioenfonds in oprichting als de LSV, bleek met name de Sociaal Economische Raad op dit punt onvermurwbaar. Gelet op de onrust die terzake nog steeds lijkt te leven, heeft de LSV recent een enquête doen uitgaan aan de universitair werkzame specialisten, teneinde op basis van de uitslag daarvan opnieuw een poging te wagen om terzake verandering aan te brengen. Of dit werkelijk zal lukken hangt wederom af van de stellingname van de overheid.

7. *Huisartsenechtpaar*

Indien een huisartsenechtpaar, al of niet in

samenwerkingsverband, zelfstandig praktijk uitoefent, is het volstrekt logisch dat ze ook allebei pensioenpremie betalen. Uiteraard krijgen ze ook alle twee een pensioen uitgekeerd. Er is geen sprake van dat in de premie voor de vrouwelijke huisarts een bedrag is verdisconteerd ter dekking van het risico van een weduwnaarspensioen. De premie is dan ook lager.

8. *Invloed op besluitvorming*

Zoals hiervoor reeds werd aangegeven, beschikken beide pensioenfondsen over externe deskundigen. Het spreekt vanzelf dat hun deskundigheid tevens ter beschikking staat van de Deelnemersraad. Verder is het zo dat men, zoals in iedere parlementaire democratie via herkenbare en aanspreekbare vertegenwoordigers invloed kan uitoefenen op het gevoerde en te voeren beleid. Ieder district kiest daartoe vertegenwoordigers voor de Deelnemersraden. De besturen van de pensioenfondsen worden op hun beurt gekozen door de Ledenvergaderingen van LHV en LSV. Verder is er regelmatig contact tussen de besturen van de pensioenfondsen en de Centrale Besturen van LHV en LSV over het gevoerde en te voeren beleid. In de Deelnemersraden worden alle te nemen beleidsbeslissingen uitvoerig besproken in overleg met pensioendeskundige adviseurs. In de Ledenvergadering van LHV en LSV kunnen de vaste afgevaardigden én alle individuele leden eveneens pensioenproblematiek ter sprake brengen. Desalniettemin kan men van mening blijven verschillen over de zin en onzin van een getrapte vertegenwoordiging in de Deelnemersraden. Misschien is het goed daarbij te bedenken dat op deze wijze in ieder geval wordt uitgesloten dat één erg actieve minderheidsgroep kans ziet om de 'silent majority' iets op te dringen, waarover men bij nader inzien bepaald niet gelukkig zou zijn.

9. *Flexibeler systeem*

Zoals reeds eerder aan de actiegroep is medegedeeld, hebben de besturen van de beide pensioenfondsen wel degelijk reglementswijzigingen voorbereid die een verlichting moeten brengen inzake de premiebetaling van collega's met een laag bruto-inkomen.

10. *Waardevastheid van het pensioen*

De beide pensioenfondsen hebben beloofd te streven naar waardevastheid van het pensioen. Zoals onder andere in Medisch Contact van 5 maart jl. reeds werd vermeld in een artikel van de heer J. M. G. Hoes, directeur van de beide pensioenfondsen, is de waardevastheid sedert 1973 ook daadwerkelijk gerealiseerd. Kortehalve zij naar dit artikel verwezen (een overdruk ervan is overigens naar alle deelnemers toegezonden).

11. *Regeling enquête*

Onder punt 2 van deze reactie zijn reeds enkele vraagtekens geplaatst bij de waarde van de mini-enquête van de actiegroep. Ook is hiervoor onder punt 7 reeds aangegeven langs welke wegen de individuele leden en vertegen-

woordigers invloed kunnen uitoefenen op het pensioenbeleid. Daarenboven is vanuit de LSV reeds een enquête gaande onder de universitair werkzaam zijnde specialisten, terwijl – en dat niet in de laatste plaats – er ten tijde van de totstandkoming van de pensioenfondsen uitvoerig in den lande is vergaderd over de voor- en nadelen van een eigen pensioenfonds. In overgrote meerderheid waren zowel huisartsen als specialisten het erover eens dat er een eigen beroepspensioenfonds diende te komen. Kritiek op de pensioenfondsen kan en mag, indien die kritiek relevant is, uiteraard leiden tot verbeteringen.

Tot zover de reactie van de beide pensioenfondsen.

Met collegiale hoogachting,
namens het bestuur van de
Stichting Pensioenfondsen voor Huisartsen,
S. van Randen, voorzitter

namens het bestuur van de
Stichting Pensioenfondsen Medische Specialisten,
Dr. A. A. Sollewijn Gelpke, voorzitter

BIJVAL ACTIEGROEP ARTSEN PENSIOEN

Wij schreven onderstaande brief aan het ministerie van Volksgezondheid:

In het kader van de discussie over de matiging van de artseninkomens en praktijkverkleining lijkt het ons voor de hand te liggen het verplichte pensioenfonds voor medici eens kritisch onder de loupe te nemen. Dit dateert immers uit een tijd van overvloed met jaarlijks stijgende inkomens en lage rente tarieven. Het was voor menigeen een welkome aftrekpost en het lage rendement was dan ook geen groot bezwaar, aangezien dit voor een groot deel door de fiscus werd opgevangen.

Deze situatie heeft zich drastisch gewijzigd. De rente is hoog en eventuele omzetzijgingen worden meestal ruimschoots teniet gedaan door de snelle stijging van de onkosten. Aangezien er voor de bepaling van de premiedruk naar omzet wordt gekeken en niet naar belastbaar inkomen plaatst dit de kleinere praktijken in een financieel schier onmogelijke positie. Het argument voor deze benadering is dat men wil voorkomen dat individuele wijze van besteding van het inkomen van invloed zou zijn op de hoogte van de pensioenopbouw. Men haalt hier dus de bedrijfskosten en privé-uitgaven door elkaar terwijl op de eerste slechts beperkt invloed uit te oefenen is. Ook geïnvesteerd bedrijfskapitaal mag niet van de omzet worden afgetrokken. Dit is onder andere het geval bij oogartsen die zelf contactlenzen leveren en het kan om aanzienlijke bedragen gaan.

Verder heeft men het over een pensioendeel in het bruto-honorarium. De maximale premiedruk wordt echter al bereikt bij een omzet van ►

± f 130.000 en bedraagt dan voor specialisten ± f 25.000. Dit is ruim 19%!

Bij voorgenoemde omzet heeft men, zelfs met bescheiden schatting, f 50.000 bedrijfskosten. Immers, ook voor een kleine praktijk zijn er een aantal vaste lasten, zoals bedrijfsruimte en personeel die door de kleine omzet relatief hoog uitvallen. Daar bovenop komt de pensioenpremie. Van wat er overblijft betaalt men zijn hypotheeklasten (al gauw f 40.000) en eventuele goodwill. Van de rest moet men zien rond te komen.

In de praktijk komt het erop neer dat de pensioenpremie moet worden geleend tegen hoge rente die een veelvoud is van het te behalen rendement en men uiteraard geen fiscaal voordeel heeft. Een kleine troost is dat men vrijwel geen belasting betaalt aangezien de fiscus gelukkig een reëlere instelling heeft dan het pensioenfonds.

Velen bevinden zich reeds in de problemen en met de afgedwongen omzetsdaling en praktijkverkleining in het verschiet zullen vele anderen hiermee geconfronteerd worden.

Gaarne willen wij hierbij dan ook de aandacht vestigen op de Aktiegroep Artsenpensioenen die o.i. alle steun verdient.

Lochem, 2 april 1982

S. van der Veer, oogarts te Lochem
A. Hoogendoorn, internist te Lochem
G. Zaal, internist te Winterswijk

ARTSENPENSIEN

Veel slechter kan het niet!

Onlangs ontving ik van de levensverzekeringsmaatschappij waarbij via het pensioenfonds mijn pensioen is ondergebracht een overzicht van het door mij op te bouwen en opgebouwde pensioen. Hieruit bleek, dat op dit moment het door mij te bereiken ouderdomspensioen, ingaande in het jaar 2007, f 24.598 bedraagt, het weduwenpensioen f 17.218. Voorts blijkt uit dit overzicht, dat voor de vorming van dit pensioen per jaar ongeveer f 5.363 aan premie wordt betaald, dus ruim 20% van de totaal betaalde premie per jaar. Ik moet zeggen, dat ik grote moeite heb met de hoogte van dit pensioen dat in schril contrast staat tot het verplichte premiebedrag dat jaarlijks wordt betaald.

Bestudering van de voorlichtingsbrief van het pensioenfonds, gedateerd eind december 1981, met tekst en uitleg over het wel en wee van de op te bouwen pensioenen door de heer Hoes zelf, neemt mijn grote twijfel omtrent de besteding van de door ons opgebrachte gelden niet weg. In tegendeel, deze voorlichtingsbrief lijkt mij geschreven voor mensen, die niet of nauwelijks tot tien kunnen tellen, een categorie, waaronder wij specialisten kennelijk vallen.

Er staat een aantal naar mijn smaak bewuste onjuistheden in die het bijna beledigend maken

dat een dergelijke brief onder het mom van voorlichting wordt verstuurd. Bijvoorbeeld de categorische ontkenning dat men zelf voordeliger in de oudedagsvoorziening kan voorzien wordt niet cijfermatig gestaafd, doch alleen ontkend. Als er dan toch een optelsom wordt gegeven, wordt gesteld dat in dertig jaar $30 \times f 25.000 = f 750.000$ wordt gespaard, dat de rente daarvan ± 10% zal zijn, maar dat de fiscus van die f 750.000 een hoop afhaalt, zodat je niet eens op f 75.000 per jaar uitkomt. Een dergelijk voorbeeld is beneden alle peil. Indien jaarlijks aan enige levensverzekeringsmaatschappij gedurende dertig jaar een premie van f 25.000 wordt betaald dan wordt bij een beginleeftijd van 35 jaar op 65-jarige leeftijd een kapitaal van rond de f 2.500.000 uitgekeerd; indien hiervoor een lijfrente wordt gekocht, levert dit voor man en vrouw levenslang een pensioen op van 15% van dit bedrag, te weten f 350.000 à f 400.000 per jaar. Dit alles gerekend in guldens van dit moment.

Het huidige pensioen bedraagt zoals gezegd f 25.000, eveneens in guldens van vandaag; dit scheelt een factor 15. Indien dan met de gegevens van de heer Hoes in de hand de waardevastheid naar het huidige pensioen wordt geëxtrapoleerd, conform het inflatiepercentage gedurende de jaren 1950-1980, betekent dit een pensioen van ruim f 100.000 in het jaar 2007.

Tussen het door ons opgebouwde pensioen en het pensioen dat zelf kan worden opgebouwd met dezelfde hoeveelheid geld ligt dus naar de huidige maatstaven gemeten op de pensioengerechtigde leeftijd reëel een factor 3, een erg groot verschil. Op zich zou dit kunnen kloppen, omdat van de premie die door ons wordt betaald maar 20% voor pensioenopbouw wordt gebruikt; 5% wordt gebruikt voor de back-service, zodat mijn vraag dan ook luidt: waar blijft de overige 75% van de door ons betaalde gelden? Welk percentage van de premie wordt gereserveerd voor de waardevastheid en hoe groot is de waardevastheid reëel, dat wil zeggen zonder aan een stijging van het uit te keren pensioen direct een premieverhoging te koppelen gedurende de jaren dat nog wordt betaald?

Gaarne begrijpelijke, eerlijke cijfers, waaruit blijkt wat er met ons geld gebeurt. De kreet: 'We doen het zo goed' is loos. Vooralsnog heb ik de indruk, dat het niet veel slechter kan.

's-Hertogenbosch, maart 1982

Dr. W. C. Runne, orthopedisch chirurg

Naschrift van het pensioenfonds

Artsen hebben over het algemeen weinig verstand van financiële zaken. Ze hebben veel meer belangstelling voor hun werk en dat siert hen. Het mag dan ook geen wonder heten dat artsen al helemaal geen kijk hebben op een uiterst ingewikkelde materie als de oudedagsvoorziening. Natuurlijk zijn er enkele uitzonderingen, maar daarmee mag je bijvoorbeeld in onze nieuwe voorlichtingsuitgave getiteld 'Pensioeninformatie' geen rekening houden.

Het in de praktijk brengen van dit uitgangspunt levert soms een spanningsveld op. Het door Dr. Runne aangehaalde rekenvoorbeeld is hiervan een bewijs. Natuurlijk weten we bij het pensioenfonds exact hoe de zaak, meer gecompliceerd, in elkaar zit. De uiteindelijke uitkomst zal echter ongeveer dezelfde blijven. Dat moge u uit het navolgende blijken, waarbij tevens duidelijk wordt dat ook Dr. Runne onvoldoende op de hoogte is van de complexiteit der pensioenmaterie.

Nog afgezien van het feit dat zonder de nadere gegevens niet duidelijk is welke soort verzekering hij bedoelt, wordt bij een premie ad f 25.000 per jaar door een zeer bekende Nederlandse verzekeraar op 65-jarige leeftijd ruim f 1.000.000 uitgekeerd. Daarbij moet wel worden gedacht dat van deze premie ruim f 12.000 niet fiscaal aftrekbaar is. Bovendien is een keuring vereist. Uitgaande van de huidige hoge rentestand wordt het vervolgens niet voor onmogelijk gehouden dat de f 1.000.000 kan stijgen tot bijna f 2.000.000. Dat is bij lange na geen f 2.500.000 zoals Dr. Runne stelt. Verder is het verre van zeker dat de huidige hoge rentestand gedurende tientallen jaren zo hoog zal blijven. Dit werpt al een iets ander licht op zijn visie. Daarbij komt nog dat niemand er helaas zeker van kan zijn dat het hem of haar gegeven is de volle premie gedurende de volle periode te betalen.

Van de honderd dertigjarige Nederlandse mannen overlijden er meer dan twintig voordat zij de leeftijd van 65 jaar hebben bereikt. Zij laten in het algemeen vrouw en kinderen na. Het Pensioenfonds Medische Specialisten voorziet hierin via een weduwenpensioen.

Wellicht kan via een concreet voorbeeld een verdere verduidelijking worden gegeven. Stel dat een specialist, na vijf jaar deelnemer te zijn geweest, op 40-jarige leeftijd overlijdt. Stel verder dat hij een vrouw en twee kinderen nalaat. Bij een jaarlijkse stijging van de uitkering met 4% per jaar (sedert 1973 was de stijging van uw pensioenuitkeringen en aanspraken bij uw pensioenfonds gemiddeld ruim 7% per jaar!) en aannemend dat de achterblijvende echtgenote eveneens 40 jaar is, wordt gedurende 39 jaar in totaal bijna f 3.000.000 aan weduwenpensioen uitgekeerd (een Nederlandse vrouw van 40 jaar leeft immers gemiddeld nog 39 jaar). Bovendien ontvangen de kinderen tot hun 18e jaar en indien zij studeren of invalide zijn tot hun 27e jaar bijna f 12.500 per jaar. Ook dit bedrag stijgt dan per jaar met gemiddeld de 4% in dit voorbeeld.

In de afgelopen vijf jaar is dan in totaal gemiddeld f 23.600 per jaar premie betaald. Van deze premie is gemiddeld f 4.600 per jaar bestemd voor de back-service (voor oudere collega's en hun nabestaanden) en f 700 per jaar voor de dekking van het invaliditeitsrisico, zodat gemiddeld f 17.700 overblijft voor de eigen pensioenverzekering. In dit voorbeeld over vijf jaar dus in totaal f 88.500.

Het zal u duidelijk zijn dat de pensioenregeling van de specialisten volstrekt onvergelijkbaar is met het door Dr. Runne gegeven nogal geflatteerde voorbeeld. Het is jammer dat hij niet de moeite heeft genomen de normale weg te

kiezen en terzake informatie te vragen aan het pensioenfonds.

Dit te meer daar het Pensioenfonds Medische Specialisten enerzijds niets heeft te verbergen en anderzijds één van de weinige pensioenfondsen is die bijvoorbeeld in het jaarverslag exact aangeeft hoe uw gelden zijn belegd. Ook omtrent alle andere cijfers zal het pensioenfonds u gaarne informeren, waarbij nog zij opgemerkt dat veel van deze informatie reeds op schrift is gegeven, zoals u onder meer moge blijken uit de verschillende pensioenbrochures.

Op grond van deze en andere informatie kan met recht worden gesteld dat uw pensioenfonds een goed pensioenfonds is. De noodzaak tot een dergelijke uitspraak is mede ingegeven door de voortdurende stroom van onbeaargumenteerde kritiek op het pensioenfonds die met name wordt gevoerd door diegenen die eraan kunnen verdienen indien u uw oudedagsvoorziening elders opbouwt.

J. M. G. Hoes, directeur Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten

(I) UITSPRAAK MEDISCH TUCHTCOLLEGE EINDHOVEN

Huisarts berispt na late diagnose mammacarcinoom

Voor de zoveelste keer wordt een uitspraak gepubliceerd van een medisch tuchtcollege (MC nr. 9/1982, blz. 250) waar ernstige en goed gefundeerde kritiek op volgt. Er zullen nog meer van deze gebeurtenissen volgen. De frequentie ervan geeft mijns inziens duidelijk aan dat deze colleges dysfunctioneren. Het gaat niet om incidenten. Misschien gaat het wel om de gevolgen van een slecht uitgewerkte wetgeving.

De hoofdredacteur van MC gebruikte de kwalificatie 'onzorgvuldig'. Is dat geen eufemisme? Velen zouden gewoon spreken van (weer) een uitspraak die van onkunde getuigt. Het betrokken college heeft ongetwijfeld met goede bedoelingen en op maximaal niveau gewerkt. Onkunde is hier misschien ook niet helemaal verwijtbaar, want normen voor deskundigheid ontbreken.

Inhoudelijk is over de uitspraak nog niet opgevallen dat aan de hand van de gegevens helemaal niet is vast te stellen dat de diagnose laat is gesteld. Het is immers geenszins uit te sluiten – misschien is het zelfs méér waarschijnlijk – dat in het aangegeven tijdsverloop van een goed jaar een maligniteit is ontstaan in een borst met tevoren los daarvan een mastopathie. Meerdere palpaties en zelfs een biopsie zouden zelfs tot valse geruststelling kunnen hebben geleid.

De suggestieve werking van een klacht is blijkbaar erg groot. Door de handelwijze van het college is de patiënte er nu in ieder geval van overtuigd dat er een vermijdbare fout is gemaakt door een arts. Het dragen van eventuele

nare latere gevolgen wordt daardoor voor haar aanzienlijk bemoeilijkt. Men kan zich afvragen wie hier de meeste nodeloze schade ondervindt. Evenzo, wie het vertrouwen in de medische stand ondermijnt.

In gepubliceerde uitspraken worden doorgaans allerlei factoren die kunnen hebben meegespeeld buiten beschouwing gelaten. Een dergelijke probleemreductie heeft merkbaar invloed op de kwaliteit van geleverd werk. In de betreffende zaak ging het misschien om een zogenaamde particuliere patiënte, waarbij een te hoge drempel heeft bestaan om een aantal keren te worden teruggezien; bij arts, patiënte, of beiden.

Uit gepubliceerde uitspraken blijkt dat de colleges bij herhaling menen normen te moeten en te kunnen stellen. Soms ook zijn gebruikte normen slechts met veel moeite op te sporen in de geproduceerde uitspraken. (vgl. MC nr. 4/1982, blz. 95). Het kwaliteitsniveau kan diep verborgen liggen.

Bij een analyse van de medische tuchtwetgeving blijkt dat de colleges zelf nauwelijks aan normen behoeven te voldoen. Er ontbreken onder andere deskundigheidsnormen. Deze colleges nu toetsen anderen, maar niet aan de hand van bekende normen. Zij doen normerend werkende uitspraken en zijn alleen zelf voor geleverde kwaliteit verantwoordelijk. In dit verband én in het licht van de vele reacties op de appendixaffaire is de zin van een beroepsprocedure twijfelachtig (MC nrs. 1, 6, 11, 12, 14 t/m 18, 20, 21, 25 en 30/1981).

De bezorgdheid over de toekomstige kwaliteit van geneeskundig handelen, geuit door collega Cromme in MC nr. 11/1982, blz 302, deel ik volledig. De druk op de colleges neemt merkbaar toe; de laatste tijd duidelijk ook vanuit medische hoek.

De passiviteit van de beroepsgroep ten aanzien van de medische tuchtwetgeving zou eens over mogen gaan in activiteit en in een systematische benadering van het probleem. Probleemgeïnteresseerden worden uitgenodigd contact op te nemen met ondergetekende.

Hoofddorp, 22 maart 1982

H. G. Schmit,
Hoofdweg 677, 2131 BC Hoofddorp,
tel. 02503-16320

(II) UITSPRAAK MEDISCH TUCHTCOLLEGE EINDHOVEN

Huisarts berispt na late diagnose mammacarcinoom

Ondergetekenden betuigen langs deze weg nadrukkelijk adhesie aan de volledig terechte en van bezorgdheid getuigende commentaren op de uitspraak van het Medisch Tuchtcollege Eindhoven inzake 'diagnose mammacarcinoom' (MC nr. 9/1982, blz. 250).

Wij zijn met name met collega P. V. H. Cromme (MC nr. 11/1982, blz. 302) van mening dat

het tuchtcollege door middel van deze uitspraak het vertrouwen in de geneeskundige – lees: huisartsgeneeskundige – stand ondermijnt en pleiten voor een herroeping van de tekst: 'De patiënte die een indicatie heeft voor mammografie moet daarom tevens worden gezien door een specialist die ervaring heeft in het palperen, te weten een chirurg'. Het zou van eerlijkheid getuigen, indien chirurgen zouden willen laten blijken dat ook hun een casuïstiek als de onderhavige niet vreemd is met hetzelfde – helaas droevige – verloop. Tegenover ons is zulks wel gebeurd door chirurgen met wie wij samenwerken.

Dongen, 25 maart 1982

E. Albers	K. Koekkoek
J. Butter	G. Sikkema
P. van Dijk	L. Vullings
L. Hubregtse	huisartsen

(III) UITSPRAAK MEDISCH TUCHTCOLLEGE EINDHOVEN

Huisarts berispt na late diagnose mammacarcinoom

In Medisch Contact van 5 maart jl. (nr. 9/1982, blz. 250) werd ik wederom pijnlijk getroffen door een uitspraak van een Medisch Tuchtcollege. En ik ben kennelijk niet de enige, getuige de reeds gepubliceerde reacties, onder andere van collega Bol.

Als ik het goed begrijp had er moeten worden verwezen wegens een tumor die niet te voelen was en had er een proefbiopsie moeten worden gedaan van een niet te lokaliseren tumor. Hier is de combinatie van lichamelijk plus technisch onderzoek tekort geschoten! Het is moeilijk te accepteren, maar toch niet verwijtbaar?

Dit is niet de eerste uitspraak waartegen de beroepsgroep in opstand komt. Kennelijk heeft het specialisme huisartsgeneeskunde zich zover ontwikkeld dat het niet meer valt te beoordelen door specialisten. Er moeten dus gewone c.q. 'echte' huisartsen komen in de medische tuchtcolleges. Dat de situatie in onze beroepsgroep onvoldoende bekend is blijkt mijns inziens op een ander vlak ook uit een uitspraak gepubliceerd in MC nr. 36/1981, blz. 1112. Collegae huisartsen hadden patiënten uit een praktijk van een overleden collega overgenomen en kregen later nog gelijk ook! Dat is – tenminste in onze PHV – tegen de afspraak! Ik hoop dat de tuchtcolleges zorgvuldiger zullen worden in hun uitspraken en van meer kennis van de huisartsgeneeskunde gaan getuigen, aangezien er anders binnenkort geen waarde meer zal worden gehecht aan hun uitspraken.

Groningen, 27 maart 1982

F. Schreuder, huisarts

(IV) UITSPRAAK MEDISCH TUCHTCOLLEGE EINDHOVEN

Huisarts berispt na late diagnose mammacarcinoom

In Medisch Contact nummer 9/1982, blz. 250, wordt een uitspraak van het Eindhovense Medisch Tuchtcollege gepubliceerd. Een huisarts heeft, naar ik aanneem, naar eer en geweten een patiënte onderzocht en dit onderzoek doen aanvullen met mammografisch onderzoek. Van beide onderzoeken werd de verslaglegging bewaard. Wegens onzekerheden werden na drie maanden beide onderzoeken herhaald. De patiënte werd op basis van de verkregen gegevens gerustgesteld en kreeg een correct advies van een correct handelende arts. Een jaar later wordt, naar verwijzing door een waarnemer, maligniteit verondersteld aanwezig te zijn of te kunnen zijn door een (andere?) radiodiagnost. Maligniteit werd aangetoond. Na een klacht door patiënte doet het medisch tuchtcollege een uitspraak welke de volgende elementen bevat:

– Het palpatoir onderzoek door de huisarts is niet als palpatoir mamma-onderzoek te beschouwen. Palpatie interpreteren is een kunst waarvan de resultaten bij een beoefenaar met het jaar toenemen bij regelmatige oefening. Zowel door chirurgen als huisartsen – alsook andere medici – geldt dat er lieden zijn die grote meesters worden, terwijl anderen het nooit zullen leren. Gelukkig is het beheersen van die kunst niet alleen aan chirurgen voorbehouden.

Het is zelfs zo dat er een niet onaanzienlijk aantal radiodiagnosten is dat mammografie aanvult met een palpatie, waardoor zij een grote ervaring opdoen en veel diagnostische informatie weten te verkrijgen. Jammer dat er mensen zijn die deze medische basishandvaardigheden beter pretenderen te beheersen dan hun collegae. Dat 'de' chirurg beter zou kunnen palperen in mammae raakt kant noch wal. – Een tweede element is de vooronderstelling dat bij een biopsie in april-juli 1978 waarschijnlijk wel tumorweefsel zou zijn gevonden. Ik ben daar niet zeker van. Vele radiologen kunnen patiënten demonstreren waarbij binnen een tijdsspanne van een jaar een tumor van meer dan 2 cm doorsnede met okselkliermetastasen verscheen op een plaats die 'leeg' was. Bovendien: Was op de eerste mammografieën retrospectief werkelijk niets te zien? – Het enige dat de betrokken huisarts eventueel zou kunnen worden verweten is de te grote waardering die hij hecht aan de uitslag van het mammografisch onderzoek. Dat is hem echter niet kwalijk te nemen, aangezien vele radiologen via literatuur en televisie den volke kond doen dat mammografie op alle leeftijden en in alle gevallen het enige en ware diagnosticum is. Hoe vaak wordt de niet-vakman (in casu niet-radiodiagnost) geconfronteerd met de beperkingen? De waarde van de uitslag van de mammografie is sterk afhankelijk van de kwa-

liteit van de beoordelaar, van de kwaliteit van de gebruikte apparatuur, van de kwaliteit van het hulp personeel. Bovendien is tengevolge van de dichtheid van de structuren in de borsten vaak geen conclusie te trekken ten aanzien van het al dan niet aanwezig zijn van tumor. Hoe vaak vult een radioloog zijn waarneming: 'Ik zie geen afwijkingen' aan met: 'maar ik kan ook niet zoveel zien!' Hij beperkt zich meestal tot het verzoek om een herhaling. En de tweede keer ziet hij even weinig. De collegae voor wie ik mammografie verricht houd ik meestal voor: Bij patiënten jonger dan 35 jaar heeft mammografie zelden zin. Afwijkingen zijn meestal niet waarneembaar in de dichte ondergrond. Bij patiënten tussen 35 jaar en 50 jaar is het onderzoek in toenemende mate interpreteerbaar en dus zinvol. Boven de 50 jaar is de betrouwbaarheid groot. Bij palpabele tumoren doe ik tevens echografie en bij cysten pneumocystografie. Bloedige uitscheiding uit de tepel wordt middels gelaktografie onderzocht. Voor iedere zichtbare en/of palpabele solitaire tumor geldt dat er een zekere diagnose moet zijn. Zekerheid voor de patiënt bereik je niet door rivaliteit tussen huisarts, chirurg en radiodiagnost doch slechts door samenwerking, en de entiteit patiënt bepaalt wie van deze collegae wat doet, waarbij ieder – naast inzet en artsdiploma – zijn eigen kundigheid heeft.

De situatie waarom het in het bovengenoemde vonnis gaat kan ik niet beoordelen. Gezien de uiterst beperkte en eenzijdige motivatie van het college geven zij blijk dit ook niet te kunnen. Ik vind het oordeel onzorgvuldig. Naar mijn mening ondermijnt dit college het vertrouwen in de huisartsenstand en het vertrouwen in de medische tuchtrechtspraak.

Beek, 29 maart 1982

J. F. M. Panhuysen, radioloog

Varia

Voeding – Op 24-27 mei 1982 zal in Amsterdam de vierde European Nutrition Conference plaatsvinden, getiteld: 'Nutrition in Europe; food for thought for scientists'. Deze conferentie wordt onder auspiciën van de Federation of European Nutrition Societies georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Voedingssleer en Levensmiddelentechnologie. Het wetenschappelijk programma zal bestaan uit: (1) Een hoofdprogramma van plenaire sessies waarin de stand van de wetenschap

met betrekking tot een aantal aan voeding gerelateerde problemen wordt weergegeven; (2) Workshops, waarin dieper kan worden ingegaan op bepaalde onderwerpen en wel met name die welke reeds in het hoofdprogramma zijn ingeleid; (3) Posterpresentaties. Tijdens de plenaire zittingen zullen vooral 'Nutrition in Europe, a challenge to research and industry' en 'Nutrition of specific groups of people' centraal staan. Nadere informatie (bij voorkeur schriftelijk): Conferentiesecretariaat vierde European Nutrition Conference, Postbus 85700, 2508 CK Den Haag.

Symposium drugbeleid – Onder de titel 'Drugbeleid in een impasse?' wordt op donderdag 10 en vrijdag 11 juni aanstaande een symposium gehouden, georganiseerd door het Instituut voor Sociale en Preventieve Psychiatrie en het Instituut voor Strafrecht en Criminologie van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Plaats: gebouwcomplex Woudestein, Burgemeester Oudlaan 50; tijd: 10.00-17.00 uur. Dit tweedaags symposium beoogt het heroïnebeleid ter discussie te stellen voor hen die daarmee in hun werk of omgeving rechtstreeks te maken hebben. Uitgenodigd worden politici op landelijk, provinciaal en gemeentelijk niveau, beleidsambtenaren op het terrein van het drugbeleid, politie en justitiefunctionarissen, hulpverleners en leden van belangenbehartigingsgroepen. De kosten voor dit symposium bedragen f 120,— per persoon, inclusief koffie, lunches, infomap en symposiumverslag. Opgeve kan geschieden bij Mw. Marina Smit (tel. 010-63 41 07) van maandag tot en met donderdag.

Manuele geneeskunde – De Stichting Manuele Geneeskunde te Eindhoven organiseert: in aansluiting op reeds eerder gehouden E1-cursussen een cursus Extremiteten-therapie (E2) van 3 t/m 6 juni 1982; een cursus Extremiteten-onderzoek (E1) van 10 t/m 14 juni 1982 die voor alle artsen openstaat; in aansluiting op reeds eerder gehouden W1-cursussen, een cursus Wervelkolom-therapie (W2) van 23 t/m 27 september 1982. Nadere inlichtingen bij de Stichting Manuele Geneeskunde, Stratumseind 26, 5611 ND Eindhoven, telefoon 040-113063 (9-12 uur).

Leukemie bij kinderen – Ter gelegenheid van het 10-jarig bestaan van de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK) zal op 18 juni 1982 in het Nederlands Congresgebouw te Den Haag (aanvang 14.30 uur) een wetenschappelijke bijeenkomst plaatsvinden over: 'Toekomstige aspecten van diagnostiek en behandeling van leukemie bij kinderen'. Op deze bijeenkomst zullen onder anderen als sprekers aanwezig zijn: Dr. D. Pinkel, Prof. Dr. H. E. M. Kay en Dr. D. Catovsky. Inlichtingen: Dr. A. van der Does-van den Berg, directeur Centraal Bureau, p.a. Juliana Kinderziekenhuis, Dr. van Welylaan 2, Den Haag, tel. 070-657030.



Wat wringt er in de eerstelijns gezondheidszorg?

Dr. P. C. J. van Loon wil hier als 'buitenstaander' een persoonlijke bijdrage leveren aan de maatschappelijke discussie over de eerstelijns gezondheidszorg, waarin zijns inziens nog veel wringt. Van grote betekenis acht hij de erkenning van een scherp onderscheid tussen enerzijds het geneeskundig handelen en anderzijds het zorgend handelen. Hij waarschuwt tenslotte van het vormgevingsproces van de door hem beoogde zorg geen medisch onderonsje te maken.

Op een bijeenkomst van de afdeling 's-Gravenhage en Omstreken van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, gehouden op donderdag 18 maart jl. heb ik mij zitten bezinnen op moeilijk meetbare oorzaken die een rol kunnen spelen bij de problemen van het werken van de eerste lijn. Op deze bijeenkomst van huisartsen, bedrijfsgeneeskundigen, specialisten en anderen werd een toneelstuk opgevoerd waarbij de ondoelmatigheid van het functioneren van de huisarts in de eerste lijn ironisch werd behandeld. Uit deze toneelstukjes kwamen ook stellingen naar voren waarvan ik u er drie noem:

- bij gebrek aan voldoende psychotherapeutische mogelijkheden in de eerste lijn misbruikt de huisarts vaak de fysiotherapeut met als gevolg somatische fixatie;
- het samenwerken van huisartsen met andere disciplines in gezondheidscentra betekent een verzwaring van de werklust, terwijl parameters om kwaliteitsverbetering te meten ontbreken;
- een verdere ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde van 'cure' naar 'care' maakt de huisarts tot een ongeloofwaardig welzijnswerker.

Als ambtenaar die probeert de versterking van de eerste lijn te propageren in het belang van de samenleving en van de consumenten kwam ik met een schok tot de ontdekking dat er misschien leef- of denkwerelden zijn die niet volledig op elkaar aansluiten of zelfs tegenwerken.

Het bleek dat de aanwezige huisartsen uitgingen van het axioma dat de centrale overheid als richtlijn heeft dat het kwaliteitsverbetering betekent als men tot elke prijs in interdisciplinair verband samenwerkt.

In de discussie wordt dan aan de orde gesteld dat men toch nooit een gelijkwaardigheid met 'de anderen' bereikt vanwege het verschil in opleidingsgraad (universiteit), status en verwachtingspatroon van de burger. Duidelijk werd gemaakt dat elk persoonlijk probleem van de burger en ook elk maatschappelijk probleem door een aantal patiënten in de samenleving – die misschien helemaal geen patiënten behoren te zijn – op de tafel van de huisarts worden geworpen.

Door de enorme diversiteit van de hulpvraag komt dan de gedachte op dat men het niet meer redden kan zonder een psychotherapeut. De Haagse huisartsen meenden dat een psycholoog onmisbaar is voor hen. Via een verwijzing naar de psychiater een psycholoog krijgen is dan de enige weg. Maar hoe neemt de patiënt dat op? Het gaat over heel lichte psychotherapeutische beïnvloeding. Om deze reden kijken deze Haagse huisartsen ook wel rond of er een maatschappelijk werker in de buurt is die in deze beïnvloedingstechniek vaardigheden heeft ontwikkeld. De Haagse huisartsen constateren ook dat een fysiotherapeut die de mensen langdurig onder behandeling heeft veel kan doen aan de psychologische problemen. Zij schakelen hem dan ook wel in.

De realiteit drong tot mij door dat men in de dagelijkse praktijk toch wel met uitermate grote moeilijkheden zit. Men is opgeleid om niemand in de steek te laten. Men is echter niet opgewassen tegen het aanbod van depressies, van acute interventieproblemen, van onlustgevoelens door onmacht of gebrek aan energie. Toch komen al deze dingen over de tafel. Daarom vraagt de huisarts naar meer 'cure' en minder 'care'.

Zou het mogelijk zijn dat artsen in het algemeen en huisartsen in het bijzonder door hun opleiding een denkmodel en een leefwereld hebben, waarbij men uitgaat van de waarde van het stabiliseren van

verhoudingen? Men zoekt naar evenwicht, naar zekerheid, naar afspraken over competenties en afspraken over procedures.

Sinds de beroemde Woudschoten-conferentie van 1958 is er echter in de maatschappelijke wereld om ons heen heel wat veranderd. Er is een andere cultuur ontstaan, vele normen en waarden die een zekere evenwichtssituatie mogelijk maakten zijn op drift geraakt. De individualisering is ten top gestegen en het weinig waarde hechten aan relaties en de duurzaamheid daarvan is een veel voorkomend verschijnsel geworden. Samenlevingsvormen hebben zich ingrijpend gewijzigd.

In deze cultuur met haar complex proces van maatschappelijke ontwikkelingen staat wellicht een huisarts die nog te weinig rekening houdt met het feit dat de inhoud van de 'gezondheid' in feite een sterk tijdsgebonden en cultuurgebonden structurele karaktertrek heeft. Alles wordt in ziekte vertaald. De gezondheidszorg biedt daarvoor 'voorzieningen'. Deze voorzieningen zijn alle 'ziekte'-gebonden. Het aanbod is oeverloos, want voor elk geval wil men vangnet zijn. Ik constateer dat men uit het lood is. Help, de huisarts verzuipt!

Ik wil nu nog aandacht vragen voor de effecten van de professionalisering. Door de sterk doorgevoerde professionalisering is een onderlinge beroepsbescherming ontstaan, die voert tot een eendeloos compartimentalisme. Als men op een bepaalde vraag geen antwoord weet, moet een ander compartiment het maar overnemen. Vandaar de vraag naar de psycholoog, de psychotherapeut, de psychisch werkende fysiotherapeut. Er komt geen einde aan.

Hoe kan men die huisarts tegen zichzelf beschermen? Uitgangspunt bij mijn hiernavolgende betoog is dat in de toekomst de huisartsenfunctie zich zoveel mogelijk moet blijven concentreren op het kwalitatief handelen op geneeskundig terrein. Voor de beoordeling van de kwaliteit zal men echter in belangrijke mate ook het functioneren van de huisarts in de voortgaande maatschappelijke ontwikkeling moeten opnemen.

De mensen van vandaag hebben mede door de snelheid van de sociale veranderingen en van de cultuur en mede door het zwaarwegende aanbod van voorzieningen misschien de moed wat opgegeven hun innerlijke vermogens, hun psychosomatische energieën te hanteren en waarde toe te kennen aan persoonlijke ervaring.

De huisarts dient ervan uit te gaan dat in iedere maatschappelijke ontwikkeling de gezondheid van de mens gebaat is met het bevorderen dat de mens de eigen potenties waar maakt in een proces van onrust en ontwikkeling. Het statisch denken over een huisartsenfunctie in een gecompartmentaliseerd voorzieningssysteem is mijns inziens voor de toekomst volslagen verouderd.

Ieder – ook de beroepsbeoefenaar in de eerstelijns gezondheidszorg – zal zich moeten instellen op de ontwikkelingsmogelijkheden vanuit een dynamisch concept. Een proces van onrust, beweging, onevenwichtigheid en ontwikkeling zijn in deze tijd kenmerken. Dat tekent ook de uitbreiding van het ziektebegrip. Doch daarom is het van zo'n uitermate grote betekenis dat men in de eerste lijn een scherp onderscheid durft te gaan maken tussen enerzijds het geneeskundig handelen en anderzijds het zorgend handelen.

Denkmodellen

Algemeen

Naar mijn persoonlijke opvatting is in de eerste lijn de potentie van het verpleegkundig denkmodel met een hoofddaccent op zorgend handelen sterk onderschat en onderontwikkeld. Het verpleegkundig denkmodel is primair zorgmodel.

In feite bestaat er een realiteit van het langs elkaar schuren van de leef- en denkwerelden van degenen die denken vanuit het medisch model en degenen die zorgend handelen op basis van het verpleegkundig model. Daarom kunnen artsen verklaren dat ze eigenlijk niet exact weten wat het handelen inhoudt van bijvoorbeeld sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, onder andere met een hoofddaccent op adolescentenzorg en sociale geriatrie. Maar evenmin hebben zij veel notie van de potenties van de wijkverpleegkundigen die in hun nabijheid functioneren. Daarom hierover enkele aantekeningen.

Het 'geneeskundig produkt' in de eerste lijn

Vrij algemeen blijken de artsen in de eer-

ste lijn van mening te zijn dat zij niet voldoende zijn opgeleid voor het deskundig functioneren in de huidige en toekomstige samenlevingssituatie. De maatschappelijke ontwikkelingen brengen zoveel beweging dat de kern van de hulpvraag aan de primaire arts die de woon- en leefmilieus enigermate kent steeds minder geneeskundig gericht is. Het huidige aanbod van een 'geneeskundig produkt' in de eerste lijn is door de sociale expansie van het ziektebegrip voor een niet onbelangrijk deel 'overtollig' aan het worden.

De artsen van het Haagse forum willen geen 'blote-voeten-dokter' worden, ingegraven in de milieus en optredend als vertrouwenspersoon in alle vormen van mede-menselijkheid-problematiek.

Daarom vragen zij minder begeleidend-verzorgend te hoeven optreden en zij smeken in feite om eerlijke kansen op meer geneeswerk. Wat een dilemma bij de vertaling van de eigen identiteit in een voor deze tijd en voor deze cultuur specifieke en onmisbare beroepsrol!

Laat ieder die dit leest bedenken dat vele huisartsen vragen om een ingrijpende opschoning van de rolvervulling. Men wil niet langer de klusjesman of -vrouw zijn, niet langer het manusje van alles, waarbij elk onbehagen op hun tafel wordt geworpen. Dit Haagse signaal op dit moment vind ik met name een fundamenteel gegeven nu er plannen zijn de hele medische toko nog dichter bij de bevolking te brengen, onder andere door ingrijpende schaalverkleining van de intramurale zorg.

Het verpleegkundig model

In het geneeskundig model staat de 'mens' centraal in diens hele 'zijn'. Toch is deze centraalstelling enigermate eenzijdig gekleurd. Alle krachten worden immers gebundeld op het bestrijden, voorkomen of dragelijker maken van 'ziekte'. Als er geen identificeerbare 'ziekte' in het medisch model aanwezig is dan komt men op glad ijs.

Bij de geneeskundige arbeid van medici in de eerstelijns zorg kunnen verpleegkundigen veelal niet worden gemist. Evenwel wil ik scherp onder uw aandacht brengen dat verpleegkundigen in deze beroepsrol met artsen ondersteunend werken in het raam van het medisch denkmodel. Binnen de intramurale zorg is dit een vanzelfsprekend gegeven. Daar werken verpleegkundigen dan ook in een ondersteunende beroepsrol. Deze beroepsbeoefenaar is 'hulpkracht'.

Ik sta even stil bij de rol van de verpleeg-

kundige in het ziekenhuis, omdat die in het verpleegkundig model specifieke aspecten heeft. Ik stel vast dat de ziekenhuisverpleegkundige zich wel mag instellen op menselijke ontmoeting van de patiënt en van diens omgeving. Men mag zich wel 'geven' en een wederkerige band scheppen. Evenwel behoort men zich volstrekt te onthouden van de rol van het geven van medische informatie aan de patiënt. Dat kan verwarring scheppen. Met deze medische opvatting ben ik het volstrekt eens (óók in mijn patiëntenrol die ik in mijn omstandigheden zo nu en dan moet innemen).

Het verpleegkundig denkmodel gaat uit van het opstellen van een 'behandelingsplan'. Dit plan zal in het ziekenhuis echter moeten worden ingeschoven in de geneeskundige behandeling. Het verpleegkundig handelen met als kern zorgend handelen is in het ziekenhuis nimmer primair, doch wel complementair.

Wellicht zullen verpleegkundigen mij kwalijk nemen dat ik de specifieke aspecten van de ziekenhuisverpleegkundigen als beroepsrol minder echte verpleegkunde vindt. Evenwel wil ik – om misverstanden te voorkomen – vaststellen dat ik het belang erken, zowel van een universitaire verpleegkunde als van de ontwikkeling van verpleegkundige research.

Niettemin blijf ik van mening dat de werkers in het ziekenhuis te eenzijdig ziektegericht moeten functioneren.

Omdat het functioneren van verpleegkundigen in de intramurale zorg altijd de hoofdaandacht heeft gekregen, óók van de HBO-opleidingen, is de verpleegkundige discipline in het onderwijs te veel ziektegericht onderbouwd. Dit komt omdat men de hoogste prioriteit blijft toekennen aan het deskundig met specifieke kennis en vaardigheden complementeren van het geneeskundig 'behandelen'. Ik stel hier vast dat deze eenzijdigheid van de opleiding ook van de rijksoverheid aandacht vraagt. Gelet op de maatschappelijke ontwikkelingen komt deze eenzijdigheid neer op statisch denken. Men schiet te kort in het denken over de toekomst.

Het wringt in de eerstelijns gezondheidszorg; ook bij de wijkverpleegkundige en bij de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Een fundamentele oorzaak daarvan is dat bij de opleiding de beroepsrol van de verpleegkundige door het hoofdaandacht vragen voor het functioneren binnen medische settingen het meest elementaire element van het verpleegkundig denkmodel op de achtergrond heeft laten geraken. Dit meest elementaire ele- ►

ment is de concentratie op het zorgend handelen.

Met Van Duijnhoven en Stevens* ben ik van mening dat het zorgend handelen de ziel van de verpleegkunde is. Het gaat bij het zorgend handelen niet altijd over medisch identificeerbare ziekte. Het gaat met name over de menselijke ontmoeting in het ziek-zijn, in het ziek-voelen, in het onbehagen en onlust verwerken, in het zoeken naar potentiële vermogens zelf weer op de been te komen, in het steun geven op de evenwichtsbalk tussen gezond en ziek-zijn.

Het zorgend handelen in de verpleegkunde vindt hierin zijn sublimatie. Daarom zal een elementair deel van elk behandelingsplan moeten liggen in de methodische begeleiding. 'Begeleiding' is op zichzelf een heel omvangrijk specifiek hulpverleningsprogramma, dat in het bijzonder ook omvat twee kerntaken, te weten: bevorderen van preventie door ondersteuning van zelfhulp, en het geven van signalen over de ontwikkelingen.

Nogmaals: het gaat niet over medisch identificeerbare ziekte. De verpleegkundige vindt haar gefundeerde eigenheid in het zorgend handelen met een topvorm van menselijke ontmoeting. Daarom is de leef- en denkwereld van de sociaal psychiatisch verpleegkundige in de ambulante geestelijke gezondheidszorg en van de wijkverpleegkundige voor artsen moeilijk inleefbaar. Toch zullen deze twee werelden naar elkaar toe moeten groeien in het belang van de samenleving en in het belang van de burgers. De toekomst vraagt om een effectieve eerste lijns gezondheidszorg. Daarin zullen deze twee typen verpleegkundigen een veel fundamentele rol moeten vervullen dan thans is gepland in de bureaus van de nationale organen die de dienst uitmaken.

Met andere woorden stel ik nog eens vast: De beroepsrol van de verpleegkundige kan in feite slechts dan tot volle wasdom komen als men zorgend functioneert, temidden van de milieus waarin de mensen leven en waarin zij complexen van invloeden ondergaan. Dan kan men pas zuiver holistisch werken, aangezien men de veranderende normen- en waardepatronen in die milieus exact ervaart en omdat men de potenties van de men-

sen met hun directe omgeving vrij goed kan inschatten. Voor deze verpleegkundigen is het zorgend handelen primair en de ziekte-gerichtheid is van een andere orde. Het is wel een randvoorwaarde, doch het geeft niet de kern van de eigenheid van de beroepsrol aan.

Deze – nieuwe – beroepsrol zal men in de opleiding tot uitgangspunt moeten nemen. Daarbij kan de opleiding niet langer uitgaan van het statisch concept. Men moet een dynamisch concept inbrengen, omdat men anders geen antwoord geeft op de hulpvraag van de mens in de toekomst. Het zal dus in hoge mate urgent zijn bijzonder veel aandacht te schenken aan de processen van het zorgend handelen in vele verschillende milieus die zowel cultureel als maatschappelijk in voortdurende ontwikkeling zijn.

Ik concludeer voor alle duidelijkheid nogmaals: De behartiging van de beroepsrol van de verpleegkundige in het kader van het verpleegkundig denkmiddel kan in feite slechts optimale kansen krijgen als men een werkterrein vindt temidden van de milieus waarin de mensen leven of als men werkt aan het scheppen van een leefmilieu (verpleeghuis) in dynamische samenwerking met de begeleidingsrol in de eerste lijn.

Ik heb als voorbeelden genoemd de sociaal-psychiatisch verpleegkundigen en de wijkverpleegkundigen. Door het tekort in de opleiding is door velen van deze hardwerkende beroepsbeoefenaren nog slechts de aanzet verworven tot deze optimale verpleegkunde.

Ik constateer dat de opleidingen in het behandelingsplan het belangrijke hulpverleningsprogramma van begeleiding en het zoeken naar mogelijkheden een signaleringstaak in de samenleving tot ontwikkeling te brengen te weinig op de voorgrond stellen.

In feite is de verpleegkundige in de opleiding onvoldoende uitgerust om het noodzakelijke antwoord te kunnen geven op de sociale verschraving in het maatschappelijk leven en op de structurele barrières ten aanzien van een van mens-tot-mens invoelbare solidariteit. Ik hoop dat artsen met mij de opleidingen zullen uitdagen deze optimale verpleegkunde te bevorderen. Het is met name levensreddend voor het behartigen van de huisartsfunctie in de periode naar het jaar 2000.

Naar het jaar 2000

Naar mijn persoonlijke opvatting zullen zich in de periode naar het jaar 2000 twee hoofdstromingen aftekenen in de ontwikkelingen.

Eerste hoofdstroming

Door de inspanning van vele wetenschappers, vooral ook werkzaam in het kader van het medisch denkmodel zal een ongekende vooruitgang plaatsvinden van de bio-medische research (vgl. de Verenigde Staten en Japan). Aangenomen mag worden dat zich onvoorstelbare mogelijkheden zullen openen voor de geneeskunde van de toekomst.

Op grond hiervan is het noodzakelijk de hoogste prioriteit toe te kennen aan het in stand houden van geavanceerde klinische centra voor onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg. Bij deze patiëntenzorg zullen ook alternatieve vormen moeten worden gevonden voor het functioneren in de samenleving van de geneeskunde (de vraag is of het dan voornamelijk over huisartsengeneeskunde zal gaan).

Tweede hoofdstroming

Door de voortgaande vergrijzing van de bevolking, door het behouden van levenskansen voor chronisch zieken en voor gehandicapten, door de voortgaande vermindering van de werkgelegenheid en door het blijven toenemen van ingrijpende sociale veranderingen, met name zich uitende in alternatieve levensvormen en relatie-opbouw, zal het zorgend handelen uitermate belangrijk worden.

Voor zuigelingen, kleuters, schoolgaande jeugd, adolescenten en andere leeftijdsgroepen, eveneens voor degenen die tot de culturele minderheden behoren, zal een gezondheidsbeschermende na-veelfunctie van een van mens-tot-mens invoelbare solidariteit moeten worden geschapen. Deze kan de grondslag vormen voor een perspectief van zingeving van het menselijk bestaan in deze tijd.

Vele maatschappelijke krachten zullen hiertoe een bijdrage moeten leveren. De zwaarste verantwoordelijkheid rust echter naar mijn persoonlijke opvatting op de eerste lijns gezondheidszorg. Deze zal voor een effectievere werkwijze kansen moeten bieden voor een optimale verpleegkunde. Deze optimale verpleegkunde zal in het zorgend handelen een spilfunctie kunnen vervullen omdat men met een lage drempel temidden van de mensen kan staan. Vanuit deze kenschetsing van de toekomst vind ik de departementale nota 'Schets eerste lijns gezondheidszorg' wel uiterst mager. Bovendien meen ik dat het van de hoogste prioriteit is dat men vorm geeft aan een functioneren van de eerste lijn die vervlochten is met de rauwe werkelijkheid in de verschillende milieus van het samenleven. Zonder vervlechting van een eerste lijn ►

* Duijnhoven, Mari van en Paul Stevens, 'Mensgerichte zorg' – uitgangspunt voor verpleegkundige deskundigheidsontwikkeling I – Tijdschrift voor Ziekenverpleging 34, nr. 13 (1981) p. 595 e.v. en II – Tijdschrift voor Ziekenverpleging 34, nr. 16 (1981) p. 709 e.v.

met pogingen tot zelfzorg en zelfhulp, met inspanningen voor de emancipatie van de jeugd, van de vrouwen, van de ouder wordende mens, van de bejaarden, de culturele minderheden en de langdurig werklozen met de hunnen kan men voor de komende tijden geen effectieve gezondheidszorg inhoud geven.

Het is opvallend dat tot nu toe de beroepsrollen van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen in de ambulante zorg en van de wijkverpleegkundigen in de maatschappelijke discussie over de toekomst praktisch geen aandacht heeft gekregen. Het gaat echter in belangrijke mate over deze beroepsrollen omdat het zwaartepunt zal moeten komen te liggen op de voeding van de medemenselijkheidsbeleving in de verscheidene milieus waar de roep om een eigentijds zorgend handelen het meest klinkt. Het signaleren van deze roep om eigentijds zorgend handelen zal veelal binnenkomen via de genoemde typen verpleegkundigen en degenen die met hen in de non-professionele gezondheidsbescherming samen willen werken.

Het beslissende criterium voor de beoordeling van de kwaliteit van de zorg in de eerste lijn moet door de politiek mijns inziens worden gelegd bij de effectiviteit van het bijdragen tot medemenselijkheidsbeleving.

Toekomstige functie huisarts

Als buitenstaander wil ik mijn persoonlijke bijdrage leveren aan de huidige maatschappelijke discussie. In de eerste plaats stel ik vast dat er geen effectieve eerstelijns gezondheidszorg is ontstaan omdat men geen grenzen heeft willen aangeven voor de functiebehartiging van enerzijds het geneeskundig handelen en anderzijds het zorgend handelen.

Helaas moet worden geconstateerd dat bijna iedere beroepsbeoefenaar in de eerste lijn vanuit zijn eigen leef- en denkmiddel in feite claimt dat men een mengvorm van geneeskundig en zorgend handelen kan en moet aanbieden. Ik zie daarvoor in de toekomst geen ruimte, omdat deze beide typen van handelen een volstrekt andere optiek hebben.

Een schaduwzijde van de huidige situatie is naar mijn mening ook dat iedere beroepsbeoefenaar zo vreselijk druk bezig is met de vormgeving van de eigen beroepsrol, zodat men zeker geen tijd heeft of neemt om zich te verdiepen in de beroepsrol van de 'anderen'. Die anderen zijn van een andere – wellicht niet begrijpbare – discipline.

Desalniettemin wordt vrij algemeen de

suggestie gewekt dat een kwaliteitsverbetering in de eerste lijn optreedt door interdisciplinair werken. Ik ben het met de Haagse huisartsen hardgrondig eens dat voor de constatering daarvan geen parameters zijn ontwikkeld. Bovendien ontbreekt het aspect van denken over begeleiding en inhoudgeving aan medemenselijkheid in het kader van een optimale verpleegkunde.

Een schaduwzijde is vervolgens dat verschillende eerstelijns disciplines segmenten zijn die bij elkaar horen, doch die in feite uit elkaar worden getrokken door de professionalisering met zijn vérgaande beroepsbescherming en superdifferentiatie in de opleidingen die geen rekening willen houden met de processen van maatschappelijke ontwikkelingen in de samenleving. Is het te boud gesproken als ik de gedachte opwerp dat men in plaats van aan integratie en complementariteit meer aandacht schenkt aan de competentiegeschillen en de methodenstrijd over de door de beroepsbeoefenaren eenzijdig te bepalen kwaliteit van het aan te bieden produkt? Dit alles wringt in de eerstelijns gezondheidszorg.

De overheid die de eindverantwoordelijkheid draagt voor de kwaliteit van de zorg zal een keuze moeten maken, zal verder moeten gaan dan het schrijven van een schets van een eerstelijns gezondheidszorg.

De huisarts van deze tijd en van de toekomst is in feite een slachtoffer van de vaagheid over de complementariteit van het geneeskundig en van het zorgend handelen. Er zullen lijnen moeten worden getrokken, waardoor de opleiding tot huisarts rekening gaat houden met de tijd- en cultuurgebondenheid van het gezondheidsbegrip en het ziektebegrip en de huisarts meer wordt voorbereid op de ongelooflijke 'impact' van het proces van maatschappelijke ontwikkelingen.

De huisarts is nu wellicht een beklagenswaardig man of vrouw. Als vooruitgeschoven post van het geneeskundig handelen krijgt hij/zij onvoldoende steun van het klinisch centrum. Superdifferentiaties in de opleiding bieden nieuwe manpower op de markt aan die de huisartsfunctie uithollen. Het geneeskundig onderwijs heeft zich nog nimmer ingeleefd in de problematiek van de ziekte die optreedt ten gevolge van het sociaal en cultureel veranderingsproces. Het is een laboratorium gebleven. Alleen degenen die een identificeerbare ziekte hadden, konden in het lab bestuderen.

Het streven van de maatschappelijke organisaties, van de overheid en van het

parlement zou mijns inziens gericht moeten zijn op het mogelijk maken van uitoefening van twee kernfuncties door de huisarts:

Eerste kernfunctie

Het zijn van een geneeskundige spil te midden van de werkzaamheid van vele geneeskundigen en gestoeld op de specifieke ervaringen in de milieus van de veranderende samenleving.

Tweede kernfunctie

Het organiseren van het opvangen van signalen vanuit een gevarieerde werkzaamheid voor het zorgend handelen door professionelen en niet-professionelen. Bij de opbouw van deze kernfunctie kan het opvangen van de signalen worden geconcentreerd op signalen van basiseenheden van wijkverpleegkundigen en van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Om deze toekomst-huisarts bij deze signaalverdeling een fundamentele rol te geven zal men binnen de maatschappelijke organisaties van de geestelijke gezondheidszorg en van de maatschappelijke gezondheidszorg nog een scherpe discussie moeten voeren.

Waartoe dienen de signalen? Ik meen dat het van belang is dat men per regio komt tot een op signalen gebaseerd overleg van epidemiologen, sociaal-geneeskundigen, klinisch artsen en medisch sociologen. Deze zouden hun denkproces moeten richten op het aandragen van materiaal voor het ontwikkelen van een realistische preventieve gezondheidszorg voor de komende twintig jaar. Huisartsen zullen in dit regionale overlegplatform een essentiële taak moeten vervullen.

Tot slot merk ik nog op dat het ontwikkelen van de twee kernfuncties per regio een bezinning vraagt op signaalprocedures en referentiekaders. In elk geval moet worden gewaarborgd dat men door middel van de opvang van sociale signalen een onmisbaar instrument in handen moet kunnen krijgen om te komen tot de zo gewenste consument-gerichte strategie van de toekomstige gezondheidszorg. Bij dit hele vormgevingsproces moet men bedenken dat het geen medisch ondersje moet worden. Vooral zal men een poging moeten doen toch te leren van de twee genoemde typen verpleegkundigen die erop ingesteld moeten raken een gelijkwaardige rol te gaan vervullen in de brugfunctie tussen het geneeskundig en zorgend handelen. ■

Vijftig jaar SRC

Overheid en specialistenregistratie

Tijdens de officiële bijeenkomst ter gelegenheid van het vijftigjarig bestaan van de Specialisten Registratie Commissie, zaterdag 3 april jl. in het Congresgebouw te 's-Gravenhage, is door verschillende sprekers nader ingegaan op de rol die de overheid vervult, respectievelijk dient te vervullen met betrekking tot de registratie van medische specialisten.

De minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mevrouw M. H. M. F. Gardeniers-Berendsen, wees in dit verband onder meer op de belangrijke rol die zij de SRC toedent in relatie tot de nieuwe wetgeving op het terrein van de medische beroepsuitoefening. Doelend op de op stapel staande Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) stelde de minister: '... deze wet gaat uit van het principe van titelbescherming. Het recht tot het voeren van de titel ontstaat door inschrijving in een overeenkomstig de wet ingesteld register. Het verbod tot uitoefening van geneeskunst door anderen dan degenen die daartoe bevoegd zijn verklaard wordt opgeheven, doch een aantal handelingen blijft voorbehouden aan bepaalde groepen van deskundigen. Anderen zijn daartoe dus niet bevoegd en zijn strafbaar indien zij daartoe niettemin overgaan. Onder deze voorbehouden handelingen vallen onder andere de heilkundige, tandheelkundige en verloskundige handelingen, het voorschrijven van geneesmiddelen en het toedienen van algehele narcose.'

'Inschrijving in het register en de mogelijkheid om daardoor een titel op het terrein van de individuele gezondheidszorg te voeren vindt alleen plaats als een wettelijk geregelde opleiding voor dat specifieke beroep is gevolgd. In het register komen alleen basisberoepen. De nieuwe regeling houdt zich wel bezig met de specialismen en de specialisten. Gekozen is voor het stelsel dat indien door een privaatrechtelijke organisatie, welke representatief is voor de beroepsgenoten, een specialistenregeling in het leven is geroepen en daarbij een orgaan is ingesteld, dat belast is met de aanwijzing van specialismen en de regelingen ten aanzien van de opleiding tot specialist, door de betrokken ministers kan worden bepaald dat de krachtens zo'n regeling ontstane titels als wettelijk erkende specialistentitels worden aangemerkt'.

'Om het kwaliteitsniveau te waarborgen worden in deze wet een aantal eisen opgesomd waaraan zo'n specialistenregeling moet voldoen. Deze wettelijke regeling sluit dus aan bij

de huidige praktijk die de specialistenregeling overlaat aan de eigen groep. De overheid erkent hiermee nog eens nadrukkelijk dat primair de eigen groep geroepen is om uit te maken of een onderdeel van het vak zich heeft ontwikkeld tot een afgerond nieuw geheel waarvoor een bijzondere regeling moet worden getroffen. Het feit dat de overheid in een nieuwe wet deze regeling weer overlaat aan de eigen groep houdt een waardering in voor het privaatrechtelijk karakter van de huidige regeling en een waardering voor het werk van de Specialisten Registratie Commissie.'

Tot zover minister Gardeniers, wier blij van waardering voor het werk van de SRC de bijval oogstte van de voorzitter van het Centraal College voor de erkenning en Registratie van Medische Specialist, Dr. W. van Zeben, die er onder meer nog het volgende aan toevoegde:

'Uit internationale ervaring met opleidingsvraagstukken in de landen der EEG weet ik dat men de regeling van de opleiding tot medisch specialist zoals die thans in Nederland gangbaar is gaarne ten voorbeeld neemt. Dit stemt tot tevredenheid evenals het feit dat de thans geldende regeling zijn weerslag en erkenning heeft gevonden in het Voorontwerp Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.'

Dr. Van Zeben herinnerde er in ander verband voorts aan wat in 1949 de toenmalige voorzitter van de KNMG, Van Erp Taalman Kip schreef in het gedenkboek ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan van de Maatschappij Geneeskunst, onder andere: '... dat, hoe-

zeer ook aan de Maatschappij voor Geneeskunst de eer toekomt voor haar initiatief tot de registratie van medisch specialisten in 1931, op den duur regeringsbemoeïing met de erkenning van specialisten en specialismen niet kan uitblijven'. En verder: 'Ik vraag mij af of de regering ook niet de noodzaak zal gevoelen, dat zij in veel belangrijker mate dan thans het geval is, zal hebben bij te dragen tot de financiering van de opleiding der specialisten'.

Voor wat betreft de eerste uitspraak had Van Erp Taalman Kip volgens de voorzitter van het Centraal College gelijk gekregen. De tweede uitspraak was volgens hem helaas niet bewaard. Dr. Van Zeben: 'Zelfs valt te vrezen dat in de noodzakelijke en steeds toenemende werkzaamheden van Uw commissie het financiële aandeel dat het ministerie hierin draagt aanzienlijk zal worden beknot. Wij blijven hopen dat, ondanks alle noodzakelijke en voor ons ook begrijpelijke bezuinigingen, de regering zal erkennen dat een organisatie als de Uwe en de onze, die voor een belangrijk deel haar werkzaamheden kan verrichten door de belangeloze inzet van velen, recht heeft op een bijdrage van de overheid'.

Ondubbelzinnig

KNMG-voorzitter Dr. J. J. H. M. Daniëls lichtte deze kwestie concreet en ondubbelzinnig toe als vervolg op zijn schets hoe de overheid haar invloed bij de erkenning en registratie wilde versterken c.q. verdubbelen. Dr. Daniëls: 'In het licht van het voorgaande zult U de verbazing, zelfs boosheid, van de KNMG kunnen begrijpen toen wij op 9 maart 1981 een brief ontvingen waarin de overheid, bij monde van



'Waarom zo'n ophef over vijftig jaar inschrijven van specialisten (in totaal wel meer dan tienduizend)? Waarom zoveel mensen uitnodigen om terwille van dit feit in een vergadering bijeen te komen? Deze vragen zouden alleen opgaan indien de SRC zich uitsluitend zou bezighouden met datgene wat door haar naam wordt gesuggereerd.' Aldus Dr. J. M. J. Tans, voorzitter van de Specialisten Registratie Commissie, die de viering van het gouden SRC-jubileum in Den Haag als volgt motiveerde:

'Men weet dat onze commissie, behalve met de registratie van specialisten en alles wat daarmee samenhangt, tevens belast is met de beoordeling en controle van de kwaliteit van circa vijfhonderd opleidingen in naar schatting een honderdvijftig ziekenhuizen. Omdat vooral deze laatste taak zo veelomvattend is en over zoveel schijven loopt, meenden wij het vijftigjarig jubileum niet ongemerkt voorbij te kunnen laten gaan. Daar komt bij dat de opdracht van onze commissie alleen goed kan worden vervuld door een subtiel samenspel met alle opleiders, de visitatiecommissies, de landelijke wetenschappelijke specialistenverenigingen en de assistent-geneeskundigen. Vanuit deze gezichtshoek is het niet uitsluitend een jubileum van de SRC, maar ook van allen die bij de opleiding van specialisten betrokken waren en zijn.'



De feestelijke herdenkingsbijeenkomst ter gelegenheid van het vijftigjarig bestaan van de Specialisten Registratie Commissie (foto boven) werd besloten met een receptie in het Congresgebouw te 's-Gravenhage (foto's onder).



Minister Gardeniers van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (rechts) in gesprek met de directeur-generaal van haar departement, de heer J. van Londen (links), alsmede met SRC-voorzitter Dr. J. M. J. Tans en diens echtgenote.



de minister van Onderwijs & Wetenschappen, aankondigde de overheidsbijdrage in de kosten te willen halveren. Een verdubbeling van de invloed koppelen aan een halvering van de bijdrage is voor de KNMG uiteraard onaanvaardbaar, wij zullen ons met alle kracht en middelen verzetten tegen een zo rigoureuze verlaging van de overheidsbijdrage. Reeds sinds jaar en dag werd vanwege de overheid een bijdrage tot de helft van de 'totale' kosten gegeven.'

'Bedenken wij daarbij dat het systeem van erkenning en registratie zowel ten goede komt aan leden van de KNMG als aan niet-leden en dat alleen de leden het KNMG-aandeel van 50% der totale kosten opbrengen. De niet door inschrijvingsgelden gedekte kosten van drie organisaties voor erkenning en registratie bedroegen in 1981 ruim f 1.600.000, voor de helft gedragen door de overheid, voor de helft door de leden van de KNMG. Bedenken wij daarbij dat een niet onbelangrijk deel van de activiteiten ten behoeve van erkenning en registratie op geheel vrijwillige basis wordt verricht, dat wil zeggen zonder enige vergoeding dan wel voor een vergoeding die in generlei verhouding staat tot de geleverde inspanning in het tijdsbeslag. Het berekende, nooit opgevoerde, tijdsbeslag van de betrokken leden in colleges en commissies bedraagt 30.000 man/vrouw-uren per jaar. De omvang van deze nimmer gedeclareerde kosten bedraagt ruim f 800.000. Het feitelijke aandeel van de KNMG, in geld uitgedrukt, is dus ruim het dubbele van het bedrag dat door de overheid wordt gefinancierd. Bedenken wij daarbij dat een verdere verhoging van de inschrijfgelden voor de assistent-geneeskundigen op principiële zowel als op economische gronden volstrekt onjuist is. Voor het toepassen van het profijt-beginsel kunnen wij geen redelijke argumenten vinden.'

'Wil de overheid haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de voortgezette specifieke beroepsopleiding blijven dragen dan zal zij haar medefinanciering van de kosten op tenminste hetzelfde niveau dienen voort te zetten. Ten overvloede wijs ik er daarbij op dat nu al het berekende reële aandeel van de KNMG meer dan het dubbele bedraagt van dat van de overheid. Zou de overheid, ondanks de gevraagde uitbreiding van haar bevoegdheden, besluiten haar aandeel te verminderen dan kan de KNMG hierin niet anders zien dan een niet meer willen of kunnen dragen van de medeverantwoordelijkheid voor de kwaliteit, welke dan logischerwijs gepaard dient te gaan met het niet langer uitoefenen van het vetorecht.'

Deze 'wat sombere woorden op deze feestelijke herdenking' moesten Dr. Daniëls van het hart. Niettemin eindigde hij toch nog in feeststemming: 'Ik ben mij ervan bewust dat ik mij in mijn betoog niet heb beperkt tot de Specialisten Registratie Commissie. Zij die de vijftigjarige geschiedenis kennen zullen weten dat deze commissie aan de oorsprong stond van het gehele systeem van erkenning en registratie, dat het gehele systeem uit haar is voortgekomen. In geen land ter wereld bestaat een ►

beter systeem, wij zijn daar trots op en daarom is het vandaag voor de KNMG een even grote feestdag als voor de Specialisten Registratie Commissie. Ik hoop dat de Specialisten Registratie Commissie tot in lengte van dagen, zich steeds waar nodig vernieuwend, haar taak kan blijven uitvoeren als waarborg voor de kwaliteit van de specialistenopleidingen. Ik dank de Specialisten Registratie Commissie, zowel de kleine vaste staf als het grote leger van vrijwillige en gemotiveerde medewerkers voor het vele werk dat zij verrichten in het belang van de aankomende specialisten en dus in het belang van de volksgezondheid.' Aldus tenslotte de KNMG-voorzitter.

Mankracht en middelen

Behalve over zaken die de SRC direct aangaan werd ook de aandacht gevestigd op actuele ontwikkelingen met betrekking tot behoeften aan en mogelijkheden voor mankracht en middelen op het gebied van de medisch specialisten. Minister Gardeniers daarover:

'De toenemende groei van het aantal specialisten en van het aantal specialisten is gepaard gegaan met een toenemende vraag naar specialistische hulp. Op basis van het beschikbare cijfermateriaal kan niet worden gesteld dat een veranderende bevolkingsopbouw, dan wel een veranderende morbiditeit tot nu toe belangrijke verklaringsmogelijkheden bieden voor de waargenomen toename in de vraag naar specialistische hulp. De ontwikkelingen in deze vraag zijn echter niet los te denken van meer algemene veranderingen in mentaliteit ten opzichte van diverse vormen van ziektegedrag.'

'De vraag wordt tevens gestimuleerd door het beschikbaar zijn van de benodigde middelen en mankracht om de toepassing van nieuwe medisch-technische ontwikkelingen mogelijk te maken. Een schatting van de vraag naar specialisten in de komende jaren zal gebaseerd moeten zijn op de ontwikkeling in de vraag naar specialistische hulp en op de ontwikkeling in de gemiddelde werkbelasting van de specialist. Een belangrijke factor die van invloed zal kunnen zijn is het in dienstverband gaan van specialisten. Hierdoor zal naar verwachting het aantal plaatsen voor specialisten toenemen. Deze verwachting is onder andere gebaseerd op de veranderingen in werkduur en activiteiten van de specialist.

'Uit onderzoeken blijkt de gemiddelde werkduur van specialisten te liggen rond de 55 à 60 uur per week. Bij het in dienstverband gaan van de specialist zal de duur van de werkweek zich meer in de richting bewegen van een normale werkweek. Naast deze te verwachten verkorting van de werkweek zal ook meer tijd worden besteed aan activiteiten die thans niet volgens een tarief worden gehonoreerd. Te noemen zijn onder andere de bij- en nascholing en overleg met patiënten en collega's. Ik kan daarom wel stellen dat op basis van deze factoren het aantal specialisten nog flink zal toenemen. Om inzicht te krijgen in wat ons op dit terrein te wachten staat, heb ik op 25 maart jl.

de Adviescommissie behoeftebepaling artsen geïnstalleerd'. Aldus minister Gardeniers.

De vertegenwoordiger van het Centraal Bestuur van de Landelijke Specialisten Vereniging, Dr. J. W. Imhof, legde het accent op enkele andere aspecten:

'Zowel binnen de ledenvergadering van de LSV als binnen de onderscheiden specialisten bestaat de absolute bereidheid om ruimte te maken voor jonge collegae. Naar ons idee kan deze ruimte worden gecreëerd door de vaak zeer hoge werkbelasting van de zittende specialist te verminderen, waarbij tegelijkertijd een evenredig deel van het inkomen wordt prijsgegeven. Dit geldt niet alleen – ik wil daar met grote nadruk op wijzen – bij het overgaan naar een dienstverband met zijn normwerkweek, waarover mevrouw Gardeniers zojuist sprak, maar dit geldt evenzo bij het overgaan naar het norminkomen, waaraan immers onlosmakelijk de normpraktijk met normwerk-tijd is verbonden.'

'Dezelfde hoeveelheid werk wordt door meer mensen gedaan. Dat is ons devies. Waar hebben we dit meer gehoord? Soms in de politieke visie van velen over banenplannen? Waarom, vragen wij ons af, geldt dit dan niet voor medische specialisten en kan dit niet worden gerealiseerd en geaccepteerd! De LSV heeft het hele systeem klaar. Normpraktijk bij norminkomen. Via het degressief systeem kan dit worden bereikt. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid tot instroom van jonge, nu of straks, werkloze specialisten. Wanneer dit is bereikt komen daarna de effecten van een goede totale manpowerplanning. Wij werken graag mee aan het realiseren van deze zaken en zijn bereid daarbij een garantie-afpraak te accepteren dat inderdaad dan door meer mensen dezelfde hoeveelheid werk zal worden verricht.'

'De LSV heeft over deze en andere aspecten – zoals u weet – een afspraak gemaakt met de Nederlandse regering, vastgelegd in het Protocol. En afspraak is afspraak, zo is ons gelukkig gebleken toen kortgeleden de problematiek rond enkele oliemaatschappijen speelde. Een gentleman's agreement was gemaakt en wordt – terecht denk ik – gehouden. Ook voor de LSV geldt afspraak is afspraak. En we moeten daarbij bedenken dat de betekenis van de totale medisch specialistische zorg in Nederland wellicht nog groter is dan de belangen van de vestiging van twee oliemaatschappijen in ons land! En daar komt nog wat bij. Wij hebben niet een gentleman's agreement (een 'heren-afpraak'). Nee, we hebben een door de LSV en de Nederlandse regering overeengekomen Protocol, dat later door de Tweede Kamer der Staten-Generaal is goedgekeurd. Dat is één. Wij hebben een uitspraak van de commissie-Erdbrink over het wegwerken van positieve restposten via het degressief systeem. Dat is twee. En tenslotte is er nog de kamerbreed geaccepteerde Motie Engwirda over deze problematiek. Dat is drie. Wat wilt u nog meer?'

'De LSV', zo besloot Dr. Imhof, 'ziet de toekomst wat deze zaken betreft scherp en duidelijk voor ogen. En het beste cadeau dat wij op deze vijftigste verjaardag kunnen aanbieden is het LSV-plan, dat garandeert dat de door u op hun opleidingskwaliteit beoordeelde en geregistreerde jonge specialisten allen aan het werk kunnen. Daarbij bedenkend dat daardoor de kwaliteit van de specialistische geneeskunde niet alleen gehandhaafd zal blijven maar zeker zal toenemen.'

Medische informatie ten behoeve van politie en justitie

Zoals in perspublicaties reeds is bekend gemaakt is binnen een werkgroep van het ministerie van Justitie, waarin ook de KNMG vertegenwoordigd is, overeenstemming bereikt over een tijdelijke regeling, waarbij wordt voorzien in informatie vanuit de behandelende sector aan politie en/of justitie uitsluitend met betrekking tot letsels van eenvoudige aard, opgelopen binnen het kader van verkeersongevallen. Het nieuw ontworpen formulier is qua inhoud en vraagstelling aanzienlijk eenvoudiger en beperkter van aard dan het model dat vroeger werd gehanteerd en dat thans niet meer mag worden gebruikt.

In het officiële gedeelte van Medisch Contact nr. 17/1982 van 29 april a.s. zullen uitvoeriger mededelingen volgen.

Utrecht, 8 april 1982

Dr. H. Roelink, secretaris



Psychiatrie in dwangbuis

Het rapport van de commissie-Verhagen en het regeringsstandpunt over psychotherapie hebben de problematiek rond de plaatsbepaling van de psychiatrie niet opgelost; wel hollen ze de zelfstandige beroepsuitoefening uit. J. H. Goud, lid van de Commissie beroepsuitoefening van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, bestuurslid van de Vereniging van Nederlandse Psychiaters en bestuurslid van de Commissie vrij-gevestigde psychiaters van de Amsterdamse Speciale Vereniging, voorziet een onwerkbaar 'mini-praktijk'.

Wat eerst het specialisme zenuw- en zielsziekten heette werd in 1972 gesplitst in de specialismen psychiatrie en neurologie. Van de oorspronkelijke zenuwarts was het wel duidelijk dat hij een medische specialist was, maar van de psychiater werd allengs minder helder hoe medisch hij nog kon worden genoemd. Er traden accentverschuivingen in zijn werkerterrein op: van zuiver biologisch en individueel gericht geneeskundige werd hij tot iemand die ook systematisch de psychologische en sociologische aspecten in zijn werk ging betrekken. In feite bedreef hij daarmee wat door Querido 'integrale geneeskunde' wordt genoemd.

Uit onvrede over de onmacht van de zuiver biologische en individueel gerichte benadering binnen de psychiatrie heeft de psychiater samenwerking gezocht met niet-medische disciplines. Zo kwam hij in contact met andere theoretische referentiekaders en leerde hij allengs hoe de daarvan afgeleide methodieken systematisch in de behandeling toe te passen. Het werken in teamverband kreeg de aandacht.

Soms werd echter in het team vervaagende democratische besluitvorming doorgevoerd. Daarbij had de meerderheid, bestaande uit niet-medici, half- en ondeskundigen, het voor het zeggen. Zo werd de positie van de psychiater als deskundige op het gebied van de integrale aanpak ondermijnd. Veel psychiaters begonnen zich op deelgebieden te concentreren en bekwaamden zich in specifieke methodieken, met het risico dat de andere as-

pecten van de psychiatrie daardoor in het gedrang kwamen. Ook dat heeft aan het geïntegreerd functioneren van de psychiater geen goed gedaan. Bovendien ging het contact met collega's die andere gebieden tot aandachtsveld hadden gekozen, verloren.

Er bloeide onderling een sterke competentiestrijd op. De psychiatrie raakte in een *identiteitscrisis*. Daardoor kregen enkele groeperingen de kans te verkondigen dat het werk van een psychiater gemakkelijk door een psycholoog in combinatie met een arts kan worden overgenomen. Sommigen lieten zich opslokken door de psychosociale markt van welzijn en geluk, of noemden zich simpelweg 'therapeut'. Anderen legden zich toe op de biologische aspecten van het vak.

Door de opkomst van een groot aantal psychologen, maatschappelijk werkenden en anderen op het gebied van de psychotherapie, dreigde deze vorm van hulpverlening onder meer qua kosten te omvangrijk te worden. Op dat moment besloot men orde op zaken te stellen.

Rapport commissie-Verhagen

Onder leiding van Mw. Dr. H. J. A. Verhagen, hoofdinspecteur voor de geestelijke volksgezondheid, werd in samenwerking met vertegenwoordigers van de diverse beroepsgroepen een rapport opgesteld over de psychotherapie. Het lag in de bedoeling dat ook het functioneren van de (zelfstandig gevestigde) psychiater op dat gebied aan de orde zou komen. Echter, de definiëring van psychotherapie is in het desbetreffende rapport zo beperkt gehouden, dat de door de psychiater uitgevoerde psychotherapeutische behandeling daar niet onder te vangen is. Over de vraag of de psychiater als psychotherapeut kan worden beschouwd blijft het rapport onduidelijk. Het komt erop neer dat de (vrijgevestigde) psychiater, die hetzij klinisch, hetzij poliklinisch psychotherapie beoefent, wordt *geadoogd*, maar meer ook niet.

Standpunt regering

Intussen is de roep om beheersing van de kosten door de economische recessie allengs luider geworden. Er dient één financieringsregeling te komen (AWBZ) voor de hele (geestelijke) gezondheids-

zorg, zo wil de regering. Nederland moet worden opgedeeld in (gezondheids)regio's onder beleidsregie van provinciale en gemeentelijke overheden (Wet Voorzieningen Gezondheidszorg). De huidige pluriformiteit van voorzieningen dient plaats te maken voor slechts één regionaal instituut voor (ambulante) geestelijke gezondheidszorg (RIAGG), met één gezamenlijk budget. De (nog) vrijgevestigde psychiater krijgt hierdoor de schier onmogelijke taak opgedrongen zijn wijze van werken en zijn specifieke patiëntenbestand in dat geheel te bevechten. Dat wordt des te moeilijker omdat men van plan is de hele patiëntenstroom via een indicatieteam te laten lopen.

Het plan is (vooralsnog op het gebied van de psychotherapie) uitgewerkt in het eind 1981 uitgekomen 'Regeringsstandpunt over Psychotherapie'. Indien dit standpunt wordt aanvaard betekent dit een groot gevaar voor de rechten van de patiënt en een ondermijning van de zelfstandige en vrije beroepsuitoefening van de psychiater.

Commentaren

De hoofdpunten uit dit regeringsstandpunt zullen nu, gelaardeerd met de officiële commentaren, zoals deze schriftelijk aan de regering zijn bericht, puntsgewijs worden behandeld.

Inspraak

In het regeringsstandpunt staat, dat personen en organisaties ruimschoots in de gelegenheid zijn geweest hun zienswijze kenbaar te maken.

Ons commentaar hierbij is, dat kenbaar maken wel kon maar dat er niet wezenlijk rekening is gehouden met de diverse commentaren. Met name is de visie van de psychiaters, zelfstandig dan wel in dienstverband, poliklinisch en klinisch werkzaam, buiten beschouwing gelaten. Ook heeft de regering onvoldoende rekening gehouden met de lijn zoals deze in het rapport-Verhagen werd aangegeven. Volgens de regering biedt het rapport een basis voor een beleid dat landelijk kan worden aanvaard.

Dit is volgens *ons* niet correct. Door de commentaren van de psychiaters niet wezenlijk in het rapport op te nemen, mist dit rapport juist een belangrijke grond als beleidsinstrument. ►

Volgens de *Nationale Ziekenhuisraad* (NZR) wordt in het rapport te sterk de nadruk gelegd op een populatie waarin het functioneren nog zodanig intact is dat er vooral sprake is van een preventieve in plaats van de noodzakelijke curatieve hulp. De onderschatting van de curatief gerichte klinische psychotherapie heeft dan ook geleid tot het wegvallen van het moderne psychiatrische ziekenhuis (inclusief polikliniek) uit de rij van belangrijke kaders waarbinnen psychotherapie-opleidingen worden verzorgd. De NZR stelt voorts, dat de psychiatrische ziekenhuizen (inclusief poliklinieken) functioneren op grond van hun verplichting tot curatieve werkzaamheid, maar dat door deze afgrenzing van de psychotherapie van andere hulpverleningsvormen de kans groot is dat het psychotherapeutische element uit de curatieve, psychiatrische behandeling verdwijnt.

Plaatsbepaling psychotherapie

Volgens het *regeringsstandpunt* is psychotherapie een proces dat wordt gekenmerkt door één centraal psychotherapeutisch referentiekader en één daarvan afgeleide methodiek.

Ons commentaar hierop is, dat deze definitie volstrekt ontoereikend is voor de psychotherapeutische werkzaamheden binnen de psychiatrie. Hiervoor geldt immers, dat er in de meeste gevallen meerdere referentiekaders en methodieken worden gebruikt. Het doel is immers de ziekmakende factoren op zowel lichamelijk, psychisch als sociaal gebied integraal te kunnen aanpakken; zo is het bijvoorbeeld langzamerhand algemeen bekend dat voor een belangrijk deel van de patiëntenpopulatie een combinatie van psychotherapie en medicamenteuze behandeling noodzakelijk is.

Het standpunt van de NZR is, dat de beoogde afgrenzing van de psychotherapie van andere hulpverleningsvormen nimmer mag leiden tot verwijdering van psychotherapeutische elementen uit de curatieve, psychiatrische behandelingsaanpak. Organisatorische of financiële regelingen mogen de handhaving van een aanvaardbare kwaliteit van curatieve geestelijke gezondheidszorg niet belemmeren; integendeel, organisatorische en financiële regelingen dienen deze curatieve zorg mogelijk te maken.

Opleiding in de psychotherapie

De *regering* deelt de mening niet dat de psychiater de basisopleiding psychotherapie in het geheel niet hoeft te doorlopen.

Ons commentaar hierop is het volgende. Sinds 22 juni 1981 is via een wettelijke regeling de opleiding tot psychiater gebaseerd op de eis dat zij kwantitatief en kwalitatief voldoende is voor de zelfstandige beroepsuitoefening van de psychiatrie in de biologische, sociale en psychotherapeutische aspecten. Hoewel de leertherapie niet apart deel uitmaakt van de opleiding tot psychiater, vormt zij bezien vanuit haar doelstelling – het bevorderen van een proces van bewustwording ten aanzien van eigen functioneren – een geïntegreerd onderdeel van deze opleiding.

De in de moderne psychiatrische ziekenhuizen (inclusief poliklinieken) gangbare (multidisciplinaire) teambesprekingen leiden tot de noodzakelijke beschouwing van de mogelijkheden van de kandidaat in opleiding. Dat is gelijkwaardig aan, zo niet aanmerkelijk veelzijdiger en intensiever dan de vereiste leertherapie in de basisopleiding. De argumenten om de psychiaters niet te erkennen als psychotherapeuten met een basisopleiding, zijn daarom zeer aanvechtbaar.

Zelfstandige beroepsuitoefening

Zowel in het rapport-Verhagen als in het *regeringsstandpunt* worden alleen de nadelen genoemd die het functioneren van de zelfstandig gevestigde psychiater met zich mee kan brengen.

Teneinde tot een evenwichtig oordeel te komen is het volgens *ons* nodig óók de voordelen te noemen zoals:

- gegarandeerde vrije artskeuze door patiënt;
- behandelaar is voor verwijzer en patiënt gemakkelijk bereikbaar (lage drempel), waardoor ook snelle hulp mogelijk is;
- receptie, diagnostiek, verslaglegging en behandeling rusten in één hand, waardoor de continuïteit van de behandeling is gewaarborgd, demotiverende werking ten gevolge van een lange intake-procedure wordt voorkomen, er geen bureaucratische rompslomp is en tijdrovende overlegstructuren worden vermeden;
- goedkopere hulp (scheelt ongeveer 50% met a.g.g.z.-hulp);
- brede opleiding en klinische ervaring van de psychiater waarborgen het beste een adequate behandeling voor een brede patiëntenpopulatie.

De *regering* wil alleen psychotherapie voor financiering in aanmerking laten komen indien deze is verleend door psychotherapeuten die werkzaam zijn in dienstverband, met uitzondering van de thans

zelfstandig gevestigde psychotherapeuten-artsen.

Het kan door *ons* niet worden geaccepteerd dat alleen de reeds gevestigde psychiaters voor financiering in aanmerking komen. Immers, psychotherapie vormt een essentieel onderdeel van de psychiatrie en kan daar niet los van worden gemaakt. De huidige en toekomstige (zelfstandig gevestigde) psychiater is in staat een volledige psychiatrische behandeling, inclusief psychotherapie, te verrichten.

Vrije beroepsuitoefening (professionele autonomie)

De *regering* acht het wenselijk dat in principe alle patiënten die voor psychotherapie in aanmerking komen door een indicatieteam voor psychotherapie worden bekeken.

Het is voor *ons* onaanvaardbaar dat de psychiater het integraal uitoefenen der geneeskunst (in de zelfstandige praktijk) onmogelijk wordt gemaakt. Bovendien werkt een indicatieteam voor de patiënt drempelverhogend en geeft het tijdverlies, schadelijke bureaucratisering en kostenvermeerdering.

Het is onduidelijk hoe onrechtvaardigheid bij de verwijzing kan worden voorkomen op een terrein waar geen objectieve maatstaven bestaan en persoonlijke sympathieën en antipathieën een grote rol spelen.

Rechten van de patiënt

In het geval dat de patiënt zich rechtstreeks tot een zelfstandig gevestigde psychiater wendt en dit resulteert in een kortdurende psychotherapeutische behandeling van twaalf zittingen, acht de *minister* het niet zinvol de patiënt te belasten met de voorgescreven intake-procedure, hoewel het in bovenvermelde gevallen wel noodzakelijk blijft het indicatieteam te informeren.

Ons commentaar hierbij is, dat dit standpunt impliceert dat de (zelfstandig gevestigde) psychiater slechts een ridicule 'mini-psychotherapie' voor zijn patiënt kan indiceren. Bovendien schaaft de verplichting, achteraf het indicatieteam te informeren, de privacy van de patiënt en is zij in strijd met het beroepsgeheim van de artsen.

In het huidige ziekenfondspakket heeft de verzekerde recht op maximaal 90 zittingen psychotherapie, en wel door een psychiater persoonlijk gedaan. Reductie van dit maximum-aantal zittingen tast de rechtspositie van de ziekenfondsverzekerde aan.

Al met al is een reële keuze van de hulpzoekende tussen enerzijds het voornamelijk psychosociale circuit van de ambulante geestelijke gezondheidszorg en anderzijds het geneeskundig circuit van de (zelfstandig gevestigde) psychiater ten gevolge van monopoliepositie van het indicatieteam onmogelijk. De uitoefening van de geneeskunst door een (zelfstandig gevestigde) psychiater wordt zodanig aan banden gelegd dat een verantwoorde integrale psychiatrische behandeling van patiënten onmogelijk wordt.

Conclusie bestuur Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is in afwijking van het regeringsstandpunt van mening, dat de psychiater bevoegd is tot het uitoefenen van de psychotherapie en dat de uitoefening daarvan door de zelfstandig gevestigde psychiaters tot de mogelijkheden moet blijven behoren, echter zonder dat een en ander extra in de honorering tot uitdrukking komt. Gebeurt dit niet, dan leidt dit onherroepelijk tot fragmentatie van het behandelingsplan en de daaraan verbonden verantwoordelijkheid, reductie van het psychiatrisch handelen tot overwegend medicamenteuze behandelingsmethoden, drempelverho-

ging ten detrimente van uiteenlopende psychiatrische patiënten, tijdverlies, kostenstijging en beperking van de vrije artskeuze.

Het bestuur is van mening, dat in het regeringsstandpunt deze en eerder genoemde nadelen niet of onvoldoende worden belicht, hetgeen een evenwichtige besluitvorming over de betreffende materie in de weg staat.

Medische profilering

Met bovenvermelde stellingname heeft de psychiatrie weer profiel gekregen. Vanuit deze positiebepaling is productieve samenwerking mogelijk met andere disciplines. Het is de taak van de psychiater en diens beroepsvereniging, dit medisch profiel (ook in de zelfstandige beroepsuitoefening) wáár te maken en af te grenzen van het psychosociale welzijns-werk.

Er zal nog veel overleg nodig zijn om de noodzakelijke differentiatie en afbakening tussen het psychiatrische circuit (zoals dat overwegend in de intra- en de extramurale geestelijke gezondheidszorg voorkomt) en het psychosociale circuit te bewerkstelligen, in weerwil van de stroomlijnings- en kostenbeheersingsoperaties van de financiers.

Wie volgt?

De Tweede Kamer heeft zich onlangs voor het dienstverband van medisch specialisten uitgesproken (motie-Toussaint). De regering volgt die lijn wanneer ze stelt dat toekomstige artsen (lees specialisten) slechts psychotherapie (lees-behandeling) mogen doen in dienstverband. Aangezien dit op zich eerder kostenverhogend dan kostenverlagend zal uitwerken – zie het rapport van de Wiardi Beckman Stichting terzake – moet de patiënt vrezen dat het hier slechts gaat om kostenbeheersing door uitholling van de professionele autonomie (lees: doorbreken van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt). Ook al hebben niet alle ondertekenaars van de motie-Toussaint en de voorstellers bewust voor deze consequentie gekozen, het gevaar ervan is levensgroot.

Terzijde zij nog opgemerkt dat deze stellingname er wel toe moet leiden dat de zelfstandige beroepsuitoefening zodanig wordt beperkt en de praktijken dus navenant worden uitgehold, dat de thans gevestigde arts en/of specialist nog slechts een onwerkbaar mini-praktijk rest op het moment dat hij deze overdraagt. Aldus is de regering op een indirecte wijze bezig voorbij te gaan aan de goodwill-problematiek! ■

door C. H. van Rhijn



Psychotherapie in het veld van nood en ziekte

Overdracht van het psychotherapiepakket door de zenuwarts aan een instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) gaat ten koste van de volksgezondheid in het algemeen en van de patiënten in het bijzonder. Aldus de Enschedese zenuwarts C. H. van Rhijn, die bijgaand de samenhang tussen hulpverlening en medische behandeling verduidelijkt.

In en door het rapport-Verhagen is er sprake van een begripsverwarring, die doorwerkt in alle discussies over wat in feite psychotherapie is en over de grens van psychotherapie ten aanzien van andere disciplines, met name de psychosociale hulpverlening. Als er ergens behoefte aan duidelijkheid is, dan is het hier, mede omdat er te zijner tijd verstrekkende (ook financiële) consequenties worden verbonden aan het over één kam scheren van psychosociale hulpverleners en psychotherapeuten. Ik ben niet de enige die sinds het verschij-

nen van het rapport-Verhagen heeft gepleit voor een onderscheid tussen de psychosociale hulpverlening, psychotherapie en de psychiatrische behandelingsmethodieken. Ik neem nu letterlijk de opvattingen van Van Ginniken (in het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid) over: 'Uitgaande van de huidige stand van zaken moet elk denken over oplossingen mijns inziens uitgaan van het gegeven dat er twee circuits zijn ontstaan: een psychiatrisch en een psychosociaal circuit, elk met een eigen patiënt- ►

ten-cliëntengroep en op deze groep gerichte specifieke functies'.

Teneinde de samenhangen die er bestaan tussen hulpverlening (eventueel psychosociaal) en psychotherapie (met aan de ene kant een hulpverleningsaspect en aan de andere kant een behandelingsaspect), en het uitsluitend medisch behandelen zichtbaar te maken kan het bijgaande model van nut zijn (zie *figuur*). In dit model staat de lijn A van nood naar welzijn loodrecht op de medische lijn, die gaat van ziek naar gezond.

In dit model zijn vier velden te onderscheiden:

1. het veld van welzijn en gezond zijn, dat is het optimaal bereikbare;
2. het veld van nood en gezond zijn (het welzijnsworkveld);
3. het veld van ziek-zijn en wel-zijn (het medisch-therapeutische veld); en
4. het veld van nood en ziekte (het samenwerkingsworkveld).

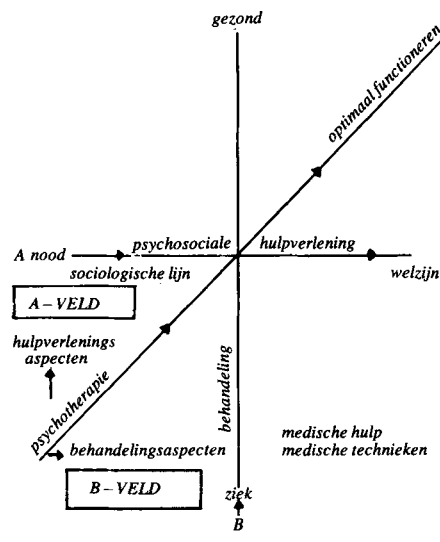
In het vierde veld ontmoeten de welzijnswerkers, de psychotherapeuten en de medici elkaar om zowel de nood te lenigen als de ziekte te bestrijden.

Grondbegrippen

Eerst moet er nu duidelijkheid komen over de grondbegrippen: 'hulp' en 'behandeling'. *Hulp* (hulpverlening) is bij uitstek een A-begrip en heeft geleid tot de vorming van A-beroepen. *Behandeling* is het grondbegrip van de B-disciplines en heeft geleid tot de ontwikkeling van B-beroepen. Een voorbeeld kan dit duidelijker maken: Een mens is te water geraakt en dreigt te verdrinken. De redder die hem op de wal brengt is A = hulpverlener. Nu heeft de drenkeling erg veel water binnen gekregen en heeft ademproblemen. De hulpverlener wordt nu tot B = behandelaar, bijvoorbeeld door mond-op-mond-beademing en/of door andere ingrepen.

Verdere uitwerking van de A-methode van hulpverlening kan worden gevonden in de vele boeken die zijn geschreven over welzijnswork en psychosociale hulpverlening. Ieder handboek of cursus of artikel, teruggrijpend op vroeger, zal gewag maken van het feit dat (psychosociale) hulpverlening een vanzelfsprekende taak was, namelijk van de medemens-naoer-burenplicht-familieverbanden-kerkelijke verbanden en dergelijke. Met het losser worden van deze vanzelfsprekende relaties kwam de noodzaak van het

Figuur. Psychotherapie in het veld van ziekte en nood.



maatschappelijk werk opzetten. Maar nog steeds zit er in het maatschappelijk werk iets van deze vanzelfsprekende medemenselijkheid. Dit houdt in dat de psychosociale hulpverlener de mens in zijn medemenselijke waarde laat. Het is een subjectieve-subjectiverende-participerende-relatie, waarbij de hulpverlener zich identificeert met de hulpvragende, teneinde dicht bij hem te kunnen komen om het: 'samen kunnen we de problemen beter aan'-principe in toepassing te brengen. Vele begrippen respectievelijk woorden zijn in dit gebeuren in de loop der jaren ingevoerd teneinde het 'proces' zichtbaar te maken en de methode overdraagbaar te maken, bijvoorbeeld op de sociale academies. Deze begrippen zijn alle zeer gemakkelijk te begrijpen, want/immers afkomstig uit het oorspronkelijk vanzelfsprekende inspringen van de ene mens in de noodsituatie van zijn medemens.

Nu volgt een aantal woorden dat min of meer in los verband met elkaar een idee geeft over de hulpverlenende disciplines: dienstverleningssysteem, cliëntensysteem, sociogroep, trainingsmodel, gegevens verzamelen en die voorleggen, rationeel-empirisch te werk gaan, normatief-reëducatief te werk gaan, het hanteren van enige macht en aandrang, het leveren van identificatiepatronen, communicatieverbetering, het toestaan van uitingen van negatieve gevoelens, deze herformuleren, veel ter sprake durven brengen, het zoeken naar positieve oplossingen, samen plannen concretiseren, losmaking, bevrijding, ontwarring, ordening, structurering. Ook de hulpverlener mag

zijn negatieve gevoelens uiten, hij mag of hoeft zichzelf in dit proces niet te verdedigen, mag echter ook geen beslissingen uitstellen, moet de informele normen een kans geven, hij moet alternatieve oplossingen aanbieden, hij moet letten op het non-verbale, vooral wanneer er twee cliënten samen zijn, letten op de niet-pratende partner; hij moet initiatief nemen, voorstellen doen, samen moeten de voorstellen worden uitgewerkt, hij moet zijn mening durven geven en de ander ernaar vragen, ideeën geven en ernaar vragen, kunnen samenvatten, verduidelijken, coördineren, reguleren, activeren en afsluiten.

Verschillende attitudes zijn hierbij van belang: aanvaarden van de cliënt, aandachtig luisteren, de cliënt bevestigen, eventueel prijzen, solidariteit moet worden betoond, procedures moeten worden voorgesteld, de grenzen van wat reëel mogelijk is moeten worden bewaakt, het proces moet zo nu en dan worden geëvalueerd en de situatie in zijn totaliteit moet worden gediagnostiseerd.

Beide partners moeten zich aan hun afspraken houden, instemming moet van weerskanten worden betoogd, de spanning en angst moet bij beiden worden verminderd, conflicten moeten direct worden duidelijk gemaakt zodat er compromissen kunnen worden gemaakt door samen afstand te nemen. De hulpverlener moet attent zijn, de cliënt niet aanvalen maar uitsluitend zijn levensinstelling bijsturen, steeds vragen om feed-back, of de cliënt er iets mee doet, de eigen ervaring aftasten, concreet blijven, beschrijvend te werk gaan zonder normaliserend en/of moraliserend te functioneren, zo nu en dan moeten de wederzijdse verwachtingen worden geformuleerd. De procesbewaking houdt in: het samen een keuze doen, het samen beslissen, het voorbereiden van actie, het samen doen, de effecten samen evalueren en het eventueel samen tevreden zijn met het bereikte resultaat, genieten, napraten. Hierin wordt het 'ik ben zo alleen'-gevoel veranderd in een 'wij zijn samen sterk'-gevoel.

Wezenlijk anders ligt het bij de B-principes. Allerlei bekende begrippen uit de schone en minder schone handwerken (van creatief naaldwerk tot aan de technische vakken) kunnen voor een bepaling van het begrip 'behandeling' als analogie dienst doen. De volgende werkwoorden komen uit de inhoudsopgave van de 'Doe Het Zelf Omnibus': aansluiten, aanzetten, aanmaken, afbijten, afdichten, afkorten, afschilderen, afvoegen, bevesti-

gen, behandelen, bepleisteren, berapen, boren, afbranden, conserveren, demonteren, egaliseren, gronden, impregneren, installeren, inslijpen, isoleren, klinken, lakken, lijmen, metselen, omzetten, plakken, plamuren, pluggen, reinigen, richten, schaven, schilderen, schuren, slijpen, snijden, solderen, spalken, spijkeren, steunen, storten, strekken, stui-ken, uitboren, vernissen, vertinnen, ver-wijderen, vijlen, wegsteken, wetten, wit-ten, zagen, zekeren. Samenvattend kan men hierop zeggen, dat behandeling veel technisch kunnen in zich draagt, hetgeen veel meer dan in de hulpverlening *geleer-de kunde en methodiek* is.

Maar . . . een mens wordt zodra hij wordt behandeld tot object van de behan-delaar, zoals een vakman-meubelmaker zijn meubels tot object van zijn kundig-bezig-zijn maakt. Behandeling vraagt daarom niet direct om medemenselijk-heid (vroeger of later weer wel), maar vooreerst en voor alles kunde-vaardig-heid-ervaring. Deze moeten worden ge-leerd, geoefend en onderhouden. Van-daar dat een medicus voordat hij een pa-tiënt kan behandelen een opleiding krijgt die vele jaren duurt, waarna hij veronder-steld wordt deze kundigheden voldoende te hebben geleerd om ze te kunnen toe-passen, maar dan wel op een verantwoor-de wijze, waarbij intervisie, kwaliteitsbe-waking en periodieke nascholing nood-zakelijk worden geacht.

Terwijl de A-disciplines plaatsvinden in een subject-subjectrelatie met de cliënt, vinden de B-disciplines plaats in een sub-ject-objectrelatie, waarbij de medicus zijn patiënt in de behandelingssituatie (tijdelijk) tot object maakt, indien althans de patiënt zich hierin wil schikken. Hier-mede is hij dan bezig in de lijn van ziek naar gezond. De verschillende medische behandelingstechnieken worden in het algemeen 'therapie' genoemd . . . maar sinds mensenheugenis zit er in het oor-spronkelijk Griekse begrip 'therapie' een aspect van willen helpen-steunen-mede-leven-nood lenigen, sámen met het as-pect van het moeten-kunnen-willen in-grijpen, beslissingen nemen, doorpak-ken.

Ik heb met behulp van het voorliggende model geprobeerd aan te geven, dat juist de psychotherapie een *synthese* kan brengen, anders gezegd een integratie in deze op het eerste gezicht moeilijk verenigbare principes van hulpverlening en behandeling. Als diagonaal snijdt de psy-chotherapie door het vierde veld en voert de patiënt-client naar het optimale eerste

veld (althans probeert dit, en pretendeert dit te kunnen en te zullen doen). In de meeste psychotherapeutische relaties zijn hulpverleningsaspecten (werkzaam in veld A) en behandelingsaspecten (werkzaam in veld B) aanwezig (en aan-toonbaar). Deze aspecten kunnen elkaar afwisselen maar elkaar ook voortdurend onderling aanvullen ('Zug um Zug').

Vragen

De vragen die nu moeten worden beantwoord zijn:

- Wat is in feite het behandelingsaspect in het psychotherapeutisch bezig zijn?
- Zijn deze behandelingen medisch res-pectievelijk paramedisch?
- Bestaat er wezenlijk zoets als een me-dische psychotherapie?

Eerst een voorbeeld uit een andere medi-sche discipline, te weten de chirurgie: Een operatie vindt plaats praktisch zon-der medemenselijke relatie, de patiënt wordt onder narcose gebracht tot een bij-na-dood-ding, waarop ingesneden, ge-hakt, gebrand, kan worden zonder dat hij protesteert of reageert. De patiënt is tij-dens de operatie letterlijk monddood ge-maakt. Er zijn in vergelijking met de chi-rurgische behandeling, die ingrijpend en doortastend is, ook psychiatrische be-handelingen die de patiënt monddood (trachten te) maken, zoals elektroshock, slaapkuur, 'platspuiten'. Maar ook in het langdurig voorschrijven van tranquillise-rende middelen, als Temesta en andere benzodiazepinen heeft de patiënt vaak slechts heel weinig in te brengen. Al deze methodieken maken de patiënt tot object van de psychiater, zijn behandelingsme-thoden en technieken; net als de chirurg is de psychiater dan een machtig mens. Dat hiertegen oppositie werd en wordt gevoerd vanuit het kamp der A-mensen, ligt voor de hand. Vanuit dit kamp wer-den acties gevoerd door antipsychiaters, die alle dwangmiddelen, elektroshocks, slaapkuren en dergelijke wilden afschaf-fen en ad absurdum alle psychiatrische inrichtingen wilden dichtgooien, zoals dat bijvoorbeeld ergens in de VS is ge-beurd.

Vanuit die richting is verklaarbaar en be-grijpelijk dat de psychotherapie en de psychosociale hulpverlening over één kam werden geschoren of dreigden te worden geschoren, bijvoorbeeld in de op gang zijnde RIAGG-vormingen. De im-pliciete opvatting, en de expliciete me-ning van vele niet-medische psychothe-rapeuten, dat psychotherapie een vorm

van psychosociale hulpverlening *is* en *dus* bij de ambulante geestelijke gezond-heidszorg (a.g.g.z) dient te worden on-dergebracht, heeft ervoor gezorgd dat in het rapport-Verhagen deze differentiatie onvoldoende heeft plaatsgevonden. In dit rapport worden deze begrippen zo dikwijls door elkaar heen gebruikt dat men zich kan afvragen of hier sprake is geweest van een bepaalde tendens. Soms lijkt het alsof A-lieden het woord 'ziekte' hebben verbannen. In hun ogen bestaat geen psychische ziekte. Alle problema-tiek is terug te voeren tot relatiestoornis-sen, milieu- en opvoedingsstoornissen, een 'zieke' maatschappij!

De mens kan niet psychisch ziek zijn en dus is slechts psychosociale hulp nood-zakelijk; dus ook geen onderscheid van medische en niet-medische behandeling. Dat deze onjuiste opvatting uitgangspunt is van hun denken en handelen, komt vaak direct tevoorschijn wanneer men met dergelijke mensen in debat gaat (bij-voorbeeld op de sociale academie, op een bureau voor levens- en gezinsvragen of bij het consultatiebureau voor alcohol en drugs).

Psychotherapeutisch bezig zijn in veld A onderscheidt zich op essentiële punten van psychotherapeutisch bezig zijn in veld B: dit laatste is het met één of meer kundigheden behandelen van een pa-tiënt. 'Patiënt' wil zeggen dat hij zich als patiënt heeft gemeld bij zijn huisarts om als zodanig te worden herkend.

'Behandelen' wil zeggen: ingrijpen in het leven van je patiënt, in zijn levensge-schiedenis en ervaringen, in zijn levens-wijze en persoonlijkheid, in zijn levensvi-sie en toekomstbeeld, met als doel iets te veranderen of een verandering op gang te brengen. Behandelen vraagt om instru-menten, beheersing van de technieken in het gebruik van deze instrumenten, ge-voel voor het materiaal, weten van de grenzen tot waar je kunt gaan, en met behulp van de ervaring verantwoord be-zig zijn. Op deze manier werkend objecti-veert men in de patiënt de bewuste of onbewuste storende factoren, vastge-roeste gewoonten, identificatiepatro-nen, haat-liefde-verdriet-schuld-com-plexen, etc. Ook de patiënt wordt gemoti-veerd mee te helpen de storende factoren in zijn innerlijk te objectiveren (de figu-ren van zijn ouders en de invloeden die hij van hen heeft ondergaan, de normen van zijn milieu en dergelijke) zodat de behan-deling ook bestaat uit de behandeling van de patiënt-door-zichzelf (zelfobjective-rende werkzaamheid). De behandelings-methoden-instrumenten-techniek kan ►

men in handboeken bestuderen, maar er niet uit leren. In een vaak langdurig leerproces, het liefste onder controle van een meester-in-de kunst, worden deze vaardigheden verworven en eigen gemaakt. Daarnaast zullen er altijd faculteiten blijven die men niet kan aanleren; vandaar dat ook de psychotherapie *geneeskunst* is.

Zenuwarts voor psychotherapie

Aangezien de psychotherapie in veld B zowel door zijn behandelingsaspecten als door het ingrijpen in het leven van een mens, die zich als patiënt heeft aangemeld, een medisch gegeven is, is de patiënt in het algemeen meer en beter geholpen door een zenuwarts voor psychotherapie dan door een voor hem vage organisatie met een intake-team. De zenuwarts-psychotherapeut kan zich hierbij laten assisteren door daartoe opgeleide psychologen, die dan analoog aan de fysiotherapeuten – paramedisch – werkzaam zijn.

In deze samenwerking tussen psychiaters-psychotherapeuten en psychologen wordt de medische indicatie voor de psychotherapie ten genen dele geweld aangedaan.

Welke *patiënten* komen in aanmerking voor psychotherapie in veld B?

1. mensen die samen met hun huisarts tot de conclusie zijn gekomen dat een kundig ingrijpen voor hen noodzakelijk is geworden, daar waar de huisarts onvoldoende vaardigheid/ervaring heeft en geen verantwoording meer kan nemen;
2. patiënten die al een poos bij hun huisarts lopen vanwege een moeilijk invoelbaar chronisch klachtenpatroon, wat een dwangmatige indruk maakt (klaagdwang als ritus);
3. patiënten die reeds enige tijd voor diverse klachten zijn behandeld met psychofarmaca, in het bijzonder benzodiazepines. Hier vindt psychotherapie plaats in wisselwerking met de medicatie;
4. patiënten met chronische psychosomatische klachten, dat wil zeggen somatische klachten waarvoor geen oorzaak is gevonden bij zorgvuldig internistisch onderzoek;
5. patiënten met ernstige somatische ziekten respectievelijk afwijkingen die om psychotherapie verzoeken:
 - a) carcinoompatiënten met angst en pijn,

- b) hartinfarctpatiënten met angsten voor een volgende aanval en dood,
- c) reumapatiënten,
- d) astmatici,
- e) migraine- en andere hoofdpijnlijders,
- f) patiënten, lijdende aan diverse allergieën, waaronder nerveus eczeem,
- g) hypertensie,
- h) neurologische afwijkingen, waaronder multiple sclerose, Parkinson, epilepsie, causalgie;
6. revalidatie (mogelijk in samenwerking met een revalidatiecentrum) bij postcommotionele syndromen, postoperatieve syndromen, surmenage, etc. vanwege de invoelbare tendens tot inkapseling (renteneurose);
7. bij hormonale dysfuncties: postnatale depressies, menopauze syndromen, menstruatie depressies, diabetes, etc.;
8. involutieve toestanden, pensieringsyndroom, WAO-syndroom, concentratiekampsyndroom, etc.;
9. anorexia nervosa, vetzucht, dieetstoornissen;
10. suicidale patiënten, vooral na een of meer pogingen;
11. terminale begeleiding bij mensen met levens- en wereldbeschouwelijke problemen;
12. behandeling van buitenlanders met heimweesyndromen.

Het aantal patiënten dat voor deze indicaties wordt verwezen naar een zenuwarts voor psychotherapie is legio. In een informatief gesprek met enkele collegae-artsen uit de regio Twente en Achterhoek werd mij met grote stelligheid verzekerd dat er per huisarts per week tenminste

één patiënt voor de hierboven genoemde indicaties zal moeten worden verwezen naar een zenuwarts voor psychotherapie, maar dat er bij veel patiënten nog steeds een zekere drempel bestaat voor het bezoeken van de psychiater; het voorschrijven van tranquillizers houdt de patiënten rustig, 'hoewel dit natuurlijk niets oplost!'

Conclusies

- Het 'zo maar' over één kam scheren van psychotherapie en hulpverlening dient plaats te maken voor een genuanceerder inzicht en daarop gebaseerde discussies en maatregelen.
- Het psychotherapeutisch ingrijpen in het leven van een mens die zich als patiënt heeft gemeld vraagt meer kunde, ervaring en vakmanschap dan hulpverlening.
- De vrijgevestigde zenuwarts voor psychotherapie is alléén of in samenwerking met klinisch psychologen in staat deze verantwoordelijke taak naar behoren te vervullen.
- *Zou de zenuwarts het psychotherapiepakket moeten overdragen aan een regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) – anders gezegd: krijgt hij zijn psychotherapieën niet langer door het ziekenfonds vergoed – dan gaat dat ten koste van de volksgezondheid in het algemeen en van de patiënten in het bijzonder.*
- Wanneer de hele psychotherapie onder de AWBZ wordt gebracht, zullen particuliere verzekeringsmaatschappijen zich hierop kunnen gaan beroepen; dan is ook de particuliere patiënt niet langer verzekerd voor/van psychotherapie . . . zelfs de minister niet!

Vacaturebank voor artsen

De vacaturebank voor artsen beschikt ten behoeve van de werkloze arts over de in Nederland aanwezige vacatures. Zij bemiddelt kosteloos tussen werkzoekende en werkgever. Voorts wordt te zamen met de KNMG en maatschappelijke verenigingen informatie gegeven over onder meer:

- opleidingsmogelijkheden c.q. plaatsen tot specialist;
- opleiding tot tropenarts;
- sociale verzekeringen;
- andere organisaties die zich bezighouden met arbeidsbemiddeling.

Openingstijden: maandag t/m vrijdag 09.00-16.00 uur. Aanmelding vacatures en werkzoekende: telefoon: 030-885411, toestel 124.



Jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen

Droom en werkelijkheid

Hoeveel tijd besteden huisartsen, respectievelijk mevrouw-artsen, kinderartsen en andere artsen die werkzaam zijn in de kinderhygiëne voor 0- tot 4-jarigen aan deze tak van gezondheidszorg? Dr. A. J. Swaak, arts, provinciaal kinderhygiënist in Noord-Brabant, ordende de gegevens voor zijn regio. In de zuigelingen zorg ter plaatse blijkt de huisarts een zeer belangrijke functie te vervullen. In de kleuterzorg neemt de huisarts eveneens een belangrijke, zij het iets minder geproponcerde plaats in.

Motto

In the past human life was lived in a bullock cart. In the future it will be lived in an aeroplane and the change of speed amount to a difference in quality. The rate of progress is such that an individual human being of ordinary length of life will be called upon to face novel situations which find no parallel in the past. The fixed person for the fixed duties who in older societies was such a Godsend in the future will be a public danger.

Alfred North Whitehead

De gezondheidszorg voor het kind staat de laatste tien jaar in de schijnwerpers. Intra- of interdepartementale werkgroepen hebben zich ermee beziggehouden en een groot aantal artikelen, dissertaties, scripties, interimrapporten en adviezen van landelijke commissies, discussienota's, verslagen en studieconferenties zijn eraan gewijd. Aandacht wordt daarbij geschonken aan de inhoud van zorg, het takenpakket, de financiering, de kennis, vaardigheden en ervaring van de uitvoerders, de organisatiestructuur, de doelstellingen, de onderzoeksmethoden, het aandeel en de taken van de verschillende disciplines en werkers, de effectiviteit en efficiency van de dienstverlening, de samenhang met andere gezondheidszorgsystemen, etc. Binnen de gezondheidszorg voor het kind zijn te onderscheiden de zelfzorg van de ouders en de mantelzorg als spontane onderlinge hulpverlening, naast de geïnstitutionaliseerde en de specialistische hulpverlening.

De verschillende categorieën van activiteiten binnen de gezondheidszorg voor het kind dienen te zijn gebaseerd op de kennis van het ontstaan, de ontwikkeling en de beëindiging van ziekten, afwijkingen en/of stoornissen, dat wil zeggen op kennis van het ziekteverloop. Het ziekte-

verloop wordt gekenmerkt door opeenvolgende perioden die zijn weergegeven in het *schema*. Afhankelijk van de periode kunnen activiteiten van primair, secundair of tertiair preventieve aard worden ontwikkeld om de gezondheid van het kind te handhaven, te beschermen, te

Schema: Ziekteverloop

1. Prepathogene periode

Dit is de periode, voorafgaande aan het begin van een specifieke ziekte, afwijking of stoornis, waarin activiteiten kunnen worden ontwikkeld om de gezondheidstoestand te bevorderen en/of te beschermen. Deze activiteiten kunnen hun aangrijpingspunt vinden in het kind zelf of in de omgeving van het kind.

Voorbeelden

- vaccinaties
- harmonisch samengestelde voeding
- hygiënische leefregels
- gedragsbeïnvloeding via voorlichting
- veiligen functioneel speelgoed
- jodiumtoevoeging aan brood
- verantwoorde huisvesting
- hygiënisch leefmilieu
- gunstige opvoedingssituatie

primaire preventie

2. Preklinische periode

Dit is de periode waarin de specifieke ziekte zich begint te ontwikkelen, maar nog niet zover is gevorderd dat er reeds uiterlijke verschijnselen zijn, wel kunnen er reeds veranderingen in lichaamsfuncties en in de samenstelling van het bloed of lichaamsvloeistoffen zijn opgetreden. Dit is de periode waarin vroegtijdige opsporing kan plaatsvinden van vroege verschijnselen met een voorspellende betekenis. Door behandeling kan het ziekteproces worden beïnvloed en ernstige gevolgen van de ziekte worden voorkomen.

Voorbeelden

De screeningsonderzoeken naar:

- fenylketonurie (PKU)
- congenitale hypothyreoidie (CHT)
- gehoorstoornissen (Ewing)
- gezichtsscherptestoornissen
- afwijkende stand van de ogen
- lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkelingsstoornissen.

secundaire preventie

3. Klinische periode

Dit is de periode waarin zich de specifieke verschijnselen van de ziekte hebben ontwikkeld. In deze periode wordt de ziekte gediagnosticeerd, en wel zodanig behandeld en verpleegd dat genezing met zo weinig mogelijk restverschijnselen wordt bevorderd.

Voorbeelden

- suikerziekte
- acuut rheuma
- podonk
- spierziekten
- middenoorontstekingen
- leukemie
- zwakzinnigheid

tertiaire preventie

4. Postklinische periode

Dit is de periode waarin het ziekteproces afloopt met als resultaat:

1. dood;
2. spontane of geïnduceerde genezing;
3. blijvende veranderingen in het functioneren (gedaante) of in de vorm (gestalte).

In deze periode vindt begeleiding plaats van de verwerking en aanvaarding van de dood of de blijvende restverschijnselen. Bij blijvende restverschijnselen worden de volgende processen geïnitieerd en begeleid:

- revalidatie (compensatie van het defect);
- rehabilitatie (aanvaarding van het defect door de persoon);
- resocialisatie (aanvaarding van de persoon met het defect door de samenleving).

Voorbeelden

- zwakzinnige kinderen
- spastische kinderen
- epileptische kinderen
- diabetische kinderen
- minimal brain dysfunction-kinderen
- zintuiglijk gestoorde kinderen
- emotioneel gestoorde kinderen

bevorderen, te begeleiden of te herstellen. Criteria om de gezondheidstoestand van het kind te beoordelen zijn mortaliteitscijfers, morbiditeitscijfers en de kwaliteit van groei, ontwikkeling en rijping van het kind.

Het veld van activiteiten binnen de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg van het gezonde, zieke, gehandicapte en bedreigde kind is zeer verscheiden van aard en omvang. Een van die activiteiten ten behoeve van het kind van 0-4 jaar is het zuigelingen- en kleuterbureau, waarvan de leiding voornamelijk berust bij de huisartsen, mevrouw-artsen en kinderartsen, uiteraard in samenwerking met wijkverpleegkundigen binnen het organisatorische verband van de kruisvereniging of GG&GD. Het is de bedoeling van dit artikel op geleide van enige geordende gegevens uit de provincie Noord-Brabant een aantal aspecten, speciaal ten aanzien van de onderscheiden categorieën van bureau-artsen, te belichten.

Het zuigelingenconsultatiebureau

Een stukje geschiedenis: De in 1913 te Breda opgerichte 'R.K.-vereniging tot Bescherming van de Zuigelingen' startte in 1918 het eerste zuigelingenconsultatiebureau, zijnde een weegbureau waaraan tevens een melkbureau was verbonden; dit bureau werd geleid door een vroed-

vrouw. Op 1 augustus 1920 werd in het bisdom Breda door de in 1918 in het leven geroepen 'Bredase Federatie van het Wit-Gele Kruis' de eerste zuigelingen-enquêtrice aangesteld, die als taak kreeg de gezondheidsvoorlichting ten behoeve van de zuigeling, onder andere via het geven van moeder- en bakercursussen. In 1923 werd ter bestrijding van de hoge zuigelingensterfte 'De Commissie ter Bestrijding der Zuigelingenziekten in Noord-Brabant' geïnstalleerd; deze stelde in 1924 de eerste districtskinderarts aan, die werd belast met het oprichten en het leiden van consultatiebureaus voor zuigelingen.

In 1925 werd een algemeen werkplan voor de gehele provincie uitgewerkt, waarbij bijzondere aandacht werd gegeven aan de zuigelingenbescherming ten plattelande en in de kleinere gemeenten. In dit werkplan werden de huismedici bij de leiding van de c.b.'s ingeschakeld, hoewel in de verslagen van die tijd vermeld staat dat 'tegen het opnemen der huismedici de bezwaren zowel van wetenschappelijke, technische als sociale aard niet over het hoofd werden gezien'. De in de grote steden functionerende kinderartsen hadden zulke ernstige bedenkingen tegen de inschakeling van de huismedicus dat ze een nieuw plan opstelden, dat erin voorzag dat de medische leiding van de bureaus in hun handen bleef. Dit

plan werd echter niet geaccepteerd en zo gaven in 1926 enige huisartsen in Halsteren, Princenhage en Ginneken als eersten hun medewerking aan het leiden van zuigelingenconsultatiebureaus. Daar de wijkverpleegster (tot dan toe nagenoeg uitsluitend als ziekenverpleegster werkzaam) zich in het begin vaak afzijdig hield van de zuigelingen zorg, werden er in 1926 cursussen georganiseerd om haar op te leiden tot huisbezoekster bij de zuigelingenbescherming; de inhoud van deze cursussen werd in 1929 opgenomen in het officiële lesprogramma van de opleiding tot wijkverpleegster.

Huidige situatie: De ontwikkeling van het zuigelingenconsultatiebureau tot en met 1980 is in cijfers weergegeven in de tabellen 1, 2 en 3. Het percentage bereikte kinderen is in de loop der jaren toegenomen tot 99% in 1980. Het gemiddelde aantal consulten per zitting is van 32 in 1937 gedaald naar 13, de gemiddelde bezoeksfrequentie per kind gestegen van 8,6 (in 1937) naar 10,3. Het totaal aantal bureaus in de provincie was in 1980: 707; daarvan worden er respectievelijk door kinderarts, huisarts, mevrouw-arts en wijkverpleegkundigen geleid 6,5%, 36,2%, 26,3% en 29%.

Het zelfstandig leiden van zuigelingenconsultatiebureaus door de wijkverpleegkundige nam in 1974 een aanvang door de introductie van het 'zuigelingen-

Tabel 1. Zuigelingenbureaus in de provincie Noord-Brabant.

jaar	aantal levend geborenen	aantal zittingen	totaal aantal	nieuw-ingeschrevenen					aantal kinderen dat c.b. bezocht	aantal verstrekte consulten	gem. aantal consulten per zitting	gem. bezoek- frequentie per kind	percenta- ge bereikte kinderen
				leeftijd bij inschrijving in maanden									
				1	2	3	3-6	> 6					
1937.....	25.395	4.014	14.988							128.538	32,0	8,6	59 %
1947.....	36.118	5.177	21.678	7.572 35 %	7.448 34 %	2.921 13 %	2.605 12 %	1.132 6 %		179.155	34,6	8,2	60 %
1957.....	33.941	9.106	23.680	8.067 34 %	9.346 39 %	3.037 13 %	2.532 11 %	663 3 %	40.888	238.250	26,2	10,0	71 %
1967.....	35.690	12.286	27.074	11.712 43 %	10.297 38 %	2.878 11 %	1.506 6 %	681 2 %	49.872	267.566	21,9	9,9	76 %
1968.....	35.258	12.488	27.596	12.410 45 %	10.343 37 %	2.776 10 %	1.332 5 %	735 3 %	50.389	272.203	21,9	9,9	78 %
1977.....	26.290	17.491	25.784	15.394 59,7%	7.549 29,3%	1.182 4,6%	833 3,2%	826 3,2%	50.015	266.307	15,2	10,3	98,1%
1978.....	26.523	18.169	25.782	15.677 60,8%	7.413 28,8%	1.174 4,5%	771 3,0%	747 2,9%	48.905	270.381	14,9	10,5	97,2%
1979.....	26.439	18.845	25.796	15.655 60,7%	7.637 29,6%	1.089 4,2%	739 2,9%	676 2,6%	48.495	266.749	14,1	10,3	97,6%
1980.....	26.924	20.666	26.692	16.671 62,5%	7.299 27,3%	1.115 4,2%	781 2,9%	826 3,1%	50.554	274.476	13,3	10,3	99,1%

consultatiebureau-nieuwe stijl', waarbij de taken van wijkverpleegkundige en bureauleider in de begeleiding van de ontwikkeling van de gezonde zuigeling duidelijk werden omschreven (Swaak 1972). Van het totaal aantal consulten werden er in 1980 respectievelijk 12,2%, 34,3%, 32,2% en 17,6% gegeven door kinderarts, huisarts, mevrouw-arts en wijkverpleegkundige. Het grootste aantal zuigelingenbureaus in onze provincie, te weten 256, staat dus onder leiding van de huisarts. Bij deze huisartsenbureaus blijkt het percentage verstrekte consulten het hoogst, namelijk 34,3.

Uit onderzoeken zowel in 1957 als in 1965 naar de *gemiddelde consultduur* voor de zuigeling bleek deze respectievelijk 3 en 4 (SD \pm 1,2) (SD \pm 0,8) minuten te zijn (Swaak 1965). De gemiddelde consultduur per kind op het zuigelingenbureau is voor 1980 uitgesplitst naar de categorieën van bureauleider(ster) en weergegeven in tabel 4. Van de respectievelijk 201 huisartsen, 26 kinderartsen en 15 andere artsen die zuigelingen-c.b.'s leiden is de gemiddelde consultduur per zuigeling bij respectievelijk 20,9%, 23,1% en 60% kleiner of gelijk aan 4 minuten. In deze korte tijd kan de arts uiteraard hoogstens een vluchtig medisch onderzoek doen en een voedingsadvies geven; de tijd om het voedingsadvies te verduidelijken en vragen van de moeder over andere verzorgingsaspecten ten aanzien van de ontwikkeling van haar kind te bespreken ontbreekt bij een dergelijke consultduur natuurlijk te enen male. Bij respectievelijk 62,2%, 43,5% en 53,8% van de huisartsen, mevrouw-artsen en kinderartsen bedroeg de gemiddelde consultduur per zuigeling in 1980: 5-9 minuten. Bij 25,4% van de zuigelingenbureau-artsen is de gemiddelde consultduur, waarin overigens ook begrepen de werkbespreking met de wijkverpleegkundige over de kinderen en de eventuele verwijzingscorrespon-

Tabel 2. Aantal zuigelingenbureaus naar categorie van bureauleider(ster).

jaar	totaal aantal bureaus	leiding bureaus											
		kinderarts		huisarts		mevrouw-arts		schoolarts		andere arts		wijkverpl.k.	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1937.....	96	46	48	50	52								
1947.....	163	109	67	40	25			14	8				
1957.....	270	151	56	110	41			9	3				
1962.....	341	145	43	154	45	28	9	5	1	9	2		
1967.....	392	101	26	199	51	87	22	4	1	1			
1977.....	605	67	11,1	246	40,7	148	24,5	7	1,1	3	0,5	134	22,1
1978.....	644	65	10,1	246	38,2	161	25,0	6	0,9	3	0,5	163	25,3
1979.....	682	58	8,5	261	38,3	162	23,8	7	1,0	5	0,7	189	27,7
1980.....	707	46	6,5	256	36,2	186	26,3	7	1,0	7	1,0	205	29,0

Tabel 3. Aantal verstrekte consulten aan zuigelingen naar categorie van bureauleider(ster).

aantal verstrekte consulten door	1925		1956		1969		1979		1980	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
kinderarts	8.237	66	157.507	70	93.328	30	34.087	12,8	33.369	12,2
huisarts	0	0	64.303	29	109.648	36	101.207	37,9	94.089	34,3
mevrouw-arts							80.300	30,1	88.301	32,2
andere arts	4.169	34	2.812	1	104.961	34	4.462	1,7	10.365	3,7
wijkverpleegk.							46.693	17,5	48.352	17,6
totaal	12.406	100	224.622	100	307.937	100	266.749	100	274.476	100

dentie, groter dan 10 minuten. Bij 53,6% van de mevrouw-artsen is de gemiddelde consultduur langer dan 10 minuten.

In vergelijking met de gemiddelde consultduur van 4 minuten in 1965 is er dus een duidelijke toename van de aandachtsterm die aan de zuigeling wordt gegeven. Deze toename beantwoordt aan de duidelijke behoeften van de moeders, daar haar eigen ervaring met zuigelingen gezien de sterke daling van de gezinsgrootte (1,6 kind per gezin) is afgenomen en ook de spontane mantelzorg die vroeger werd gegeven door haar eigen moeder, grootmoeder of buurtbewoners

is verminderd. Tegelijkertijd zijn ten gevolge van de overvloedige informatieverstreking via de verschillende communicatiemediën en het onderwijs over de groei en ontwikkeling van het kind en de onderzoeksmethoden tot vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen, de aandacht van de ouders voor de gezondheidstoestand van hun zuigeling en de behoefte aan overleg met de c.b.-arts en de wijkverpleegkundige toegenomen.

Het *gemiddeld aantal consulten per zitting* van het zuigelingen-c.b. in 1980 is naar de categorie van bureauleider(ster) ►

Tabel 4. Gemiddelde consultduur per kind naar aard van zorg en categorie van bureauleiders/sters in 1980.

gemiddelde consultduur in minuten in 1980	zuigelingenbureau										kleuterbureau									
	andere arts		huisarts		mevrouw-arts		kinderarts		totaal		andere arts		huisarts		mevrouw-arts		kinderarts		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
≤4	9	60	42	20,9	2	2,9	6	23,1	59	19,0	3	27,3	6	5,8	0	0	2	7,1	11	4,9
5-9	4	26,7	125	62,2	30	43,5	14	53,8	173	55,6	3	27,3	47	45,6	2	2,5	7	25,0	59	26,6
10-14	2	13,3	32	15,9	29	42,0	4	15,3	67	21,5	4	36,3	36	35,0	33	41,3	13	46,5	86	38,7
15-19	0	0	2	1,0	5	7,3	1	3,9	8	2,6	1	9,1	11	10,7	29	36,2	6	21,4	47	21,2
≥20	0	0	0	0	3	4,3	1	3,9	4	1,3	0	0	3	2,9	16	20,0	0	0	19	8,6
totaal	15	100	201	100	69	100	26	100	311	100	11	100	103	100	80	100	28	100	222	100

Tabel 5. Gemiddeld aantal consulten per zitting naar aard van zorg en categorie van bureauleiders/sters in 1980.

gemiddeld aantal con- sulten per zitting	zuigelingenbureau										kleuterbureau									
	andere arts		huisarts		mevrouw-arts		kinderarts		totaal		andere arts		huisarts		mevrouw-arts		kinderarts		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
≤9	3	20,0	47	23,4	9	13,0	2	7,7	61	19,6	3	27,3	61	59,2	31	38,7	5	17,9	100	45,1
10-14	3	20,0	63	31,3	12	17,4	5	19,2	83	26,7	7	63,6	35	34,0	47	58,8	20	71,4	109	49,1
15-19	4	26,7	47	23,4	29	42,0	8	30,7	88	28,3	0	0	7	6,8	2	2,5	2	7,1	11	4,9
20-24	5	33,3	26	12,9	17	24,7	4	15,4	52	16,7	1	9,1	0	0	0	0	1	3,6	2	0,9
25-29	0	0	14	7,0	2	2,9	6	23,1	22	7,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
≥30	0	0	4	2,0	0	0	1	3,9	5	1,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
totaal	15	100	201	100	69	100	26	100	311	100	11	100	103	100	80	100	28	100	222	100

Tabel 6. Kleuterbureaus in de provincie Noord-Brabant.

jaar	aantal levend geborenen	aantal zittingen E	totaal aantal A	nieuw ingeschrevenen						aantal kinderen dat c.b. bezocht C	aantal verstrekte consulten R	gem. aant. consul- ten per zitting B/E	gem. bezoekfre- quentie per kleuter B/C	gem. bezoekfre- te kleuters D/C	percentage bereik- te kleuters D/C	% nieuw ingeschr. kleu- ters t.o.v. tot. aantal kleu- ters dat c.b. bezocht C/A	aantal kleuters van 1 t/m 4 jaar D
				leeftijd bij inschrijving in jaren													
				1	2	3	4	5	6								
1937 ..	25.395	372	1.834	1.190 65%	368 20%	130 7%	90 5%	48 3%	8		5.084	14					
1947 ..	36.118	295	1.816	1.141 63%	345 19%	189 10%	85 5%	56 3%			3.969	13					
1957 ..	33.941	1.741	9.948	4.450 45%	3.036 30%	1.409 14%	718 7%	277 3%	58 1%	19.286	23.259	13	1,20	14,5	52	130.565	
1967 ..	35.690	5.833	29.195	11.885 41%	11.469 39%	3.605 12%	1.628 6%	512 2%	96	62.994	69.408	11,9	1,04	42,3	46	147.407	
1977 ..	26.290	8.881	28.502	13.786 48,4%	10.144 35,6%	2.933 10,3%	1.216 4,3%	379 1,3%	44 0,1%	79.740	93.863	10,6	1,17	70,0	36	113.308	
1978 ..	26.523	9.012	27.587	15.680 56,8%	8.469 30,7%	1.982 7,2%	1.109 4,0%	318 1,2%	29 0,1%	82.350	93.299	10,4	1,13	74,6	33,5	109.865	
1979 ..	26.439	9.259	26.672	15.817 59,3%	7.977 29,9%	1.688 6,3%	905 3,4%	238 0,9%	47 0,2%	80.497	94.152	10,2	1,17	74,4	33	107.872	
1980 ..	26.924	9.340	27.171	16.000 58,9%	8.164 30,0%	1.803 6,6%	941 3,5%	238 0,9%	25 0,1%	83.476	96.808	10,4	1,16	—	33	—	

weergegeven in tabel 5. Respectievelijk 54,7%, 30,4% en 26,9% van de door huisartsen, mevrouw-artsen en kinderartsen geleide bureaus hebben een gemiddelde van minder dan 15 consulten per zitting. In totaal 27 c.b.-artsen (9%) hebben een gemiddeld aantal consulten per zitting van 25 of meer.

In aanmerking genomen de stijging van zowel het percentage bereikte zuigelingen (99,1%) als de consultduur en de gemiddelde bezoeksfrequentie per zuigeling, alsmede de meer intensieve inschakeling van de daarvoor speciaal opgeleide wijkverpleegkundige, kan worden geconstateerd dat de zuigelingenconsulta-

tiebureaus zich in gunstige zin ontwikkelen.

Vastgesteld moet worden dat 64,6% van de zuigelingen-c.b.-artsen huisarts is en dat deze huisartsen 50,9% van de door artsen geleide zuigelingenbureauzittingen leiden en 41,6% van de door artsen gegeven consulten verzorgen. De huisarts vervult dus een zeer belangrijke plaats in de zuigelingen-zorg in de provincie. Dit is opvallend, daar het rapport van de Commissie Takenpakket van de LHV uit 1977 het leiden van consultatiebureaus rekent tot de facultatieve taken van de huisarts en bij een in Nijmegen door een aantal sociaal-geneeskundigen uitgevoerd onderzoek (Bloemen-Verhoeven

e.a.) bleek dat respectievelijk 50% van de vóór 1960 en 62% van de ná 1960 afgestudeerde ondervraagde huisartsen een gespecialiseerde jeugdgezondheidszorgopleiding nodig achtten voor het uitvoeren van het consultatiebureauwerk.

Het kleuterconsultatiebureau

In 1932 werden de eerste drie kleuterbureaus opgericht. Aanvankelijk verliep de ontwikkeling zeer traag, omdat deze bureaus niet (zoals de zuigelingenbureaus) een concrete duidelijke doelstelling hadden. Het bestrijden van een hoog sterftecijfer spreekt duidelijker tot de verbeelding dan het beschermen, handhaven en ►

bevorderen van de gezondheid van de kleuter door middel van begeleiding van groei en ontwikkeling, vroegtijdige signalering, onderkenning en opsporing van functionele en structurele pathologie, het uitvoeren van preventieve maatregelen, beïnvloeding van het milieu en gezondheidsvoorlichting.

In de tabellen 6, 7 en 8 zijn over de periode 1937-1980 weergegeven het aantal zittingen, het aantal nieuw ingeschreven kleuters naar leeftijd bij inschrijving, het aantal kinderen dat het c.b. bezocht, het aantal verstrekte consulten, het gemiddelde aantal consulten per zitting, de gemiddelde bezoeksfrequentie per kleuter en het percentage bereikte kleuters van 1-4 jaar. De nieuw ingeschreven kleuters zijn voornamelijk 1- en 2-jarigen (in 1980 respectievelijk 58,9% en 30%). Het gemiddeld aantal consulten per zitting is 10,4. Het percentage bereikte kleuters is 74,4 en de gemiddelde bezoeksfrequentie 1,16. Dit is een situatie, die de aandacht vraagt, daar juist in de peuter- en kleuterperiode talloze fysieke, zintuiglijke, psychische, emotionele en sociale functies tot ontwikkeling en rijpheid komen, geoefend worden en een innerlijke betekenis en zingeving verwerven.

Omgevingsfactoren zijn voor de peuter- en kleuterontwikkeling levensvoorwaarden: zij ondersteunen, bedreigen, remmen, verstoren of bevorderen de ontwikkelings- en rijpingsprocessen en zijn daardoor medebepalend voor de inhoudelijke kwaliteit ervan. De kleuter moet 'worden' en zijn 'mens-zijn' veroveren. Mede afhankelijk van zijn ontwikkelingsfase en de kwaliteit van zijn gezondheidstoestand beschikt het kind over een bepaald niveau van draagkracht of een bepaalde aanpassingsbreedte. Indien het belastingsvermogen van het kind door de omgeving wordt onder- of overbelast, dan worden de minimale en maximale grenzen van zijn aanpassingsvermogen benaderd en ontstaat er een labiele evenwichtssituatie. Indien het kind met zijn lichamelijke, geestelijke en sociale vermogens op een zodanige wijze op de belasting van de omgeving ageert en reageert dat de grenzen van de individuele draagkracht in de onderscheiden ontwikkelingsvelden niet worden overschreden, kunnen we spreken van een gezonde kleuter. De gezondheidstoestand van een kind is een uniek en individueel gegeven en kan dus in de onderscheiden leeftijds- of ontwikkelingsfasen een verschillend evenwichtsniveau tussen draagkracht en belasting te zien geven.

Tabel 7. Aantal kleuterbureaus naar categorie van bureauleider(ster).

jaar	totaal aantal bureaus	leiding bureaus							
		kinderarts		huisarts		mevrouw-arts		andere arts	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1937	11	8	73	3	27				
1947	13	6	46	3	23			4	31
1957	94	67	71	16	17			11	12
1962	195	85	44	68	35	31	16	11	5
1967	262	100	38	84	32	62	24	16	6
1977	424	108	25,5	123	29,0	182	42,9	11	2,6
1978	434	95	21,9	130	29,9	193	44,5	16	3,7
1979	435	87	20,0	140	32,2	189	43,4	19	4,4
1980	440	74	16,8	136	30,9	216	49,1	14	3,2

Tabel 8. Aantal aan kleuters verstrekte consulten naar categorie van bureauleider(ster).

aantal verstrekte consulten door	1974		1978		1979		1980	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
kinderarts	32.999	35,0	22.779	24,4	20.666	21,9	18.849	19,5
huisarts	21.286	22,6	22.244	23,8	24.349	25,9	22.893	23,6
mevrouw-arts	31.790	33,7	46.236	49,6	46.131	49,0	51.800	53,5
andere arts	8.153	8,7	2.040	2,2	3.006	3,2	3.266	3,4
totaal	94.228	100	93.299	100	94.152	100	96.808	100

Tabel 9. Aantal werkzame artsen naar aard van zorg en categorie van bureauleider in 1980.

categorie	alleen zuigelingen- bureau		alleen kleuter- bureau		zuigelingen en kleuter- bureau		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
andere arts	11	7,8	7	13,5	4	2,4	22	6,1
huisarts	117	83	19	36,5	84	49,4	220	60,6
mevrouw-arts	8	5,7	19	36,5	61	35,8	88	24,2
kinderarts	5	3,5	7	13,5	21	12,4	33	19,1
totaal	141	100	52	100	170	100	363	100

Kinderen in het algemeen en zeker kinderen met een gering lichamelijk en/of geestelijk belastingsvermogen zijn kwetsbare mensen. Daar het kind groeit, ontwikkelt en rijpt in het gezin zullen ontwikkelingen in de maatschappij die het gezin als instituut belasten mogelijk ook bedreigingen in zich dragen voor de geestelijke en lichamelijke gezondheidstoestand van het kind. Gezien de snelle veranderingen in onze samenleving ten aanzien van de waarden en normen welke gelden en gelden met betrekking tot het grootbrengen van kinderen, de vervreemding en isolatie van het gezin, de toenemende opvoedingsonzekerheid bij de ouders en de vaak langdurende schadelijke gevolgen van groei- en ontwikkelingsstoornissen, zouden de aandacht, advisering en hulpverlening aan de ouders van jonge peuters en kleuters een hoge prioriteit verdienen in de kleutergezondheidszorg.

Van de 363 artsen (tabel 9) die in de provincie Noord-Brabant werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen leiden er 52 alleen kleuterbureaus en 170 zowel zuigelingen- als kleuterbureaus. Respectievelijk 45,1% en 49,1% van de kleuterconsultatiebureau-artsen zag in 1980 gemiddeld minder dan 9 en 10-14 kleuters per zitting (tabel 5). De gemiddelde tijdsduur per consult bedroeg bij respectievelijk 4,9%, 26,6% en 38,7% van deze bureauleiders(sters) respectievelijk ≤ 4 ; 5-9 en 10-14 minuten (tabel 4).

Daar de gemiddelde bezoeksfrequentie per kleuter per jaar 1,16 bedraagt, is de tijdsinvestering per jaar ten behoeve van de individuele kleuter duidelijk minder dan die aan de zuigeling wordt gegeven (gemiddelde bezoeksfrequentie 10,3). Belangrijk is hierbij op te merken dat het aantal contacten per 1.000 inwoners van

de wijkverpleegkundige zowel in de zuigelingen als de kleuterzorg afneemt; dit aantal contacten was voor de zuigelingen- en kleuterzorg in 1977 respectievelijk 63,8 en 56,9; in 1978: 56,7 en 51,0; in 1979: 56,5 en 44,1, dat wil zeggen een daling tussen 1977 en 1979 van respectievelijk 11,4% en 22,6%. Opgemerkt mag bovendien worden dat 25% van de in de maatschappelijke gezondheidszorg functionerende verpleegkundigen verpleegkundige in de wijk is en dus geen opleiding in de maatschappelijke gezondheidszorg heeft ontvangen en dat bovendien slechts een zeer gering percentage de opleiding kinderaantekening heeft gevolgd en dat de huidige opleiding voor verpleegkundige in de maatschappelijke gezondheidszorg niet specifiek is gericht op de functie van wijkverpleegkundige in het algemeen en zeker niet op die van verpleegkundige in de jeugdgezondheidszorg.

Van de 440 Brabantse kleuterbureaus werden er in 1980 respectievelijk 16,8%, 30,9% en 49,1% geleid door kinderartsen, huisartsen en mevrouw-artsen (tabel 7). Evenals binnen de zuigelingen- c.b.'s wordt ook bij de kleuterbureaus de positie van de kinderarts zwakker, terwijl de positie van de huisarts stationair blijft en die van de mevrouw-artsen sterker wordt. Van de in totaal 222 artsen die werkzaam zijn aan de kleuterbureaus is 46,7% tevens huisarts. Deze huisartsen leiden 30,9% van het totaal van 440 kleuterbureaus en verzorgen 23,6% van het totaal aantal verstrekte consulten; 93,2% van de door huisartsen geleide kleuterbureaus heeft een gemiddeld aantal consulten van < 15 per zitting en 51,4% van de consulten duurt korter dan 10 minuten.

Hoewel de huisarts nog steeds een belangrijke positie inneemt in de kleuterzorg is die toch geringer dan bij de zuigelingen- en kleuterzorg. Van de 222 artsen die kleuterbureaus leiden is 36% mevrouw-arts. Deze mevrouw-artsen zijn verantwoordelijk voor 49,1% van de kleuterbureaus en verzorgen daarbij 53,5% van het totaal

aantal verstrekte consulten. 97,5% van de door mevrouw-artsen geleide kleuterbureaus heeft gemiddeld minder dan 15 consulten per zitting en slechts 2,5% van de consulten duurt korter dan 10 minuten. In de kleuterzorg neemt de mevrouw-arts de belangrijkste plaats in.

Aantal werkuren

Voor het goed functioneren van zowel een zuigelingen- als een kleuterbureau zijn het kennis-, vaardigheids-, ervarings- en samenwerkingsniveau van de medewerkers en het onderhouden daarvan van groot belang. Tevens zijn een doelgerichte administratie, registratie en verwerking van de gegevens noodzakelijke voorwaarden.

Het bereiken van het basisniveau van kennis, vaardigheden en ervaring vereist opleiding; het onderhouden van dit niveau vraagt nascholing en het werkzaam zijn in het betreffende arbeidsveld. Wat de vereiste opleiding betreft moet worden geconstateerd dat er, ondanks de aandrang daartoe uit het veld van de jeugdgezondheidszorg, nog geen enkele leerstoel jeugdgezondheidszorg is; dit in tegenstelling met de Angelsaksische landen, waar men reeds lang de leerstoel 'Maternal Care and Child Health' kent. De bijscholing is minimaal; eerst onlangs is daartoe via het post-academisch onderwijs een aanzet gegeven. Het werkzaam zijn in het jeugdgezondheidszorg-veld is noodzakelijk voor het handhaven en accuraat blijven van beoordelingsnormen, de beroepsattitude en het op een aangepaste wijze hanteren van variatiebreedten in het overgangsgebied van een gezonde en een gestoorde ontwikkeling van het kind. Hoeveel uren per week, maand of jaar de bureauleider in de zuigelingen- en/of kleuterzorg werkzaam moet zijn om zijn/haar ervaring in het algemeen en in het op een verantwoorde wijze hanteren van nieuw ontwikkelde onderzoeksmethodieken te onderhouden is naar mijn weten nimmer onderzocht.

In tabel 10 is het aantal werkuren dat per

jaar aan de jeugdgezondheidszorg werd besteed, uitgesplitst naar aard van zorg en categorie van bureauleider/ster, op overzichtelijke wijze weergegeven.

Zuigelingenbureau

Van de in totaal 363 artsen die werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen leiden er respectievelijk 141 (39%) alléén zuigelingenbureaus (117 huisartsen), 52 (14%) alléén kleuterbureaus (19 huisartsen) en 170 (47%); onder wie 84 huisartsen) zowel zuigelingen- als kleuterbureaus. Van het totaal aantal artsen (363) vervullen respectievelijk 220 (60,6%), 33 (9,1%) en 22 (6,1%) tevens de functie van huisarts, kinderarts of schoolarts, bedrijfsarts, militair arts, etc.

Van de 220 in de kinderhygiëne werkzame huisartsen doet 53% alléén een zuigelingenconsultatiebureau en 8,7% alléén een kleuterconsultatiebureau.

Van de 311 zuigelingenconsultatiebureauleiders/sters werkt 75,3% per jaar in totaal ≤ 99 uur, 13,5% tussen de 100 en 199 uur, en 11,2% meer dan 200 uur in de zuigelingen- en kleuterzorg. Van de zuigelingenconsultatiebureauleiders/sters besteedt 49,9% daaraan zelfs minder dan 50 uur per jaar. Van de 201 huisartsen die zuigelingenconsultatiebureaus 'doen' besteedt respectievelijk 70,1%, 24,9% en 5% daaraan respectievelijk minder dan 50 uur, 50-99 uur, en meer dan 100 uur per jaar. Van de 69 mevrouw-artsen, die zuigelingenbureaus leiden werkt respectievelijk 13%, 13,1% en 73,9% respectievelijk minder dan 50 uur, 50-99 uur, en meer dan 100 uur per jaar; van deze mevrouw-artsen besteedt 37,6% meer dan 200 uur per jaar aan het zuigelingenbureauwerk.

Kleuterbureau

Van de 222 kleuterbureauleiders/sters besteedt respectievelijk 48,7%, 20,7% en 30,6% aan deze activiteit respectievelijk minder dan 50 uur, 50-99 uur, en meer dan 100 uur per jaar. Van de 103 huisartsen die kleuterconsultatiebureaus leiden be-

Tabel 10. Aantal werkuren per jaar naar aard van zorg en categorie van bureauleider/ster in 1980.

uren	zuigelingenbureau						kleuterbureau						zuigelingen- en kleuterbureau					
	andere arts		huisarts		mevrouw-arts		andere arts		huisarts		mevrouw-arts		andere arts		huisarts		mevrouw-arts	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
≤ 24	1	6,7	57	28,3	2	2,9	0	0	60	19,3	1	9,1	65	29,3	0	0	6	7,1
25-49	1	6,7	84	41,8	7	10,1	3	11,5	95	30,6	2	18,2	43	19,4	0	0	31	36,9
50-99	8	53,3	50	24,9	9	13,1	12	46,1	79	25,4	5	45,4	46	20,7	1	25,0	32	38,1
100-149	4	26,6	5	2,5	12	17,4	5	19,2	26	8,4	1	9,1	6	21,4	9	10,7	3	4,9
150-199	0	0	2	1,0	13	18,9	1	3,9	16	5,1	1	9,1	0	0	11	4,9	1	25,0
200-249	1	6,7	1	0,5	7	10,1	2	7,7	11	3,5	0	0	1	3,6	0	0	2	2,4
250-299	0	0	0	0	7	10,1	1	3,9	8	2,6	0	0	1	3,6	0	0	3	4,9
≥ 300	0	0	2	1,0	12	17,4	2	7,7	16	5,1	1	9,1	11	13,8	2	7,1	36	59,0
	15	100	201	100	69	100	26	100	311	100	11	100	222	100	4	100	84	100

steedt respectievelijk 58,2%, 30,1% en 11,7% aan deze werkzaamheden respectievelijk minder dan 25 uur, 25-49 uur, en meer dan 49 uur per jaar; 88,3% van de huisartsenbureauleiders/sters besteedt dus minder dan 50 uur per jaar aan de begeleiding van groei en ontwikkeling van de gezonde kleuter.

Zuigelingen- en kleuterbureau

In totaal 170 artsen functioneren als zuigelingen- en als kleuterbureauleiders/sters. Van deze bureauleiders/sters besteedt respectievelijk 21,7%, 34,1%, 18,9% en 25,3% respectievelijk minder dan 50 uur, 50-149 uur, 150-299 uur, en ≥ 300 uur per jaar aan kinderhygiënische werkzaamheden. Van de 84 huisartsen die zowel zuigelingen- als kleuterconsultatiebureaus leiden werkt respectievelijk 44%, 38,1% en 17,9% respectievelijk minder dan 50 uur, 50-99 uur, en meer dan 99 uur in het consultatiebureauwerk. Van de 61 mevrouw-artsen die als zuigelingen- en als kleuterbureau-arts werkzaam zijn werkt 59% meer dan 300 uur in dit veld van zorg.

Het concrete gegeven dat niet minder dan 70,1% van de huisarts-leiders minder dan 50 uur per jaar aan het zuigelingenbureauwerk en respectievelijk 58,2% en

30,1% minder dan 25 respectievelijk 50 uur per jaar aan het kleuterbureauwerk besteedt, doet althans bij de schrijver van dit artikel de vraag rijzen of het onder deze omstandigheden voor de huisarts wel mogelijk is de in dit zich zo snel ontwikkelende en belangrijke gebied van de jeugdgezondheidszorg zo noodzakelijke ervaring op te doen en/of te onderhouden. Indien de huisarts inderdaad de 'eerstaangewezen' is in de zorg voor de gezondheid van jeugdigen (NHG 1980) of anders geformuleerd de arts is voor zuigelingen en kleuters (v.d. Lisdonk e.a. 1981) – voor welke stelling ontegenzeggelijk positieve en belangrijke argumenten, zoals kennis van gezin en buurt, zijn aan te voeren – dan dienen daartoe in het belang van het kind ook de noodzakelijke voorwaarden betreffende onder andere kennisinhouden, vaardigheden, ervaring en organisatie te worden bestudeerd en te worden gerealiseerd, met inachtneming van de vaststelling dat de ouders de eerst-aangewezenen zijn en behoren te blijven wanneer het gaat om de gezondheid van hun kind. ■

Literatuur

Swaak, A. J. De preventieve zorg voor de

zuigeling in georganiseerd verband en in de privé-praktijk van de huisarts in de provincie Noord-Brabant I en II. *T. Soc. Geneesk.* 43 (1965) 458; *T. Soc. Geneesk.* 43 (1965) 498.

Swaak, A. J. Ontwikkelingen in de zuigelingen-zorg. *Maandschrift voor Kindergeneeskunde* oktober 1972.

Swaak, A. J. Verleden, heden en toekomst van het zuigelingenconsultatiebureau. *Maandschrift voor Kindergeneeskunde* oktober 1971.

Swaak, A. J. Het kleuterbureau, instrument van kinderhygiëne. *Maandschrift voor Kindergeneeskunde* 43:15 (1975).

Bloemen-Verhoeven, M. B. Bosboom, B. Danc-Biewenga e.a. Enkele aspecten van het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. Katholieke Universiteit Nijmegen, 1975.

Lisdonk, E. H. v.d. e.a. De huisarts, ook de arts voor zuigelingen en kleuters. *Medisch Contact* nr. 3/1981, blz. 73.

Nederlands Huisartsten Genootschap. Jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen. *Medisch Contact* nr. 49/1980, blz. 1514.

Landelijke Huisartsen Vereniging. De taken van de huisarts; rapport Commissie Takenpakket. *Medisch Contact* nr. 24/1977, blz. 765.

Landelijke Huisartsen Vereniging. Functieomschrijving van de Nederlandse huisarts. *Medisch Contact* nr. 48/1981, blz. 1476.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties

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

Universiteit van Amsterdam

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Kopzorg over nazorg

Tijdens de laatstgehouden algemene ledenvergadering van het Landelijk Contactorgaan Begeleidingsgroepen Borstkankerpatiënten hield Drs. P. van Harberden, wetenschappelijk hoofdmedewerker vakgroep Welzijnssociologie Katholieke Universiteit Tilburg, een warm pleidooi voor een positieve, vergemakkelijkende benadering van de zelfhulp. Die benadering – aldus de auteur bijgaand in een verkorte weergave van zijn tekst – vraagt naast de erkenning dat contact met lotgenoten bijzonder gunstig kan uitwerken, de erkenning dat nazorggroepen een correctie- en brugfunctie kunnen vervullen ten opzichte van de professionele hulpverlening.

Op basis van recent onderzoek (Jansen e.a., 1980, Geelen e.a., 1981) kunnen we vaststellen dat met name gedurende de laatste tien jaren zelfhulpgroepen en andere zelfhulpinitiatieven als paddestoelen uit de grond schieten. Een omvangrijke tak van de familie Zelfhulp, overigens een kakelbont gezelschap, wordt gevormd door de groepen die actief zijn in de medische sector. Ik doel dan op groepen die zich formeren rond epilepsie, verlamming, hartziekte en kanker, ziektes dus die van de patiënten en van de direct betrokkenen een aanzienlijke aanpassing van hun leefstijl vragen.

Geconstateerd moet worden dat de medische zorg nog slecht is ingeschoten op dit soort ziektes. Zeker, medisch-technisch en verpleegkundig gezien is er vooruitgang geboekt. Op het punt van de hulp bij de verwerking van de problematiek en de aanpassing aan de nieuwe situatie is er evenwel sprake van een 'gat in de zorgmarkt'. Zelfhulpgroepen proberen dit gat op een geheel eigen wijze, namelijk op eigen kracht, samen met lotgenoten, op te vullen.

De groepen voor borstkankerpatiënten passen in dit plaatje. In binnen- en buitenland (vgl. het 'Reach to Recovery'-project van de Amerikaanse Cancer Society, het programma 'Vivre comme avant' in Frankrijk, de organisatie BVMB en het Onthaalcentrum Naboram in België) trachten vrouwen die een borstamputatie

hebben ondergaan iets te doen aan de problemen van nieuwe lotgenoten. In eigen land was Tilburg koploper met de groep 'After Care'. Het voorbeeld van deze groep is door het gehele land nagevolgd (Van den Borne c.s., 1981). Op initiatief van het Studiecentrum Sociale Oncologie is een landelijke vereniging, het Landelijk Contactorgaan Begeleidingsgroepen Borstkankerpatiënten (LCBB) opgericht; dit orgaan wil ondersteunend werken voor de vele autonome groepen.

In de begeleidingsgroepen wordt gediscussieerd over het thema 'deskundigheidsbevordering'. In verband daarmee wil ik iets zeggen over de relatie tussen zelfhulp en professionele hulpverleners.

Zelfhulp en professie

Hoe hebben de professionele hulpverleners gereageerd op de snelle opmars van de zelfhulp als een nieuwe hulpbron in het land van 'welzijn en geluk'? Afgaande op binnen- en buitenlandse publikaties stel ik vast dat de reacties zeer uiteenlopend zijn. Ze variëren tussen kritiekloos enthousiasme en regelrechte afwijzing. Als de schijn ons niet bedriegt zijn de professionals onder te brengen in een viertal 'kampen':

1. de *sceptici*. Deze hebben weinig goede woorden over voor de activiteiten die zelfhulpers ontplooiën. Zij lijken te redeneren dat patiënten niet zelf behoren te 'dokteren'.
2. De *gedogers*, die het bestaansrecht van de zelfhulp erkennen, omdat deze hulpbron nuttig en aanvullend werkt. Zij dulden deze hulpbron naast zich, zolang het eigen domein onaangetast blijft.
3. De *inbouwers*. Zij proberen het succes van de zelfhulp in te bouwen in de eigen professionele praktijk. Zij staan op het standpunt dat er van zelfhulp iets te leren valt en dat men er zelf beter van kan worden.
4. De *verrijkers*, die positief staan tegenover het zelfhulpgebeuren, maar menen dat professionele assistentie en interventie (bijvoorbeeld als groepsleider/ster) de therapeutische werking en effectiviteit van het zelfhulpinitiatief kan bevorderen.

Ik wil deze vier 'kampen' hier niet kri-

tisch doorlichten, maar volsta met de opmerking dat ik samen met mijn collega Lafaille heb gepleit voor de vorming van een vijfde kamp, en wel het kamp der *vergemakkelijkers*. Tot dit kamp reken ik die professionele hulpverleners die zelfhulp als een waardevolle en volwaardige hulpbron beschouwen, zich derhalve afscheiden opstellen en kiezen voor een voorwaardenscheppende rol; zij laten de helpende relatie tussen lotgenoten onaangetast en beperken de eigen bijdrage tot organisatorische ondersteuning van het zelfhulpgebeuren: lotgenoten met elkaar in contact brengen, zorg dragen voor geschikte ruimte en andere faciliteiten, op verzoek informatie aandragen, enz.

Ons pleidooi is vooral gebaseerd op de uitkomsten van een aantal 'case-studies'. Steeds weer blijkt dat zelfhulp een waardevolle hulpbron vormt, tot heel wat in staat is. Tegen de achtergrond van de bemoedigende resultaten van zelfhulpinitiatieven kunnen de vier door mij genoemde kampen fors onder schot worden genomen. Dit pleidooi is ook ingegeven door het bange vermoeden dat intensieve bemoeienis van professionele hulpverleners met zelfhulp ertoe zal leiden dat het gehalte van de zelfhulp vermindert of verloren gaat: de professional als bliksemafleider.

Professionele hulpverleners en nazorggroepen

Op grond van een aantal (beperkte) studies en discussies in het land stel ik vast dat ook in de sfeer van de nazorg voor borstkankerpatiënten de vier door mij genoemde 'kampen' actief zijn. Ik lokaliseer een, naar ik schat klein, aantal professionals dat zich uiterst sceptisch opstelt. Zij dichten de nazorggroepen minder goede eigenschappen toe. Zij wijzen nadrukkelijk op vele risico's, nadelige gevolgen, verbonden aan deze hulpbron. Ook de 'verrijkers' ontbreken niet. In een studie van Hueting (1980) wordt melding gemaakt van een professional die van mening was dat het lotgenotencontact in groepsverband met professionele methoden moest worden verrijkt: Gestalttherapie, transactionele analyse en groepstherapie.

Ik meen te mogen constateren dat een meerderheid zich – terecht – positief-kri- ►

tisch opstelt. Zij kiezen voor een gedogende en/of inbouwende benadering van het lotgenotencontact als hulpbron. Daarbij wordt gewezen op het feit dat het *lotgenotencontact* in de begeleidingsgroepen een aantal functies vervult. We noemen er hier drie:

- Het contact met lotgenoten vervult een *voorbeeldfunctie* voor vrouwen die net een operatie hebben ondergaan: de lotgenoot als 'levend' voorbeeld dat een zinvol leven mogelijk blijft.

- Het contact met lotgenoten vervult een *correctiefunctie* ten opzichte van de professionele (lees: medische en verpleegkundige) hulp: de nazorggroepen corrigeren de zeer gespecialiseerde, maar tevens eenzijdige zorg door zich te werpen op de psycho-sociale problematiek welke vastzit aan de medische ingreep. Aldus brengen de groepen de hulp op een 'menselijke maat'.

- Het contact met lotgenoten vervult een *brugfunctie*: het fungeert als een goedkoop middel om volstrekt falende samenwerkingsrelaties tussen intramurale en extramurale zorgsystemen te overbruggen.

Dubbele strategie

Het valt mij op dat in publikaties van en over de nazorg voor borstkankerpatiënten nauwelijks of niet wordt gerept over bovengenoemde correctie- en brugfuncties. Deze functies die de nazorggroep ten opzichte van het professionele zorgsysteem vervult blijven onderbelicht, terwijl de voorbeeldfunctie, de informatiefunctie, de benoemingsfunctie en andere functies die de groep voor de borstkankerpatiënte zelf vervult breed worden uitgemeten. Dit is logisch, maar daarmee nog geen goede zaak: het verdoezelt een stukje werkelijkheid en doet denken aan struisvogelpolitiek.

Het is naar mijn mening verstandig de correctie- en brugfuncties van de nazorggroep te erkennen. Immers, de nazorggroepen als totaliteit kunnen hieraan het recht ontfangen in de zorg voor de borstkankerpatiënte een dubbele strategie te ontwikkelen. Wie deze functies vervult heeft recht van spreken:

- op het niveau van de nazorggroep: handhaving van de voorbeeld-, informatie- en bemoedigingsfuncties, die belangrijk zijn in verband met de psychosociale aspecten van de problematiek;

- op het niveau boven de groepen: ruimte voor een belangenbehartigingsfunctie.

Die belangenbehartiging is bepaald geen overbodige luxe. Uit allerlei rapporten komt naar voren dat de zorg voor de borstkankerpatiënte bepaald niet optimaal is; die zorg is voor verbetering vatbaar. De begeleidingsgroepen zouden op dit punt een functie kunnen vervullen door bedoelde tekortkomingen te signaleren, vast te leggen en door te spelen naar de instanties die de verantwoordelijkheid voor de zorg dragen.

Hiermee bepleit ik geen spectaculaire acties op centraal verwarmde barricades, maar wel een rustige, effectieve behartiging van belangen van de patiënte. Ik voeg hieraan de stelling toe dat het Landelijk Contactorgaan Begeleidingsgroepen Borstkankerpatiënten zich zou moeten buigen over de zin en mogelijkheid van zo'n dubbele strategie. Wie als doelstelling hanteert: 'Het bevorderen van het welzijn van borstkankerpatiënten', mag niet op voorhand belangenbehartiging afwijzen, toch zeker niet als men wenst rekening te houden met het feit dat de nazorggroepen de door mij gesignaleerde functies vervullen: een vogel met één sterk ontwikkelde vleugel komt niet ver!

Literatuur

Borne, H. W. van den (1980) Het functioneren en de effecten van nazorggroepen voor kankerpatiënten; een voorstel tot onderzoek, IVA, Tilburg.

Borne, H. W. vanden, J. Pruijnen M. Wegman (1981) Zorg om nazorg. IVA, Tilburg.

Bredero-Ritter, C. van en M. Floor (1977) Als je borst wordt afgezet . . .; ervaringen van vrouwen en hulpverleners. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Bruijn, L. de (1979) Lotgenotencontact voor vrouwen met borstampuatie. In B. Bakker en M. Karel (red.), *Zelfhulp en welzijnswerk*, Alphen aan den Rijn, 148-158.

Geelen, K. e.a. (1981) Initiatieven tot eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg. IVG, Tilburg.

Gersons, B. P. R. (1981) Over crisistheorie, rouw en rolverandering; het transitionele proces in de ondersteuningsgroep. *T. Psychiatrie* 23, 1981, 7/8, 430-452.

Harberden, P. van en R. Lafaille (1978) *Zelfhulp, een nieuwe vorm van hulpverlening?* Vuga, 's-Gravenhage.

Harberden, P. van en R. Lafaille (1979) Over zelfhulpgroepen en professionals. *Anders* 1979, nr. 2, 8-17.

Heel-Driebergen, A. A. van (1981) *Zelfhulp na borstkanker – waar, hoe en wanneer?* Inleiding op een voorlichtingsdag over zelfhulp, op 7 oktober 1981 georganiseerd door de Provinciale Gehandicaptenraad Drenthe en de Stichting voor de Revalidatie in de provincie Drenthe.

Heuvel, W. J. A. van den (1977) Begeleiding van vrouwen met borstkanker *Medisch Contact* 32, 1977, 1429-1432; 1475-1477; en 1501-1503.

Hueting, G. (1980) Borstampuatie . . . , daar is over te praten. In R. de Hoog, H. Stroomberg en H. v.d. Zee, *Veranderen door onderzoek*, Boom, Meppel.

Jansen, H., R. Lafaille, P. van Harberden en L. Postma (1980) *Zelfhulpgroepen in Nederland*, 5 delen, KH Tilburg.

Rosenbaum, E. H., I. R. Rosenbaum, e.a. (1980) *A Comprehensive Guide for Cancer Patients and their Families*. Mayfield Publishing Company, Londen.

Tausch, A. H. (1981) *Gespräche gegen die Angst*. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg.

Vroom, C. W. en Th. v.d. Net (1978) Angst is grootste probleem: voor terugkeer van ziekte, voor de dood, voor nabestaanden etc. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, jrg. 6, nr. 7/8, 1978, 54-57.

MEDISCH CONTACT

nummer 16 – 23 april 1982 – 37e jaargang

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht. Telefoon 030-885411 (17 lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

Dagelijks bestuur

Dr. J. J. H. M. Daniëls, voorzitter; F. N. M. Bierens, ondervoorzitter;
D. B. Kagenaar, Mw. G. S. Kraaijenbrink-de Zeeuw en Prof. Dr. P. Visser, leden;
H. G. Bessem (voorzitter LHV), J. W. H. Garvelink (voorzitter LAD) en G. Groenewoud
(ondervoorzitter LSV), J. Bosman (voorzitter LVSG), adviserende leden.

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De Afdeling Ledenbemiddeling (waaronder Het Bureau voor Waarneming en Vestiging), De
Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Com-
missie Doktersassistenten, De Commissie Geneeskundige Verklaringen.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mw. Mr. P. Swenker, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen (LVSG)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, directeur; Mw. J. M. Mantel-Dusamos, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. H. Fermin, secretaris; Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse.
Bureautijden 8.30-12.30 uur.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

L. G. Oltmans, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Stichting Nascholing Huisartsen (SNH)

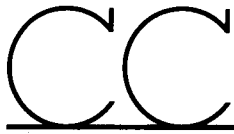
Dr. J. A. E. van der Feen, centrale coördinator; Mw. I. Koers, secretaresse.

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

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, 2861 CB Bergambacht, telefoon
01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteu-
ningsfonds te Bergambacht.



van het Centraal College voor de erkenning en registratie
van medische specialisten

Besluit no. 4 – 1981

Ingevolge artikel 1008, lid 4, van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, volgt hieronder publikatie van besluit no. 4-1981 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten betreffende het jaar psychiatrie in de opleiding neurologie. Het besluit treedt in werking op 26 april 1982.

Het betreft hier een alternatieve opleidingsmogelijkheid voor assistent-geneeskundigen in opleiding voor het specialisme neurologie. Desgewenst kan voor hen het jaar psychiatrie, dat deel uitmaakt van de opleiding tot neuroloog, worden vervangen door een geïntegreerde opleiding neurologie, waarin de relevante psychiatriestof is opgenomen. Aan de hand van toetsingen zal deze wijze van opleiden worden geëvalueerd. Gezien het experimentele karakter is aan het besluit een beperkte geldigheid gegeven. Deze wijze van opleiden zal vooralsnog vigeren naast de tot dusverre gebruikelijke (waarin het jaar psychiatrie afzonderlijk staat).

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris.

Besluit no. 4-1981 psychiatrie in de opleiding neurologie

Het Centraal College in vergadering bijeen op 21 december 1981;

gelet op besluit no. 10-1971 bevattende de opleidingseisen voor het specialisme neurologie, waarin is bepaald dat een assistent-geneeskundige die in dit specialisme wordt opgeleid, gedurende een jaar een opleiding in de psychiatrie dient te volgen;

overwegende dat sedert de totstandkoming van deze eisen onverminderd is gebleken dat kennis van en inzicht in de psychiatrie voor de aanstaande neuroloog van overwegend belang is;

dat echter de wijze waarop de opleiding in de psychiatrie plaatsvindt, niet steeds of onvoldoende is afgestemd op het later functioneren als neuroloog;

dat het derhalve wenselijk lijkt ervaring op te doen met andere wijzen van opleiden in de psychiatrie van de assistenten in opleiding tot neuroloog;

dat alvorens tot een definitieve wijziging van de opleidingseisen voor de neurologie over te gaan, deze ervaringen op hun merites dienen te worden beschouwd en dat daarom de hierna volgende bepalingen vooralsnog een tijdelijk karakter dienen te hebben;

gezien het verzoek en de argumentatie van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie;

gehoord de Specialisten Registratie Commissie;

gelet op artikel 1007 lid 2 en 1008 van het Huishoudelijk Reglement der KNMG.

heeft besloten

Artikel 1

De assistent-geneeskundige die voor het specialisme neurologie wordt opgeleid, kan – in afwijking van het daaromtrent bepaalde in besluit no. 10-1971 – desgewenst in plaats van 3 jaar opleiding in de neurologie (waarin begrepen 1 jaar naar keuze) en 1 jaar opleiding in de psychiatrie, een opleiding volgen van 3 jaar in de neurologie, waarin de voor de functie van neuroloog relevante psychiatrie is geïntegreerd, en een jaar naar keuze.

Artikel 2

De opleiding in de klinische en poliklinische neurologie, waarin de psychiatrie is geïntegreerd, vindt plaats in een daartoe door de Specialisten Registratie Commissie erkende opleidingsinrichting. Deze opleiding kan worden gevolgd gedurende 3 jaar in een A-opleidingsinrichting, of gedurende 2 jaar in een A- en 1 jaar in een B-opleidingsinrichting.

Artikel 3

De betreffende neuroloog-opleider dient in goede samenwerking met de in de opleidingsinrichting werkzame psychiater(s) en psycholo(o)g(en) en eventueel de maatschappelijk werker(n), er zorg voor te dragen, dat de assistent-geneeskundige voldoende kennis en ervaring opdoet en inzicht verkrijgt in de psychopathologische aspecten van organische hersenziekten en de somatische uitingsvormen van psychische stoornissen. Met name dient aandacht aan de grondslagen van de neuroseleer, de histerie en psychosomatiek te worden gegeven. Daarnaast dient de neuroloog-opleider ervoor te zorgen, dat de assistent-geneeskundige kennis heeft van de grote – psychiatische – ziektebeelden, met name de schizofrenie, de manie en de verschillende vormen van depressie. Tenslotte dient in de opleiding aandacht te worden geschonken aan medisch-psychologische problemen bij neurologische aandoeningen.

Artikel 4

De assistent-geneeskundige die in het kader van zijn opleiding in de neurologie een jaar een afzonderlijke opleiding in de psychiatrie volgt, kan deze opleiding, behalve in een voor de psychiatrie erkende opleidingsinrichting-A of -B, tevens volgen in een voor de stage inrichtingspsychiatrie erkende opleidingsinrichting. De opleiding zal in de laatstgenoemde inrichting dienen plaats te vinden, zowel op de opname-afdeling als op de polikliniek.

Artikel 5

De assistent-geneeskundige dient het aan de opleiding verbonden cursorisch onderwijs in de psychiatrie te volgen en aan de toetsen deel te nemen. De toetsingsprocedure is onderworpen aan de goedkeuring en controle der SRC.

Artikel 6

Het onderhavige besluit is van kracht gedurende 5 jaar na de inwerkingtreding ervan. Mede op basis van de te houden toetsen zal nadien worden beoordeeld of continuering van de geïntegreerde opleiding in de neurologie verantwoord is.

Toelichting ad artikel 5

Vooralsnog zullen de resultaten van deze toetsen geen consequenties hebben met betrekking tot de voortzetting van de opleiding.