

# MEDISCH CONTACT

nummer 49 – 4 december 1981 – 36e jaargang

## Redactioneel

■ Er zit perspectief in de dagverpleging in Nederland als pendant van de 'day surgery' in de Verenigde Staten.

Dr. A. P. G. Cremers, geneesheer-directeur van het ziekenhuis De Weezenlanden te Zwolle, beschrijft uit eigen ervaring een alternatief voor de kliniek.



■ De medische studenten in het Maastrichtse blijken alleszins tevreden met het onderwijs dat zij genieten. Hun gunstige oordeel over de studieopzet stoelt inzonderheid op de mogelijkheid veelsoortige praktische ervaring op te doen. H. G.



Schmidt en J. H. C. Moust van de capaciteitsgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch aan de Rijksuniversiteit Limburg, geven een aanvulling op eerder aan een conventionele medische faculteit verricht onderzoek naar de ervaringen van studenten.

■ Ons land heeft een lange traditie op het gebied van de scheepvaart en daardoor op het gebied van de geneeskunde aan boord van zeeschepen. Een van de wijzen waarop die traditie thans wordt voortgezet wordt beschreven door de bedrijfsartsen J. J. G. Groenewegen en Prof. Dr. D. Vroege van de Regionale Bedrijfsgeneeskundige Dienst voor het Havengebied van Rotterdam en Omgeving.

■ In het nummer van de vorige week beschreef de Utrechtse apotheker Drs. J. M. E. V. Dolmans samen met twee van zijn collega's hoe patiënten omgaan met het geneesmiddelenpaspoort. In een tweede beschouwing gaat hij nader in op doel en functie van zo'n paspoort – zijns inziens een onmisbaar document voor de patiënt.



## Inhoud

Brieven  
blz. 1502

'Day surgery' in Nederland.  
Een alternatief voor de kliniek  
door Dr. A. G. P. Cremers  
blz. 1507

Uitspraak Medisch Tuchtcollege  
's-Gravenhage  
DKTP- in plaats van DTP-vaccin,  
waarschuwing.  
blz. 1513

Uitspraak Raad van Beroep  
Klacht tegen KNO-arts ongegrond  
blz. 1514

Studiebeleving van Maastrichtse  
medische studenten  
door H. G. Schmidt en J. H. C. Moust  
blz. 1515

Bedrijfsgezondheidszorg voor de scheepvaart  
door J. J. P. Groeneweg en Prof. Dr. D. Vroege  
blz. 1519

Geneesmiddelenpaspoort  
onmisbaar voor patiënt  
door Drs. J. M. E. V. Dolmans  
blz. 1523

OFFICIEEL  
blz. 1527

Inhoudsopgave officieel  
blz. 1532



**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 verantwoordelijk. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoordelijk aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

#### *Bestuur Medisch Contact*

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

#### *Redactie Medisch Contact*

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

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

#### *Abonnementen*

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Ned. Antillen en in Suriname f 96,70 (inclusief BTW); overige landen f 172,65.

Administratie: Tijl Periodieken BV,  
Texelstraat 80, postbus 737, 1180 AS Amstelveen, telefoon 020-434346.

Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan; het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden tevoren is opgezegd.

#### *Advertenties*

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

Oplage: 23.500 exemplaren

Druk: Koninklijke Tijl BV, Zwolle

Omslagfoto: Egbert de Bruijn, Den Haag

MEDISCH  
CONTACT © 1981

## EERSTELIJNS PEDAGOGISCHE HULPVERLENING

De reactie van de heer N. K. Idema, jeugdarts te Zwolle (MC nr. 44/1981, blz. 1354) op ons artikel in MC nr. 41/1981, blz. 1277, deed ons goed.

Op de in de laatste zin gestelde vraag: 'Wie betaalt dit in Balk?', het volgende antwoord: Behalve twee subsidies van het Nationaal Comité Kinderpostzegels (tezamen f 20.000,—) en een klein aantal betaalde begeleidingen, moeten wij dit helaas zelf betalen. CRM heeft ons onlangs bericht geen subsidie te geven via de Wet indirecte financiering. Vermoedelijk kunnen wij ook geen andere financieringsbronnen vinden. Dat betekent dat we (helaas) per 1 december aanstaande moeten stoppen.

Balk, 10 november 1981

Janny en Wim Peters

## PUBLICITEITSORGANEN EN MEDICI

Meer dan vroeger komen medici in de publiciteit. In positieve zin en in negatieve zin. Niet altijd even objectief, bijvoorbeeld door het knip- en plakwerk met radio- en televisiebanden. Hiermede houden wij al zo veel mogelijk rekening, denk ik.

In de tijd dat ik wethouder van onder meer volksgezondheid was ontstond er een goede relatie met de journalisten door de overeenkomst dat ik dag en nacht voor informatie bereikbaar was, maar dat men dan even liet lezen of voorlezen wat men had geschreven. Dit werkte uitstekend.

Nu is het mij echter deze dagen overkomen dat men in een door mij geschreven artikel zonder overleg is gaan schrappen.

Onlangs verscheen in de rubriek 'Wetenschap' van een landelijk avondblad een uitvoerig interview met een hoogleraar in de psychiatrie te Amsterdam, die daarin openhartig verklaarde zijn standpunt dat homosexualiteit een neurotische stoornis was, die met een psychiatische behandeling te genezen zou zijn, te hebben verlaten.

Op dit vraaggesprek reageerde ik met een artikel voor dezelfde rubriek 'Wetenschap' (dat wat lengte betreft de aangegeven grens niet overschreed), waarin ik mijn waardering uitte voor deze openlijke wending. Daarbij schreef ik het echter te betreuren dat deze verandering van inzicht zo laat was gekomen.

Aan de hand van binnen- en buitenlandse publicaties van de jaren 1948-1952 illustreerde ik dat er toen al reeds heel andere opvattingen over homofilie waren, onder meer citeerde ik uit het in 1948 uitgegeven boek 'Hormonologie' van Prof. Dr. E. Laqueur, Prof. Dr. S. E.

de Jongh, Dr. M. Tausk, Prof. Dr. J. H. Gaarenstroom en Dr. M. B. C. Manus (Noord-Hollandse Uitgeversmaatschappij) de volgende passages:

'Bij gebrek aan desbetreffende gegevens bij den mensch is het voorlopig niet meer dan een wilde hypothese om de homosexualiteit te willen verklaren door een inverse reactie van het psychisch substraat.' 'Hierbij zij vooropgesteld, dat testosteron slechts den omvang van de geslachtsdrift vergroot, doch niet de richting ervan bepaalt: homoseksuele mannen worden er niet door genezen.' 'Wij aarzelen om het woord 'genezing' in dit verband, dus voor het inverteren van de seksuele instelling van een homoseksueel te gebruiken, doch kennen geen beter. Stipt genomen past het hierop even weinig als op een (eveneens theoretisch) herstel van aangeboren linkshandigheid.'

Toen mijn pennevrucht in het avondblad verscheen bleken er enige alinea's te zijn verdwenen. Met name ontbrak het derde citaat, dat ik als kern van het betoog beschouwde, waardoor de rest wat in de lucht kwam te hangen. Omdat ik dacht aan een zelfout verzoekt ik onmiddellijk in een net briefje om een rectificatie door het alsnog publiceren van het zo belangrijke derde citaat. Dit verzoek werd ook bij herhaling ervan afgewezen, omdat de redactie het stuk als 'brief' had ingekort, overeenkomstig het recht dat de redactie zich toekent.

En zo staat er dan een 'brief' in een krant met mijn naam eronder die ik zó niet heb geschreven.

Ik acht dit onbevredigend. Het is tevens een waarschuwing voor andere publicerende collegae. Het is vanzelfsprekend dat op publiciteitsorganen geen censuur wordt uitgeoefend. Auteurs moeten ervoor waken dat redacties hen censureren.

Mijn advies is aan ieder artikel of ingezonden brief voortaan toe te voegen: 'Veranderingen en weglatingen alleen na overleg en met toestemming van de auteur'.

Rijswijk, 9 november 1981

Dr. A. P. J. v.d. Burg, internist

## NEDERLAND OKÉ MET DE KNMP

In Medisch Contact van 23 oktober jl. (MC nr. 43/1981, blz. 1338) troffen wij een (anoniem) praktijkperikel aan waarin de handelwijze van de KNMP aan de kaak werd gesteld.

Op initiatief van de plaatselijke actiecomités Nederland OKÉ heeft de KNMP medewerking verleend aan het project: 'Inleveren van overtollige geneesmiddelen bij de apotheek'. Ruim tweeduizend briefkaarten werden ontvangen en beantwoord met het zenden van evenzoveel gratis pakketten folders, medicij-

# Geneesmiddelenvoorziening

Zoals bekend bestaan er aanzienlijke verschillen in inzicht tussen de apotheekhoudende huisartsen en de apothekers over de geneesmiddelenvoorziening. Bij de totstandkoming van de huidige wet hebben de apothekers een grote inbreng gehad, de artsen nauwelijks. Dat vond zijn weerslag in de wet. Wat de vestiging betreft betekent dit, samengevat, dat wanneer een apotheker er brood in ziet zich in een bepaalde plaats te vestigen, de daar werkzame apotheekhoudende artsen hun apotheek moeten opheffen; argument: de geneesmiddelendistributie verloopt beter via de apotheker.

De laatste jaren is er een toenemend aantal apothekers afgestudeerd. Er gingen zich steeds meer apothekers vestigen in gebieden die van oudsher door apotheekhoudende huisartsen zijn bestreken. Hiertegen rees verzet van zowel huisartsen als patiënten. Van de laatsten, omdat zij een aanzienlijke teruggang in de service zagen aankomen. Een en ander maakte een wettelijke regeling voor de vestiging van apothekers noodzakelijk.

Aangezien de vestiging van apothekers niet is los te zien van de positie van de apotheekhoudende artsen, waren dezen ook partij in het overleg met het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne tijdens hetwelk een wet inzake een vestigingsregeling voor apothekers zou moeten worden voorbereid. De voormalige staatssecretaris, Mw. Veder-Smit, deed daartoe enige voorstellen die niet tot overeenstemming konden leiden. De nieuwe minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne is nu met voorstellen gekomen die een eind aan de wensen van vele patiënten en huisartsen tegemoetkomen.

Krachtens de nieuwe voorstellen mag een apotheker zich slechts vestigen indien er tenminste 8.000 mensen binnen een afstand van 3½ km (langs de openbare weg gemeten) van de apotheek wonen. De apotheek moet binnen de bebouwde kom zijn gevestigd. Een apotheekhoudend

huisarts behoudt te allen tijde zijn apotheekvergunning gedurende tenminste vijf jaar na vestiging en bovendien twaalf maanden na vestiging van een apotheker. Zowel arts als apotheker dienen een door Gedeputeerde Staten (GS) te verstrekken vergunning te krijgen. GS vragen advies aan de Commissie voor de gebiedsaanwijzing, die al in iedere provincie bestaat. Die commissies worden wel uitgebreid met onder meer vertegenwoordigers van de consumenten. Tenslotte – er zijn nog meer punten die in een volgend nummer door de voorzitter van de Apotheekcommissie der LHV, A. J. Bosch, zeker aan de orde zullen worden gesteld – stelt minister Gardeniers voor, de bevoegdheid van een arts tot het uitoefenen van de artsennijbereidkunst te beperken tot het afleveren van geneesmiddelen.

Op het eerste gezicht is zo'n beperking tot het louter afleveren van geneesmiddelen niet onlogisch gedacht. Immers, 85% van de receptuur betreft in de fabriek bereide

... waarom zou je het eenvoudig doen? ...

produkten – zelfs 95% als je naar de kosten kijkt – en voor het bereiden van geneesmiddelen is de arts niet opgeleid. Praktisch gezien echter lijkt zo'n principiële en toch ingrijpende maatregel voor de oplossing van dit op zich geringe probleem niet als eerste aangewezen. Praktisch gezien zal het niet veel verschil maken of de apothekersassistente nu geneesmiddelen in de apotheek van een apotheker of in de apotheek van een huisarts bereidt. In de tweede plaats betreft die bereiding in hoofdzaak eenvoudige hoestdrankjes en zalfjes. Moet de huisarts daarvoor de patiënt straks 5 of 10 km op stap sturen? De huisarts zal dan ongetwijfeld expectorantia en zalfjes gebruiken die vooraf in de fabriek zijn bereid.

De gedachte, de huisarts de bevoegdheid te verlenen in de fabriek bereide geneesmiddelen rechtstreeks aan de patiënt mee te geven (in plaats van een recept), zou vooral zin hebben als iedere huisarts dat zou kunnen doen. Als iedere huisarts over een gestandaardiseerd pakket van 60 à 80 geneesmiddelen zou kunnen beschikken om dat rechtstreeks aan de patiënt te geven, zou dat een geweldige service voor de patiënt betekenen. Daarnaast zou de standaardisering van het geneesmiddelenpakket van de huisarts een geweldige impuls betekenen voor een rationeel voorschrijfgedrag, hetgeen gepaard zou kunnen gaan met een aanzienlijke kostenbesparing, ook al zou de arts voor zijn beheer en afgifte van een standaard-geneesmiddelenpakket extra moeten worden gehonoreerd. De resterende receptuur, vermoedelijk niet veel meer dan zo'n 25%, zou dan door de apotheker kunnen worden verzorgd.

Een en ander zou het voordeel hebben dat de apotheker veel meer tijd zou kunnen besteden aan consultatie met en informatie aan de huisarts en in sommige gevallen aan de patiënt. Zijn hooggekwalificeerde opleiding zou dan bij de beroepsuitoefening meer vruchten afwerpen dan nu gewoonlijk het geval is. Als dan bovendien het geneesmiddelenpaspoort (zie blz. 1523) algemene ingang zou vinden, zou dit een goed sluitend, overzichtelijk en efficiënt systeem van geneesmiddelendistributie kunnen opleveren. Overconsumptie en ondoelmatige receptuur zouden dan beter kunnen worden beheerst en de kosten zouden aanzienlijk dalen. Maar ook in de gezondheidszorg geldt nog vaak: waarom zou je het eenvoudig doen als het ook ingewikkeld kan? ■

nenopruijmzakjes en informatiemateriaal. Onder deze belangstellenden bevonden zich honderden wel- en niet-apotheekhoudende huisartsen, hetgeen in voorkomende gevallen uitmondde in bestellingen op folders en opruijmzakjes door niet-apothekers. Enigszins overbluft door dit succes werd gezocht naar een doeltreffende manier om de aanvragers te helpen zonder dat de KNMP als postorderbedrijf zou behoeven te fungeren. De oplossing: de artsen werden naar apothekers in de buurt verwezen, waar zij hun bestelling via de apotheker konden plaatsen.

Wat de opmerking over de dubbele prijs betreft moet er van een misverstand sprake zijn; de niet-leden-prijs is in geen enkel geval voor deze materialen berekend.

Tenslotte: het zou de redactie van Medisch Contact hebben gesierd wanneer zij vooraf aan de KNMP commentaar zou hebben gevraagd.

Den Haag, 2 november 1981

Drs. H. A. Sloot, secretaris  
wetenschappelijke zaken KNMP

## TUSSEN 0,0 EN 100%

Naar aanleiding van het antwoord van Prof. Dr. J. H. J. Ruijs (MC nr. 45/1981, blz. 1384) op het redactioneel commentaar in MC nr. 42/1981, blz. 1295, een antwoord wat bij mij zeer menselijk en sympathiek overkwam, zou ik toch gaarne het volgende willen opmerken.

In het commentaar dat door Prof. Ruijs wordt aangehaald heeft de hoofdredacteur gesproken over gebrek aan liefde en respect van de zijde van de arts, waardoor het medisch beroep zou worden uitgehuld. Ik meen dat men hier streng op de formulering moet letten. Er wordt namelijk van een 'worden' gesproken, niet van een 'zijn'. Hoezeer ik de verdedigende klank in de woorden van Prof. Ruijs waardeer, geloof ik dat we ook de woorden van collega Bol eens nader moeten beschouwen. Het gebrek aan liefde en respect in artsen is een term die in de tijd waarin ik jong was, ook in de tijd gedurende mijn hele studie, ik durf zeggen in de hele medische wereld, niet van toepassing zou zijn geweest. Hoe is deze verandering tot stand gekomen? Daar zijn vele redenen voor op te geven, doch ik vind het van belang op te merken dat het begrip 'primum nil nocere', dat destijds ons als ideaal altijd werd voorgehouden, volledig is opgegeven. Onze tegenwoordige geneesmiddelenwet bevat een groot aantal middelen die met het woord 'anti' beginnen. Zonder hier lang over uit te weiden, kunnen we zeggen dat op het gebied van de interne geneeskunde, van de psychiatrie, zowel als van bepaalde gebieden in de chirurgie en de radiologie, het begrip 'geweld' zeer zeker op zijn plaats zou zijn. Ik wil volkomen in het midden laten of dit gerechtvaardigd is of niet. Zeker is het zo dat een en ander heeft

bijgedragen tot wat men de triomf van de tegenwoordige successen op geneeskundig gebied kan noemen.

Ik zou hier tegenover willen stellen (wat ik in mijn boek 'Geneeskunde op de drempel' uitvoerig heb behandeld) dat de colleges van Prof. Ruitinga in de twintiger jaren begonnen met: 'Dames en Heren, als de diagnose is gesteld, is voor de arts de aardigheid eraf'. Het nihilisme, het besef (vrijwel) niets te kunnen, werd door alle artsen destijds gedeeld. Ik hoor nog hoe onze huisarts tegen mijn moeder zei: 'Wij kunnen niets!' Wanneer wij ons nu voorstellen dat er in de tijden daarvoor dus praktisch geen geneesmiddelen waren, zou men moeten vragen: waartoe dienden de artsen dan? Dit is inderdaad het punt waarover ik het nu moet hebben.

Als men vroeger ziek was, werd er een arts gehaald en als die arts kwam was men dolblij: men voelde zich veilig. De dokter stond inderdaad op het 'voetstuk' waar Prof. Ruijs over spreekt. Doch dit voetstuk berustte in die tijden in geen enkel opzicht op trots of hoogmoed; het was een voetstuk waarop de arts door de patiënten werd gesteld (dat dit in vroegere eeuwen nog anders is geweest doet hier verder niet ter zake). Waarop berustte dan het ongelooflijke gevoel van vertrouwen, dat een patiënt de dokter tegemoet bracht? Ik zou daarbij willen herinneren aan een andere arts van enige honderden jaren geleden, de grote Boerhaave, die een Europese beroemdheid was en waar duizenden mensen heen zijn getrokken om genezing te vinden. Over welke middelen beschikte Boerhaave? Zeker niet over andere middelen dan die waarover alle andere artsen ook beschikten; destijds sprak men over 'kruiden-geneeskunde'. Over de waarde hiervan is het niet mogelijk thans te discussiëren. Ons 'zegt' 'kruiden' niets meer; misschien was het toen anders. De vraag blijft echter waarom Boerhaave zo'n grote arts was. Albrecht Haller heeft hierover eens een opmerking gemaakt; hij zei: het lijkt wel of er van deze man iets goddelijks uitgaat. We kunnen hieruit begrijpen dat de faam van Boerhaave in de eerste plaats daarin lag dat hij een goed mens was, uitzonderlijk goed, en dat de invloed op zijn omgeving misschien even mag worden vergeleken met iets wat ook in mijn tijd en zelfs tegenwoordig nog wel wordt gehoord als men zegt: 'Als hij de kamer in komt, ben je al half genezen'. We kunnen hier toch moeilijk aan iets anders denken dan aan een invloed van persoon tot persoon. Hoe men zich deze invloed denkt doet er absoluut niets toe: zij is een realiteit, waarbij ik geen statistiek nodig heb. De grote massa der geneesmiddelen is pas na de tweede wereldoorlog tot ons gekomen. De kwantiteiten middelen die worden geslikt zijn bijna schrikwekkend. Zoals men vroeger niets kon, moet men nu zeggen dat er bijna geen klacht of kwaal is waarvoor men niet slechts één doch meestal zelfs vele middelen kan aanbieden. Dit hangt toch zeker ook samen met het feit, dat zo vaak wordt vermeld, dat het contact tussen arts en patiënt meer en meer dreigt te worden tot routinehandelingen, die nauwelijks enige minuten tijd eisen.

De conclusie van dit alles ligt mijns inziens in het feit dat er destijds van een openheid tussen patiënt en arts kon worden gesproken, een openheid die tevens misschien is verbonden met het feit, dat er vrijwel geen geneesmiddelen waren. Alles hing af van inzicht, aandacht en houding van de arts. Eveneens kan worden gezegd, dat de instelling die men toen had ten opzichte van de kruiden die werden voorgeschreven geen belemmering voor die openheid was. Tegenwoordig is het niet te vermijden dat datgene wat wij thans geneesmiddelen noemen zich tussen arts en patiënt gaat plaatsen; dat dit zijn gevolgen moet hebben, is vanzelfsprekend – daar treft een arts geen blaam.

Indien Prof. Ruijs zegt dat het overgrote deel van de Nederlandse artsen hard werkt en er het beste van maakt, kan ik slechts zeggen dat ik daar volledig van overtuigd ben. De wanhoopskreten die ik aan de andere kant van zoveel patiënten hoor, vooral over de behandeling in ziekenhuizen, zowel door de verpleegsters als door de artsen, worden daarmee echter niet tot zwijgen gebracht. Ook van de laatsten zou ik willen zeggen: is het de schuld van de artsen, of komt het in de eerste plaats door het feit dat wij door de moderne behandelingen meer en meer van de patiënten worden gescheiden?

Driebergen, 12 november 1981

L. F. C. Mees

## HET MEDISCH JARGON

Na lezing van opmerkingen van de heer Meyboom naar aanleiding van de artikelenserie van Ivan Wolffers over het medisch jargon<sup>1</sup> maken wij ons ernstige zorgen dat de discussie over hetgeen Wolffers heeft aangedragen in zijn opstellen zal gaan verwateren tot metafysische speculaties ad absurdum. Wanneer de heer Meyboom stelt dat woorden en begrippen al lang een eigen leven zijn gaan leiden en het oorspronkelijk verband hebben verloren<sup>2</sup> en daaraan toevoegt dat wij daar vrede mee hebben en dat dit een ernstig kwaad heten moet, beëindigt hij natuurlijk iedere zakelijke discussie. Juist zulk een terminatie van toetsing van visies zal ons niet veel wijzer maken. Zulk een standpunt is ons inziens dan ook niet verdedigbaar.

Verdedigbaar is ons inziens ook niet het essentialistisch tintje van de opmerkingen van de heer Meyboom. Termen, begrippen, woorden, namen hebben steeds een oriënterende functie, het zijn oriëntatiemiddelen. De betekenis ervan ligt echter niet voor immer vast. In tegenstelling tot de heer Meyboom zijn wij van mening dat vragen naar de betekenis van termen, etc. niet van oppervlakkigheid getuigt<sup>3</sup>. Overigens ontgaat ons de zin van de opmerkingen van de heer Meyboom.

Dit laatste kunnen wij niet stellen over de opmerkingen van de heer Boersma<sup>4</sup>. In zijn brief ►

van 26 juli jl.<sup>5</sup> stelt hij (over het eerste artikel van Wolffers): 'Het verhaal klinkt of er weer boze dokters zijn, die argeloze patiënten (en zelfs huisdokters) onmondig willen houden.' Terecht verzekert Wolffers ons dat zulks niet in zijn artikel stond en dat hij niet gelooft in helden en boeven of in een medische maffia. Terecht ook wenst Wolffers niet van 'onmondigheid' maar van 'afhankelijkheid' te spreken. Juist naar aanleiding van deze opmerkingen verbaast het ons dat Wolffers geen aandacht schenkt aan die zaken die Boersma blijkbaar (niet) gaarne besproken zag: de politieke implicaties van het taal- en termengebruik van dokters. Alhoewel Wolffers aan deze zaken in zijn artikelenreeks af en toe even tipt<sup>6</sup>, blijft juist een bespreking hiervan achterwege<sup>7</sup>. Wellicht moge een literatuurtip van ons een aanzet vormen tot *alsnog* een bespreking hiervan: David Ingleby, *Ideology and the Human Sciences; Some Comments on the Role of Reification in Psychology and Psychiatry; in Counter Course*, Penguin Books, 1972.

Nijmegen, 13 november 1981

Mej. C. J. A. M. Derks  
J. Fr. Staring

#### Literatuur

1. MC nr. 46/1981, blz. 1410.
2. MC nr. 46/1981, blz. 1410.
3. Vergelijk de opmerking van de heer Meyboom: 'De Shakespeariaanse vraag naar de betekenis van 'de naam' getuigt niet van veel wijsheid, maar wel van een ontstellende oppervlakkigheid . . .' (blz. 1410).
4. MC nr. 33/1981, blz. 998.  
MC nr. 41/1981, blz. 1269.
5. MC nr. 33/1981, blz. 998.
6. MC nr. 34/1981, blz. 104.5  
MC nr. 35/1981, blz. 1073.  
MC nr. 37/1981, blz. 1135.  
MC nr. 38/1981, blz. 1166.
7. Hetgeen ons ook verbaast bij lezing van Wolffers boek: 'Het masker van de armoede'.

#### Naschrift

Het verheugt me dat mejuffrouw Derks en mijnheer Staring het belangrijk vinden de discussie rond het 'medisch jargon' op inhoudelijke basis voort te zetten. De opmerking over de door de briefschrijvers gesignaleerde gebrekkige politieke visie mijnerzijds wil ik echter van enkele kanttekeningen voorzien. Politiek is niet alleen politiek als er een merknaam aan is verbonden. Mij is bijvoorbeeld gesuggereerd in mijn boek 'Masker van de armoede'<sup>1</sup> telkens in plaats van westerse gezondheidszorg 'kapitalistische gezondheidszorg' te schrijven: dan pas zouden mijn theorieën en beschouwingen kloppen. Mogelijk levert dat inderdaad verheldering voor degenen voor wie een dergelijke term leeft en/of bij wie dat bijvoeglijk naamwoord niet onmiddellijk leidt tot het terzijde leggen van het boek. In het geval van mijn beschouwingen over het 'medisch jargon' betwijfel ik bovendien of de risico's die met de wildgroei aan medische termi-

#### Instrumentenactie voor Nicaragua

In september jl. vond de verscheping van de vijfde container medisch instrumentarium naar Nicaragua plaats (zie foto). Naar aanleiding hiervan werd op de 16e september in het WG te Amsterdam een bijeenkomst georganiseerd. De arts Françoise Barten hield bij die gelegenheid een lezing over haar ervaringen op het eiland Omotepe, waar zij recent negen maanden werkte; vervolgens bedankte de zaakgelastigde van de Nicaraguaanse ambassade, de heer Hernán Estrada, de aanwezigen. Mw. Barten vroeg instrumentarium voor het gezondheidscentrum op Omotepe, waar op dat moment nauwelijks enige apparatuur aanwezig was. Inmiddels kon het centrum aan een gedeelte van het instrumentarium worden geholpen; aan een autoclaaf bestaat in Omotepe echter nog grote behoefte. Ook ander instrumentarium voor de volgende container is nog steeds welkom. Hieronder volgt weer de lijst:



**chirurgisch instrumentarium**  
**operatietafel**  
**intubatiemateriaal**  
**operatiekleding**  
**kleine chirurgische sets:** scharen, pincetten, mesjes, naaldvoerder, hechtnaalden, hechtmateriaal(!), kochers, etc.; glazen spuiten en naalden  
**stethoscopen, bloeddrukmeters, oor/oogspiegels, weegschalen**  
**maagsondes, blaasatheters, urinaals, urinezakjes**  
**infuusstandaards, infuussystemen**  
**verpleegsterskleding, lakens, luiers, verband, korentangen met bekens, gynaecologische stoel, verlostang en specula, houten stethoscopen(!)**  
**rolstoelen en aluminium krukken**  
**tandartsinstrumenten zoals kiezentangen**  
**centrifuges, microscopen, vlamfotometer, etc.**  
**diaprojectoren:** in verband met cursussen aan

de bevolking over verspreiding van infectieziekten en hygiëne is er dringend behoefte aan diaprojectoren  
**vakliteratuur** (Engels of Spaans); buiten de hoofdstad is er geen medische literatuur aanwezig; op allerlei niveaus is er behoefte aan studieboeken (geen verouderde drukken)  
**brillen:** zijn er ook oogartsen die op hun polikliniek een inzameling van oude brillen kunnen laten houden?

We doen bij dezen weer een dringend beroep op iedereen om een bijdrage voor de transportkosten over te maken op gironummer 4306428 ten name van M. Romijn, Instrumentenactie voor Nicaragua, Amsterdam.

*Meta Romijn (tel. 020-257115 na 20.00 uur); van 28 november-27 december: 02972-3552 wgens verblijf in Nicaragua.*

nologiesamenhang en de mechanismes die daarbij een rol spelen – bescherming van het vakgebied via een vaktaal, het creëren van een rookgordijn daar waar onzekerheid heerst en, maar dat geldt dan misschien in mindere mate, 'marktbeheersing' via terminologische manipulatie – afwezig zouden zijn in een niet-kapitalistische gezondheidszorg. Dat alles neemt niet weg dat mijn serie over het 'medisch jargon' wel degelijk vele politieke consequenties heeft. Immers, de vraag naar wie het medisch jargon beheersen en het stellen dat de patiënt/leek daarop in elk geval geen invloed heeft, leidt al tot vele conclusies. Bij hen die zich oprecht deze dingen afvragen zal dat ongetwijfeld leiden tot het besef van de aan het gebruik van het medisch jargon verbonden verantwoordelijkheid. Ik ben er echt van overtuigd dat mijn reeks over het medisch jargon juist zeer politiek van karakter is. Om het nog maar eens erg simpel te zeggen: niet alleen de gele vruchten met een blauw Chiquita-plakertje hebben er recht op banaan te worden genoemd. Tot slot wil ik de briefschrijvers nog wel verklappen dat ik meen als auteur de taak te hebben vragen op te roepen bij de lezers en niet zozeer antwoorden te geven. Daarover heb ik bijvoorbeeld tot tweemaal toe een uitgebreide discussie gehad met de samenstellers van het blad van de Amsterdamse medische faculteit 'Verband', die zouden willen dat ik me duidelijker uitsprak<sup>2</sup>. Als auteur wil ik graag discussies stimuleren en niet beëindigen. Daarom zou ik opnieuw willen oproepen na te denken en te discussiëren over de vraag hoe gevaarlijk de tweetaligheid is welke ontstaat door enerzijds het uitgebreide en onoverzichtelijke me-

dische jargon en anderzijds de groeiende afhankelijkheid en het moderne analfabetisme van de leek/patiënt. Voor het voeren van die discussie lijkt me de door mejuffrouw Derks en mijnheer Staring aanbevolen literatuur overigens zeer de moeite waard.

Bilthoven, 19 november 1981

Ivan Wolfers

#### Literatuur

1 Ivan Wolfers, *Masker van de armoede*, Baarn 1981.

2 Verband: 'Dat wat ik eigenlijk wil zeggen schrijf ik niet op', interview mei 1980; en: 'Masker van de armoede', interview november 1981.

## TCDD IN GIFBELTEN

### Dupharincident

Naar aanleiding van het artikel van Dr. J. W. Copius Peereboom in *Medisch Contact* van 23 oktober (MC nr. 43/1981, blz. 1326) zou ik een kleine aanvulling willen geven.

In 1977 is op verzoek van de WHO onderzoek gedaan naar het al of niet in leven zijn van alle personen die in 1963 door werkzaamheden in de fabriekshal van Philips Duphar contact met TCDD kunnen hebben gehad. Tevens werd gevraagd de doodsoorzaak na te gaan van degenen die waren overleden.

De nu nog bij Duphar werkende personen werden en worden jaarlijks door de bedrijfsarts gezien. Van de ex-werknemers van Philips Duphar en de werknemers van diensten verleende bedrijven, heb ik getracht de gevraagde informatie te verkrijgen. Van de laatst genoemde groep waren achternamen en firmanamen op arbeidslijsten het enige uitgangspunt dat in oude dossiers te vinden was. Op alle mogelijke manieren is getracht de noodzakelijke gegevens bijeen te krijgen. Uiteraard is daarbij ook de telefoon gebruikt. Vanzelfsprekend zijn zo ook directe of indirecte gegevens over de gezondheid van een aantal personen ter sprake gekomen.

Amsterdam, 26 oktober 1981

Dr. L. M. Dalderup (Arbeidsinspectie)

# www.aria

**Derde wereld** – Voor medici en paramedici die in de derde wereld willen gaan werken in dienst van de plaatselijke kerken houdt het Medisch Coördinatie Secretariaat op 12 december 1981 van 10.00-16.00 uur in het Zendingshuis te Oegstgeest een voorlichtingsdag. Thema: 'Wat is kerkelijk medisch werk? Waaruit bestaat de praktijk van dit werk?' De dag wordt georganiseerd in samenwerking met het Hendrik Kraemer Instituut, een interkerkelijk opleidingscentrum voor werkers in de derde wereld. Aanmeldingen: Medisch Coördinatie Secretariaat, Postbus 12, 2340 AA Oegstgeest, tel. 071-152940.

**Medische polemologie** – De regio Utrecht van de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie organiseert op 14 december 1981 in het kantoor PAO-T, Biltstraat 439 te Utrecht een informatieavond. Doel is het verstrekken van informatie over de vereniging en haar activiteiten en over de problemen die het gebruik maken van kernwapens meebrengt voor werkers in de gezondheidszorg. Inlichtingen: Ch. L. Waalwijk, Jac. van Ruisdaelstr. 93, 3583 CC Utrecht, tel. 030-511650.

**Vrouwelijke artsen** – Omdat de afdeling Amsterdam van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA) dit jaar dertig jaar bestaat, wordt er op de algemene ledenvergadering op 19 december 1981 te Amsterdam een forumdiscussie gehouden over: 'Vrouwen in de veranderende gezondheidszorg'. De specifieke taak van de vrouwelijke arts zal ter sprake worden gebracht in inleidingen van Mw. Eegie Schoo, voorzitter Emancipatieraad, Mw. Flora van Laar, hoofd opleiding Jeugdgezondheidszorg; Mw. Henny Verhagen, Hoofdinspecteur Geestelijke Volksgezondheid; en Mw. M. W. M. Vos-van Gortel, burgemeester Utrecht. Vrouwelijke medische studenten en artsen, ook diegenen die nog geen VNVA-lid zijn, zijn welkom. Inlichtingen, schriftelijk, bij Gunilla Kleiverda, secretaresse VNVA-afdeling Amsterdam, Leksmondhof 77, 1108 EP Amsterdam.

**Bijzondere ziektekosten** – De ministerraad is akkoord gegaan met de wijziging van het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968. De wijziging houdt in de invoering van de verstrekking 'hulp door of vanwege een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg'. Daardoor wordt een belangrijk deel van de ambulante geestelijke gezondheidszorg als verstrekking onder de werking van de AWBZ gebracht. Het betreft hier die vormen van hulp welke voorheen ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten op subsidiebasis werden gefinancierd in het kader van onderscheiden werkvormen van de ambulante geestelijke gezondheidszorg: de sociaal-psychiatrische diensten (SPD'en), de medisch-opvoedkundi-

ge bureaus (MOB's), de instituten voor multidisciplinaire psychotherapie (IMP'en) en de bureaus voor levens- en gezinsvragen (LGV's). Door deze regeling zijn thans zowel de rechten van verzekerden als die van de hulpverlenende instellingen vastgelegd.

**OLMA-fractiewaarde** – De Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA) sluit verzekeringen in de vorm van fractieverzekeringen en in de vorm van guldenverzekeringen. Voor deze fractieverzekeringen wordt eens per kwartaal – berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo laatstverstreken kalenderkwartaal – een fractiewaarde berekend. Voor het vierde kwartaal 1981 bedraagt deze fractiewaarde f 1,30, zegge: één gulden, dertig cents.

**Dioxineramp 1963** – Van de 106 arbeiders die in 1963 besmet zijn geraakt met het zeer giftige dioxine bij de ontploffing in een fabriekshal van Philips Duphar in Amsterdam zijn van 93 een aantal persoonsgegevens bekend. Deze gegevens zijn boven water gekomen bij een onderzoek dat het bedrijf in samenwerking met de Arbeidsinspectie al eerder had ingesteld op verzoek van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid. Het is zeker dat in elk geval 8 bij de ramp besmette mensen niet meer leven: 1 van hen is gestorven aan kanker, 5 aan een hartinfarct, 1 is omgekomen bij een verkeersongeluk en van 1 is de doodsoorzaak niet bekend. Van de overledenen waren er 3 in 1963 in dienst bij Philips Duphar; de anderen verrichtten ten tijde van de ramp voor andere bedrijven werkzaamheden in de Philipsfabriek. De 27 nu nog bij Philips Duphar in dienst zijnde werknemers uitgezonderd, is over de gezondheidstoestand van de overige besmetten niets bekend.

**NZI-publikaties** – In de reeks onderzoeken 'Behoeftering medisch specialisten' zijn de (laatste) rapporten, over gynaecologen en oogartsen, in ziekenhuispraktijken, verschenen. Wat de gynaecologen betreft worden solo-, tweemans-, drie- of meermans- en opleidingspraktijken doorgelicht op verwijzingen, verrichtingen en/of het aantal behandelde patiënten, met als uitkomst het gemiddeld aantal werkuren dat aan deze werkzaamheden wordt besteed. Wat de oogartsen betreft worden twee praktijktypen behandeld in algemene, niet-universitaire ziekenhuizen en wel de solo- en de meermanspraktijk; ook hief gaat het om de eerder vermelde uitkomsten. De rapporten zijn te verkrijgen bij het Nationaal Ziekenhuisinstituut, Ziekenhuiscentrum, Oudlaan 4, Utrecht, tel. 030-739911, postadres: Postbus 9697, Utrecht; en wel gratis voor de betreffende specialisten en à f 15,— per rapport (plus f 5,— verzendkosten per bestelling) voor andere geïnteresseerden.



# 'Day surgery' in Nederland

## Een alternatief voor de kliniek

Zes jaar ervaring met een afdeling Dagverpleging bracht Dr. A. G. P. Cremers, geneesheer-directeur van het Zwolse ziekenhuis De Weezenlanden, ertoe het Nederlandse pendant van Hoefnagels' 'Day surgery in de Verenigde Staten' (MC nr. 32/1981, blz. 967) te fabriceren. Waar de Amerikaanse modellen hier te lande niet zo haalbaar lijken, lijkt er perspectief voor dagverpleging op grote schaal à la De Weezenlanden. Daarvoor dienen wel eerst een paar barrières te worden geslecht.

Ongetwijfeld hebben in een groot aantal Nederlandse en buitenlandse ziekenhuizen in de jaren '60 en '70 meer dan incidenteel poliklinische behandelingen plaatsgevonden, vooral chirurgisch, al of niet gevolgd door een korte observatie in een of andere rustkamer. De keuze voor de polikliniek berustte in die gevallen naar mijn mening op een behandelingsprotocol, dat ruimte liet voor vroegtijdig verlaten van het ziekenhuis. De patiënt kon het verder stellen zonder medische of verpleegkundige observatie en verzorging. Er zijn talrijke indicaties, vooral in de chirurgische sfeer, waarbij een dergelijke keuze in overeenstemming blijkt te zijn met de professionele verantwoordelijkheid van de betrokkenen. Dit beeld van de poliklinische chirurgie en andere snijdende specialismen is bekend en inbegreep.

Wat is nu het beeld van dagverpleging of eendagsverpleging, de Nederlandse pendant van 'day-surgery'? Vanuit de medische professe gezien weerspiegelt dagverpleging een zelfde situatie, alleen heeft hier het element professionele, vooral verpleegkundige, nazorg, controle en bewaking een extra accent, terwijl de medische supervisie bij of na de behandeling zich over een ruimere tijd uitstrekt. De indicaties staan korter bij de klinische indicaties en er is blijkbaar sprake van substitutie van de klinische werkwijze.

Hebben we hier nu te doen met een nieuw fenomeen in de westerse gezondheids-

zorg? Nee hoor! In 1909 deed James Nichol al mededeling van 8.000 succesvolle operaties als dagbehandeling in het Royal Hospital for Sick Children te Glasgow in de voorafgaande tien jaar. Dit ondanks de heersende theorie over het grote belang van rust voor het genezingsproces, waarover John Hunter schreef: 'the most powerful aid the surgeon could bring to disordered tissue'. Pas na de Tweede Wereldoorlog werd dit adagium voorgoed doorbroken, onder andere blijkens de publicatie in 1946 van de Engelsman Leithauser: 'The Early Ambulation and Related Procedures in Surgical Management', waarin de grote reductie van de verpleegduur na chirurgische ingrepen als een nieuwe verworvenheid werd gepropageerd. In 1955 rapporteerde eveneens in Engeland E. L. Farguharson 485 operaties wegens liesbreuk onder lokaal-anesthesie als eendagsbehandeling met bevredigend resultaat in een tijd waarin bij een voortdurend gebrek aan bedden de wachtlijsten groeiden, vooral de indicaties voor niet-urgente kleine chirurgische ingrepen.

Vooral in Engeland, de VS en Canada is de laatste vijftien jaar een aantal belangrijke positieve invloeden op dagbehandeling te onderkennen:

- Als gevolg van de grote belasting van huisartsen en poliklinieken verschuift 'de kleine chirurgie' uit hun sectoren naar de kliniek als dagbehandeling.
- De geavanceerde diagnostiek, poliklinisch bedreven, maakt het mogelijk daaropvolgende chirurgie te beperken tot een dagbehandeling.
- De geavanceerde anesthesie- en chirurgische techniek alsmede de toegelaten extramurale faciliteiten hebben dagbehandeling ten zeerste bevorderd.
- De patiënt is zich ervan bewust geworden dat eenvoudige ongemakken snel en zonder veel overlast voor het gezin in dagbehandeling kunnen worden verholpen.

In 1973 heeft het Department of Health and Social Security in Engeland officieel het invoeren van dagbehandeling gepropageerd. In de Verenigde Staten en Canada doen zich vergelijkbare ontwikkelingen voor. Waar echter in Engeland en

Canada de dagbehandelingsfaciliteiten uit de klinieken voortkomen, treft men in de VS veel zelfstandige units aan, soms door afspraken met een ziekenhuis verbonden. Het Amerikaanse zelfstandige 'surgicenter' is als een echt voorbeeld van innovatie in de gezondheidszorg te beschouwen. Het surgicenter, verspreid over het hele land, wordt als volgt gekarakteriseerd:

- a professional surgical facility that is not dependent upon hospital bed space;
- an alternative to costly hospitalisation;
- a facility without disruption of normal family-life.

Men ziet het, er is wat dagverpleging betreft niets nieuws onder de zon. Natuurlijk zijn er in verschillende landen wat accentverschillen. Zo zijn bijvoorbeeld de Franse dagfaciliteiten vooral gericht op diagnostische dagprogramma's, terwijl er in de VS en Canada meer wordt gesproken van chirurgische centra. Dagbehandeling is al zo wijd verbreid dat we al een hele serie synoniemen kennen. Ik laat ze hier volgen:

out-patient surgery	hospitalisation de jour
ambulatory surgery	centre de jour
in and out surgery	journée hospitalière
shortstay surgery	journée de diagnostic
day surgery	
mini-surgery	
surgicenter	dagbehandeling
one-day surgery	eendagsbehandeling
same day surgery	eendagsopname

De Amerikaan William H. Wright heeft in 1978 een uitvoerige evaluatie gegeven van de positieve invloed van surgicenters op de ongebreideld expanderende chirurgie in de VS vanuit de gezichtshoek van de kostenontwikkeling. Overtuigd van de noodzaak te komen tot nieuwe zorgconcepten die minder kostbaar zijn doet hij de volgende uitspraak, die ongetwijfeld ook van toepassing is op de Nederlandse verhoudingen in het vlak van de gezondheidszorg: 'Unless we find a way to eliminate waste and control of cost, our present system of first rate health care will not survive'. Een van de wegen die naar zijn mening ongetwijfeld tot kos-

tenbeperking leidt is dagverpleging; ook in ons land een ontwikkeling vanuit een gegeven situatie, maar tevens een voorbeeld van ombuiging, een andere wijze van werken binnen een gezondheidszorg die op hoog peil staat.

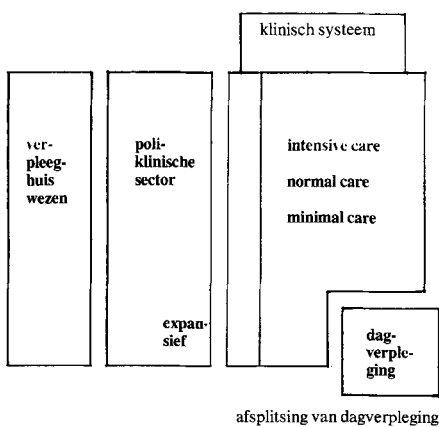
### Achtergronden

Na deze inleidende schets vestig ik de aandacht in het bijzonder op genoemde uitspraak van Wright, omdat wij wel eens aan de vooravond zouden kunnen staan van een mogelijk door de budgetbeperking opgeroepen desintegratie van het vigerende gezondheidszorgsysteem, tenzij we op tijd de bakens verzetten, prioriteiten stellen en zeer inventief tot nieuwe werkwijzen trachten te komen om iedere patiënt naar de werkelijke mate van zijn behoeften 'aan de bak te laten komen'. Vervolgens dient men bij het belichten van dagverpleging de context waarin deze zich ontwikkelt vast te houden.

Waar zijn we namelijk mee bezig? We zijn nog steeds ijverig doende een zinvolle differentiatie te volvoeren binnen het volumineuze subsysteem van de specialistische gezondheidszorg.

De tranches van verpleeghuiswezen en polikliniek zijn al van de enorme koek gesneden (zie *figuur*). Het aanzienlijke restant kent een duidelijke geleiding in intensieve, traditionele en minimale zorg. De laatste categorie is in de bezuinigingswedloop waarschijnlijk het meest voor de hand liggende object voor inperking en eliminatie. Naast verkorting van de verpleegduur kan vooral eendagsverpleging als nuttig substituuut voor het bereiken van dit doel worden beschouwd. Daarmede is dan de resterende capaciteit van het ziekenhuis ter beschikking van de

*Figuur. Substelsiem gezondheidszorg tweede lijn*



*Tabel 1. Vergelijkend kostenoverzicht*

	procedure	operating room	operating recovery supplies	room-charge	days	total cost	savings-%
surgicenter .....	dilatation & curettage	\$ 175	0	0	0	\$ 175	45
hospital .....	dilatation & curettage	\$ 100	\$ 80	\$ 140	2,3	\$ 320	—
surgicenter .....	ing.hern.	\$ 278	0	0	0	\$ 278	36
hospital .....	ing.hern.	\$ 150	\$ 80	\$ 210	3,2	\$ 440	—
surgicenter .....	laparoscopie	\$ 231	0	0	0	\$ 231	37
hospital .....	laparoscopie	\$ 150	\$ 80	\$ 140	2	\$ 370	—

Bron: William H. Wright, Out-patient surgery - An alternative to hospitalisation.

patiënten met de grotere zorgbehoefte gekomen. De verhouding ten opzichte van de eerstelijns gezondheidszorg is gunstiger. Vervolgens zal versterking van de eerste lijn wellicht leiden tot optimalisatie van de totale structuur.

### Buitenlandse ervaringen

Nu over de dagverpleging. Met waardering hebben wij kennis genomen van twee recente artikelen van college K. J. L. Hoefnagels in *Medisch Contact*, een waarin hij de kansen afweegt van poliklinisch opereren in Nederland en een ander waarin hij 'day-surgery' in de VS behandelt naar aanleiding van een onderzoek ter plaatse. Wij kunnen van ontwikkelingen elders veel leren. Terwijl met name in de Verenigde Staten het poliklinisch behandelen al beperkt gebruikelijk was, heeft de start van een aantal in het begin van de jaren '70 gebouwde 'surgicenters' ingrijpende gevolgen gehad. Hoefnagels beschrijft ook een aantal modellen voor de organisatie hiervan; ik citeer:

1. los en onafhankelijk van het ziekenhuis;
2. op het ziekenhuisterrein en al of niet er mee geaffilieerd;
3. aangebouwd tegen het ziekenhuis;
3. geïncorporeerd in het ziekenhuis.

Deze modellen representeren evenzovele gradaties van organisatorische verwevenheid met de klinische operatieafdeling. Enerzijds wordt 'day surgery' als onderdeel van de algemene operatieafdeling gewaardeerd, anderzijds worden de voordelen van de zelfstandige positie van een dergelijk poliklinisch chirurgisch centrum gestipuleerd, want volgens de auteur mag het behandelingsklimaat niet te veel worden vermengd met invloeden van de gebruikelijke klinische benadering.

De belangrijkste overweging die ik zelf uit deze uitvoerige en gedegen artikelen heb geëxtraheerd, is dat het hier gaat om een andere wijze van werken, die een totaal andere instelling van de hulpverleners vraagt. Mijn eigen ervaringen met een afdeling dagverpleging stemmen hiermee ten volle overeen. Bezwaar heb ik tegen het ongenueanceerd hanteren van het begrip 'poliklinische chirurgie'. Er dient mijns inziens onderscheid te worden gemaakt tussen ingrepen met en zonder 'follow-up', waarmee ik bedoel dat er een heel andere situatie ontstaat zodra er sprake is van een of andere vorm van directe nazorg, bijvoorbeeld verpleging, verzorging, controle, bewaking, zich uitstrekkend over een aantal uren.

Ik moet eerlijk zeggen dat ook door mijzelf geraadpleegde Anglo-amerikaanse literatuur weinig gegevens verstrekt over de nazorgperiode. In de kostenspecificaties wordt er ook niets voor opgevoerd, zoals blijkt uit het volgende vergelijkend overzicht (*tabel 1*).

Zoals uit de tabel blijkt wordt voor het 'surgicenter' niet eens 'room-charge' berekend. Waarschijnlijk zit in het OK-bedrag berekend voor 'day-surgery' een extra voor patiënt-afhankelijke kosten wat de directe nazorg betreft, maar in feite blijft het hele postoperatieve gebeuren, inclusief het financiële aspect, in het vage.

### Ontwikkelingen in Nederland

Wat de mogelijke ontwikkelingen met betrekking tot eendagsverpleging in ons land betreft, begin ik met erop te wijzen dat het evenals in de VS vooral gaat en zal gaan om ingrepen die postoperatief geen risico's meebrengen, die echter wel enige controle en bewaking naast verpleging en verzorging vragen. Er bestaat een aantal operatieve ingrepen dat op zichzelf ook



qua anesthesie aan die voorwaarde vol-  
doet. Waar sprake is van algemene anes-  
thesie is deze bij de indicaties voor een-  
dagsverpleging ook betrekkelijk kortdu-  
rend. We kunnen voorts nog verwachten  
dat, met name bij de anesthesie, steeds  
meer een aan de situatie aangepaste vorm  
van anesthesie zal worden toegepast.  
Men heeft mij verzekerd dat het steeds  
meer gebruikelijk wordt een beperkte of  
lichte of kortdurende anesthesie toe te  
passen; daarnaast wordt ook de lokale en  
geleidingsanesthesie technisch steeds  
meer geperfectioneerd. Dit impliceert  
een geringer postoperatief risico, dus  
minder controle en bewaking nodig en  
sneller herstel.

Wat de indicaties betreft verwachten de  
ziektekostenverzekeraars dat een exacte  
lijst van geschikte ingrepen kan worden  
opgegeven, die vervolgens zou kunnen  
worden opgelegd. In het ziekenhuis De  
Weezenlanden te Zwolle bestaat een der-  
gelijke lijst (zie *bijlage*), maar deze is  
spontaan gegroeid op basis van een prag-  
matisch beleid, waarin veel ruimte is ge-  
weest voor overleg met de betrokken  
specialisten. Primair selecteerde de op-  
namefunctionaris op eigen criteria, maar  
vervolgens werd het voorstel getoetst  
aan het oordeel van de verantwoordelijke  
specialist. Langzamerhand is op deze  
wijze een min of meer vaste gedragslijn  
ontstaan. Nu het vertrouwen in het func-  
tioneren van de afdeling Eendagsverple-  
ging is gegroeid, biedt de specialist in ons  
ziekenhuis thans in het algemeen spon-  
taan de patiënten aan voor eendagsver-  
pleging.

### Professionele verantwoordelijkheid

Ik wees reeds op de verantwoordelijk-  
heid van de specialist met betrekking tot  
de keuze tussen eendagsverpleging en  
poliklinische behandeling enerzijds en  
klinische behandeling anderzijds. Deze  
verantwoordelijkheid is van professione-  
le aard en komt tot uitdrukking:

- bij het beoordelen van de nazorgperi-  
ode op te verwachten complicaties  
van de chirurgische behandeling en op  
te verwachten onaangename bijver-  
schijnselen.  
Er zijn dan drie mogelijkheden:  
bij positieve verwachting langer dan  
enkele uren: ingreep klinisch;  
bij positieve verwachting minder dan  
enkele uren: eendagsverpleging;  
bij negatieve verwachting: poliklini-  
sche behandeling;
- bij het beoordelen van de risico's van  
de anesthesie.

Dit is de verantwoordelijkheid van de  
anesthesist, maar de behandelend  
specialist moet hierop ook alert zijn.

De anesthesisten bepalen hun beleid  
door gebruik te maken van het ASA-  
(American Society for Anaesthesiolo-  
gy)-systeem:

- ASA 1: normaal gezonde patiënt;
- ASA 2: patiënt met milde systeemziekte  
(lichte hypertensie, diabetes met orale  
antidiabetica, lichte care zonder  
medicatie, arteriosclerose);
- ASA 3: patiënt met ernstige systeemziekte,  
welke activiteiten beperkt maar nog  
niet invalideert;
- ASA 4: idem met sterke invalidering en le-  
vensbedreiging;
- ASA 5: onmiddellijk levensgevaar.

Deze indeling correleert met postopera-  
tieve complicaties van de anesthesie,  
toenemend met ASA-getal. Voor een-  
dagsverpleging gelden, onder meer in  
verband hiermee in De Weezenlanden de  
volgende voorwaarden:

- alleen ASA 1-patiënten en ASA 2-pa-  
tiënten met goed behandelde syste-  
emziekte welke stabiel is;
- geen acute luchtwegproblemen;
- liever geen premedicatie (tenzij lo-  
kaal-technisch);
- anesthesie niet langer dan twee uur;
- zeer kortwerkende anaesthetica;
- geen infusievloeistoffen of bloed;
- liever geen intubatie (is echter geen  
contra-indicatie);
- voornamelijk perifere zenuwblokka-  
des (niet spinaal of epiduraal);
- de patiënt moet na ongeveer drie uur  
in een stoel kunnen zitten en zichzelf  
kunnen aankleden;
- de patiënt moet onder geleide naar  
huis kunnen gaan.

Het moge duidelijk zijn dat, gegeven een  
reeks indicaties die algemeen voor een-  
dagsverpleging worden aanvaard, de  
ontwikkeling naar nieuwe indicaties een  
aantal barrières ontmoet, die zijn terug te  
voeren op de professionele verantwoor-  
delijkheid van de betrokken specialisten.  
Ik geloof dat met name de ziekenfondsen,  
die de dagverpleging terecht willen be-  
vorderen, hiermee serieus rekening moe-  
ten houden.

### Indicaties

Welke zijn de indicaties en hoe is de ver-  
deling tussen de participerende specialis-  
men? Men geeft in het algemeen op dat in  
de Verenigde Staten de gynaecologie, de  
KNO-heelkunde, de urologie en de plas-  
tische chirurgie de grootste bijdrage leve-  
ren en dat verhoudingsgewijs veel kinde-  
ren worden behandeld in verband met de  
psychische kwetsbaarheid van deze leef-  
tijdsgroep ten aanzien van hospitalisatie.  
In 'de Weezenlanden' zijn de grootste  
leveranciers: gynaecologie, pulmonolo-  
gie, KNO, neurochirurgie en chirurgie.  
Kinderen zijn sterk in de minderheid. In  
*tabel 2* laat ik een vergelijking volgen  
tussen enkele Amerikaanse ziekenhui-  
zen en 'De Weezenlanden' wat de pro-  
centuele verdeling over de specialismen  
betreft (gegevens onder meer Hoefna-  
gels, *Medisch Contact* 32/1981). Hieruit  
blijkt hoe enorm het patroon van partici-  
patie per ziekenhuis verschilt. De opstel-  
ling van de specialisten is waarschijnlijk  
zeer individueel. Het trekt de aandacht  
dat in De Weezenlanden de interne ge-  
neeskunde en pulmonologie veel patiën-  
ten opnemen. De indicaties zijn hier:  
trans- en infusies, onder meer behande-  
ling met cytostatica, waarbij dan tevens  
psychosociale bijstand wordt gegeven. ▶

*Tabel 2. Procentuele verdeling dagverpleging over de diverse specialismen.*

specialisme	Washington	Syracuse	Louisville	De Weezenlanden
algemene chirurgie .....	26,7	4	14,7	8,7
gynaecologie .....	36,6	43	6,9	21,7
orthopaedie .....	10,5	6	7	6,0
plastische chirurgie .....	—	3,4	45,9	—
KNO .....	5	28	16,9	14,8
oogheelkunde .....	2,7	3,3	1,9	0,5
urologie .....	18,5	1,4	5	1,4
kaakchirurgie .....	—	0,9	1,7	3,0
pediatrie .....	—	10	—	0,8
interne geneeskunde .....	—	—	—	8,0
neurologie .....	—	—	—	2,9
longziekten .....	—	—	—	17,0
neurochirurgie .....	—	—	—	18,0
cardiologie .....	—	—	—	—

In 1978 werd een rapport van het Allyn Taylor Committee in Canada gepubliceerd met een 'check-list' van 151 potentiële 'one day procedures' (Ontario Hospital Association); 102 ziekenhuizen uit vier ziekenhuis categorieën beantwoordden deze 'check-list' per indicatie in positieve of negatieve zin. Slechts enige indicaties werden universeel in 'day surgery' behandeld; evenwel een groot aantal ziekenhuizen scoorde 80% van de 'check-list'. De grotere academische ziekenhuizen scoorden in het algemeen hoger dan de kleinere algemene ziekenhuizen. Ook hier blijkt het grote verschil in acceptatie van indicaties per ziekenhuis.

Het komt mij voor dat wij in Nederland meer dan 50% van deze indicaties poliklinisch behandelen, de overige 50% klinisch, waarvan mijns inziens een aanzienlijk aantal in dagverpleging zou kunnen worden behandeld. Wij zouden ons de vraag kunnen stellen of het gebruik van zo'n lijst, afgestemd op de Neder-

landse mogelijkheden, zou kunnen worden voorgeschreven aan de ziekenhuizen als een lijst van dagverplegingsindicaties waarvan de kosten uitsluitend op basis van het daarvoor geldend tarief worden vergoed. Ik stel dat de volgende overwegingen hier vooralsnog tegen pleiten:

1. Aanvaard zal moeten worden dat, zoals ook in het Allyn Taylor-rapport duidelijk naar voren komt, een ziekenhuisstaf zich op een eigen wijze ten opzichte van een plan voor dagverpleging opstelt. Enkele geënuquëerde Canadese ziekenhuizen vonden zelfs dat 'the designation of a procedure as 'one-day' applies only in ideal conditions'. Sommige specialisten stellen een vrij hoge drempel tussen klinische en eendagsbehandeling; zij zullen bij voorkeur hun eigen ervaring op dit punt systematisch moeten opbouwen.
2. Voor het stellen van de indicatie dagverpleging speelt een aantal factoren een matigende rol, namelijk complexe patho-

logie, hoge leeftijd en psycholabiliteit. De behandelend specialist, evenals de anesthesist, zal het individuele behandelingsrisico moeten afwegen; verder kunnen psychosociale overwegingen in bepaalde gevallen de afweging beïnvloeden.

### Organisatie en personele inzet

Uit vroegere gegevens, gepubliceerd over De Weezenlanden, heeft men reeds een indruk kunnen krijgen van het personeelsteam dat zowel de voorbereiding, het transport naar de OK als de nazorg voor zijn rekening neemt. In de afdeling dagverpleging in 'De Weezenlanden', bestaande uit tien bedden, kan de volledige job met twee gediplomeerde verpleegkundigen en één part-time leerling in dagdienst worden gedaan. Dit is een fractie van de personeelsbehoefte voor een 24-uurs dienst, zoals die op de normale verpleegafdeling nodig is. ▶

## Overzicht indicaties dagverpleging De Weezenlanden 1980

aard der verrichting	tarief	nummer	aard der verrichting	tarief	nummer
<b>NEUCHI</b>			<b>CHI</b>		
neurexerese eerste trigeminustak	III	0432	verwijderen van een of twee varices	III	3651/52
neurectomie Mortons metatarsalgie	III	0434	opheffen uitwendige AV-shunt	III	3695
zenuwdoorsnijding of exerese	III	0439	supraclaviculaire lymfklierbiopsie	III	3780
zenuwhechting primair	III	0440	lokale excisies met vriescoupe	III	3911
eenvoudige neurolyse	III	0460	oesofagoscopie diagnostisch	III	4380
<b>OHK</b>			sigmoidoscopie	III	4690
lichtcoagulatie	III	0900	operatie haemorroïden	III	5138
verwijdering corpus alienum cornea i.n.	III	1041	oprekken anus in narcose	III	5160
verwijdering chalazia in narcose	III	1511	leverbiopsie	III	5280
entropion operatie	III	1531	implantatie tabletten met refusalwerking	III	5503
plastische operatie aan een ooglid	III	1539	operatie hernia inguinalis	III	5700
<b>KNO</b>			operatie hernia epigastrica	III	5750
paracentese in narcose	III	1800	operatie hernia umbilicalis	III	5760/61
Fowler drains	III	1801	<b>UROLO</b>		
drains verwijderen in narcose		-	testisbiopsie	III	6680
verwijderen neuspoliepen in narcose	III	2012	vasectomie in narcose	III	6721
operatie volgens Claoué	III	2100	fimosisoperatie	III	6800
kaakspoeling in narcose (tot 12 jaar)	III	2102	uretersondage	III	9161
operatie acute sinusitis frontalis	III	2111	chromocystoscopie	III	9860
idem onder microscoop	III	2216	<b>GYN</b>		
directe diagnostische laryngoscopie	III	2281	tubacoagulatie per laparoscopie	III	7052
idem onder microscoop	III	2282	proefcurettagage	III	7191
tonsillectomie t/m 10 jaar	III	2320	elektrocoagulatie van de cervix	III	7200
tonsillectomie 11 t/m 15 jaar	III	2321	vaginale wandkyste	III	7313
tonsillectomie 16 jaar en ouder	III	2322	introitusplastiek	III	7404
adenotomie als zelfstandige ingreep	III	2330	verwijderen condylomata acuminata	III	7410
endo- en antroscopie d.m.v. optiek	III	9111-13	operatie glandula Partholini	III	7420
<b>L+T</b>			abortuscurettagage	III	7561
bronchoscopie	III	2480	hysterosalpingografie	III	9421
bronchografie	III	9330	<b>OTP</b>		
<b>CDL</b>			operatie epicondylitis	III	8103
uitgebreide rechts-catheterisatie	III	3210	subcapitale humerusfractuur conservatief	III	8122

Maar dit is niet het enige verschil. Wij onderkennen dat de benadering van deze patiënten en het klimaat in de afdeling dagverpleging geheel anders is en ook behoort te zijn. De patiënten zijn in een sfeer van herstel, ze hebben het perspectief 'vanavond thuis'. Ook de Amerikanen en Engelsen hebben dit vastgesteld. Alles gebeurt op één dag; er zijn veel patiëntenbewegingen. In de Amerikaanse 'surgicenters' kan de 'turn-over' vrij groot zijn, namelijk vijftientig tot veertig patiënten per dag. In 'De Weezenlanden' worden maximaal tien patiënten per dag opgenomen. Zij hebben tevoren, voor zover nodig, het gebruikelijk pre-operatieve onderzoek ondergaan en hebben de nodige informatie over de ingreep gekregen, althans zo hoort het te zijn.

Het geïntegreerd model, dat wil zeggen het gebruik maken van de klinische OK's, impliceert een zekere afhankelijk-

heid van het klinisch OK-programma. Dit is niet optimaal, maar in de praktijk zonder bezwaar. De anesthesist geeft bij onze patiënten geen of een gewijzigde premedicatie, hetgeen van invloed is op de postoperatieve periode. Er is meer aandacht van steeds dezelfde verpleegkundigen, die de controle en postoperatieve bewaking verzorgen, dat wordt als zeer positief ervaren. Wij hebben zeer weinig tegenvallers, dat wil zeggen patiënten die alsnog 'klinisch' worden; het aantal van deze patiënten ligt onder de 1%. Dit stemt overeen met een publikatie van Epstein in 1973, waar het gaat over 14.000 patiënten, en andere recente publicaties.

Hiermede is wat De Weezenlanden betreft, de vraag beantwoord naar het meest geschikte model (onafhankelijk, semi-zelfstandig op het ziekenhuisterrein, als afdeling van het ziekenhuis, geïncorporeerd in het ziekenhuis). In on-

ze situatie is uitgegaan van het geïntegreerde model, dus het model met de grootste afhankelijkheid. Wij hebben niet de neiging daar vanaf te wijken: het werkt goed, wij hebben geen last van klimaatbesmetting, de bestaande capaciteit van het gebouw en de organisatie wordt benut. Ik vraag me af, zoekend naar het beste model, of deze voordelen niet duidelijk opwegen tegen de nadelen van de afhankelijkheid. Ik laat dit ter discussie, maar stel met nadruk dat het alleen binnen één beleidsorgaan (het geïntegreerde model) mogelijk is bewust te streven naar verschuiving van klinisch behandelen naar dagverpleging. In de huidige omstandigheden lijkt mij deze opzet verantwoord en daarom verkieslijk voor de Nederlandse verhoudingen.

### Nazorg thuis

De patiënten krijgen als ze om ongeveer 5 uur 's middags naar huis gaan vrijwel ►

## Overzicht indicaties dagverpleging De Weezenlanden 1980 (vervolg)

aard der verrichting	tarief	nummer	aard der verrichting	tarief	nummer
fractura antebrachii conservatief	III	8220	grote kaakcyste	III	4011
fractura capituli radii conservatief	III	8222	cyste operatie volgens Wassmund	III	4013
artrotomie elleboog	III	8240	grotere benigne tumoren	III	4014
extirpatie bursa olecrani	III	8270	extracties in narcose	III	4032/33
carpaaltunnelsyndroom	III	8340	verwijdering geretineerde elementen	III	4041/42
percutane botboring	III	8407	extirpatie glandula sublingualis	III	4233
gipskorset	III	8484	uitgebreide sequestrotomie	III	8002
femurschachtfractuur repositie in narcose	III	8531	verwijdering platen en schroeven	III	8828/29
extirpatie bursa poplitea	III	8671	<i>overige verrichtingen</i>		
extirpatie bursa praepatellaris	III	8672	cytostatica infusen		
osteotomie metatarsale	III	8703	bloedtransfusies		
hallux valgus	III	8750	EDTA-infuus bij hyperparathyreoïdie		
hamertenen	III	8752/53	aderlating		
biopsie tumor rib	III	8803			
exostose kleine beenderen	III	8810	bloedsuikercurve bij immobiele patiënt		
exostose middelgrote beenderen	III	8812	urinekweek blind kind zwak sociaal milieu		
verwijderen mergpen of cerclage	III	8820	controle spina bifida-team		
verwijderen platen en schroeven	III	8824/26			
artroscopie van de knie	III	9410	oogdrukmeting in narcose		
<i>CHI</i>			middenoorinspectie onder operatiemicroscop		
doorsnijden pezen of spieren	III	8851	gynaecologisch onderzoek in narcose		
abcessen (o.a. panaritium)	III	8853			
tendovaginitis stenosis	III	8856	observatie epileptisch insult		
verwijderen gezwellen en corpora aliena	III	8911	observatie intoxicatie		
wondbehandeling bij debilitas	III	8943	observatie na collaps		
kleinere huidtransplantatie	III	9000	observatie/onderzoek febris e.c.i.		
<i>RAD</i>			pijnbestrijding, plexus- of zenuwblokkade		
myelografie (caudografie)	III	9310	frenulum linguae-plastiek		
percutane cerebrale arteriografie	III	9500			
lumbale flebografie	VIII	36.20	klieven frenulum preputium		
flebografie vena spermatica	VIII	84.13	IUD ingebracht in narcose		
<i>THK</i>			repositie neusfractuur in narcose		
grote diepe kaakabcessen	III	4005	repositie schouderluxatie in narcose		
			snapping finger, klieven peesschede in narcose		
			contractuur elleboog, mobilisatie in narcose		

steeds een ontslagbrief mee, waarop voor de eventueel geconsulteerde huisarts de nodige gegevens zijn vermeld.

Uit een enquête is gebleken dat enkele procenten van de ontslagen patiënten zich toch wel wat alleen gelaten voelen en thuis wat onzeker reageren op postoperatieve verschijnselen als temperatuur, pijn, algehele malaise. Deze bevinding vinden wij beslist niet alarmerend, maar wij geloven wel dat als het indicatiegebied wordt uitgebreid en er grotere ingrepen worden gedaan de nazorg beter moet worden voorbereid en geëffectueerd. De Amerikanen laten de patiënten een dag na ontslag even opbellen. Dat werkt erg goed en geruststellend. De antwoordgevende verpleegkundige kan eventueel gericht advies geven, bijvoorbeeld: even op de polikliniek terugkomen of de huisarts waarschuwen, etc. Ik dacht echter dat in ons land van de kant van de eerste lijns gezondheidszorg een actieve rol in deze mag worden verwacht.

### Kosten

Wat de kosten betreft moge ik verwijzen naar de kostenopstelling uit mijn artikel in Het Ziekenhuis, jaargang 1979, no. 3. De daarin opgegeven besparing, gecorrigeerd met een iets kortere klinische verpleegdure ook voor deze indicaties, geldt blijkens het in tabel 3 gegeven overzicht nog steeds.

Hoefnagels vermeldt voor de Verenigde Staten een besparing oplopend tot 60% vergeleken met de klinische behandeling. Een onderzoek van Orkand in 1977 wijst uit dat het onafhankelijk 'surgery'-centrum 42,5% tot 61,4% goedkoper werkt dan het klinisch systeem en 3,4% tot 14,7% goedkoper dan poliklinisch, maar dan op de klinische OK; dit is een pleidooi voor een onafhankelijk 'surgicenter'.

Wat ons land betreft blijf ik geloven in het kostenbeperkend effect van verschuiving van klinische naar dagverpleging. Dit effect manifesteert zich op mesoniveau en zal op macroniveau ongetwijfeld verrassend zijn, vooral omdat de dalende bezettingsgraad in ons land hospitaliseren in de hand werkt. Op microniveau zal de kostenvergelijking met de normale verpleegdag niet altijd gunstiger uitvallen. Ik ben daarop meermalen aangevallen. Via een Belgische ziekenhuisdirecteur bereikte mij de tekst van een artikel over een kostenvergelijking, opgemaakt in Toulouse (Egu-Bel 1978). Hierin wordt aangetoond dat, als gevolg van de concentratie van medisch-techni-

Tabel 3. Exploitatie dagverpleging 1980 De Weezenlanden.

lasten	per dag	
verpleegkundig personeel .....	f 94.000,—	f 61,16
aandeel beddencentrale en huishoudelijke dienst .....	f 36.200,—	f 23,55
rente en afschrijving .....	f 14.300,—	f 9,30
overige kosten .....	f 16.950,—	f 11,01
<b>totaal .....</b>	<b>f 161.450,—</b>	<b>f 105,02</b>
<b>opbrengst</b>		
1537 × f 85,— .....	f 130.645,—	f 85,—
tekort .....	f 30.805,—	f 20,02
<i>alternatieve klinische opbrengst: 2,3 (gemiddelde alternatieve verpleegdure)</i>		
× 1537 × f 300,— (verpleegprijs 3e klasse) .....	f 1.060.530,—	
<i>opbrengst dagverpleging, indien gewijzigd tarief (f 105,02) zou worden toegepast .....</i>	f 161.416,—	
<i>maatschappelijke besparing 1980 .....</i>	f 900.000,—	

sche verrichtingen en verpleegkundige zorg, de dagverpleging per dag aanmerkelijk duurder uitkomt. Men vraagt zich af of de extra investeringen die deze geconcentreerde zorg met zich brengt wel verantwoord zijn en moeten worden gepropageerd. Ik geloof dat dit voor ons slechts een theoretisch probleem is, dat evenwel bij ruimere toepassing van dagverpleging, maar ook bij een systeem van vroegtijdig ontslag, een rol kan gaan spelen.

De conclusie blijft dat De Weezenlanden aantoonde dat een andere werkwijze ten opzichte van de kleine chirurgie en de kleine ingrepen van andere specialismen, ook de diagnostische, tot kostenbesparingen leidt bij voldoende kwaliteit van de zorg. Wat dit laatste betreft zal de nazorg thuis in het toekomstig beleid extra aandacht moeten krijgen.

### Naar operationalisering op grote schaal

Hoe zou men dagverpleging in de Nederlandse ziekenhuizen moeten invoeren?

Ik ga er van uit dat moet worden gestreefd naar een maximaal effect op korte termijn. In dit verband wil ik gaarne globaal enkele uitspraken aanhalen van M. G. M. van Oss, arts, die deze heeft gedaan in een voordracht, die hij op 10 december 1976 voor de LSV heeft gehouden over: 'De relatie tussen kliniek en polikliniek'. Hij behandelt in die voordracht in wezen dezelfde problematiek als waarmee we nu bezig zijn. Van Oss zegt ongeveer: 'Interne geneeskunde en chirurgie leggen proportioneel het meeste gewicht in de schaal als men wil komen tot substitutie van kliniek door polikliniek. Binnen de chirurgische specialismen is in het alge-

meen de grens klinisch/poliklinisch vrij scherp bepaald. De substitutiemogelijkheden zijn nogal beperkt'. Dit is door Van Oss heel juist geconstateerd. Daarom kan men zich afvragen of dagverpleging niet als substitutie moet worden nagestreefd. Als we zo praten over de effectieve groei van een beginnend dagverplegingssysteem zoals in De Weezenlanden, dan is die onder andere bij de chirurgie te verwachten.

Nu nog een opmerking over de interne geneeskunde. Van Oss zegt dat reductie van interne verpleegdagen 'met wat goede wil' tot stand is te brengen. Bij dit specialisme zijn observaties vaak noodzakelijk en vanuit de professie ook goed te begrijpen, omdat het pathofysiologisch reageren verrassend kan zijn. Niemand wil risico's lopen: de patiënt niet en de dokter niet. Daarom moet de kwaliteit van de medische zorg zodanig zijn dat het risico verbonden aan het uit het oog verliezen van de patiënt (door niet opnemen of ontslag) zo klein mogelijk kan worden gemaakt. Men zegt vaak: kwaliteit is qua inhoud niet te definiëren. Op welke grond kan men dan kwaliteit als argument hanteren bij de keuze voor kliniek of polikliniek?

Hierover twee opmerkingen:

1. Het is hoog tijd dat in het vlak van de medische zorg de schijnwerper meer wordt gericht op de effectiviteit van het handelen. Hierbij komen vragen op als:
  - Is het handelen medisch adequaat geweest?
  - Is het passend in het kader van de totale zorg, inclusief de sociale aspecten?
 Ik geloof dat hier een enorm terrein ligt voor wetenschappelijke stafdiscussie en intercollegiale toetsing.

2. We moeten nooit vergeten dat, hoe moeilijk kwaliteit ook te formuleren is, een gemiste diagnose of een verkeerde therapiebeslissing, als gevolg van onvoldoende observatie, een kwaliteit nul geeft. Daarom is de arts wat gereserveerd en soms erg voorzichtig in dit soort zaken.

Ik geloof in het licht van het voorgaande, dat bij het beleidsmatig stimuleren van poliklinisch werken en dagverpleging, erg veel waarde moet worden gehecht aan het intern overleg tussen ziekenhuisdirecties en staven: het is een zaak van beider verantwoordelijkheid. Ook de directies die deze ontwikkeling in de ziekenhuizen stimuleren door gunstige voorwaarden te scheppen dragen namelijk een grote verantwoordelijkheid.

Vooralsnog ontmoet de introductie van dagverpleging enorme weerstand, als gevolg van de tegenzin het verlies aan klinische verpleegdagen te accepteren. Het is echter de vraag of deze weerstand het opleggen van deze werkwijze door ziektekostenverzekeraars rechtvaardigt. Voorkeur dient te worden gegeven aan een ontwikkeling die steunt op geleidelijk

te verwerven inzicht en vertrouwen in een veranderde werkwijze, die eendagsverpleging nu eenmaal vraagt. ■

#### Literatuur

1. Ontario Hospital Association. OHA research 31/c. Communications (1978). Subject: one-day surgical procedures.
2. Wright, C. R. N. A. William H., Outpatientsurgery – An alternative to hospitalisation. *Journal of the Am. Ass. of Nurse Anaesthetists*. April 1978 p. 135-143.
3. Koncel, Jerome A., Ambulatory Surgical Center lowers costs, not services. *Hospitals (JAHA)* 16 oktober 1978, pp. 101-104.
4. Hoefnagels, Dr. K. L. J., Naar nieuwe vormen van poliklinisch functioneren. (1981) *Medisch Contact* 36, pp. 937-941.
5. Hoefnagels, Dr. K. L. J., 'Day-surgery' in de Verenigde Staten. (1981) *Medisch Contact* 36, pp. 967-972.
6. Oss, M. G. M. van, De relatie tussen klinisch en poliklinisch. (1977) *Medisch Contact* 32, p. 178.
7. Egu-Bell, Mme M.A.I., Hospitalisation de jour: Etude de prix de revient. *Techniques Hospitalières* no. 398, november 1978.

8. Dilnot, Gwen E., The benefits of Day Unit Surgery. Warneford Hospital (Royal Leamington Spa GB) Communications, 1980.

9. Dilnot, Gwen E., A study of Day Unit Surgery in North America. Warneford Hospital (Royal Leamington Spa GB). Communications, 1980.

10. Hutchison, R. N., Margareth G., Setting up a day-surgery program. *Dimensions in Health Service*, april 1979.

11. Grossman, Randolph M., Is ambulatory surgery less expensive? *Hospitals (JAHA)* 16 mei 1979.

12. Orkand, D. S., Orkand Study favorable to same-day approach. *Same day surgery 1977*, vol. 1, no. 9, p. 97.

13. Cremers, Dr. A. G. P., Beperking kosten klinisch systeem bereikbaar door dagverpleging. *Het Ziekenhuis* (1979) 3, pp. 58-62.

14. Epstein, B. S., 1973 Out-patient surgery, *Hospitals (JAHA)* 47 september 1980.

## Uitspraak Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage

### DKTP- in plaats van DTP-vaccin: waarschuwing

Het Medisch Tuchtcollege in Eerste Aanleg te 's-Gravenhage heeft op woensdag 3 december 1980 de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van X, wonende te A, klager, tegen Y, huisarts te A, de persoon over wie geklaagd wordt, hierna te noemen de arts.

Het College voor Medisch Tuchtrecht in Eerste Aanleg te 's-Gravenhage; gezien de stukken; gehoord ter zitting van 3 december 1980 klager, vergezeld van zijn echtgenote en de arts, bijgestaan door Mr. Z., advocaat te B;  
*Overwegende:*

1. Dat de klacht, kort en zakelijk samengevat, behelst dat op 24 juli 1980 tijdens een zitting van een consultatiebureau de arts aan de op 18 maart 1980 geboren dochter van klager een DKTP-vaccin heeft toegediend, zulks terwijl zijn echtgenote van tevoren de arts op de hoogte had gesteld van het feit, dat zij epileptica is en haar dochter op die grond een DTP-vaccin moest worden toegediend;

2. dat de arts heeft erkend dat de echtgenote van klager haar heeft gewezen op het feit dat zij epileptica was en dat haar dochter daarom een DTP-vaccin moest worden toegediend; dat zij die echtgenote toen voor het eerst had ontmoet; dat er meningsverschil was over de voeding van de baby; dat de arts er nog aan toevoegt, dat zij de opmerking van de echtgenote van klager niet goed heeft verwerkt en aan de dochter van klager toch DKTP-vaccin heeft toegediend;

3. dat het College op grond van het voornoemde van oordeel is dat de arts zich heeft schuldig gemaakt aan handelingen, die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnen; dat het College na te noemen maatregel zal opleggen;

4. dat het College op gronden aan het algemeen belang ontleend publikatie van deze uitspraak zal bevelen;

#### *Rechtdoende:*

Legt aan de arts Y te A de maatregel van waarschuwing op.

Beveelt bekendmaking met inachtneming van artikel 13b van de Medische Tuchtwet van deze beslissing door toezending aan het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, afdeling Externe betrekkingen, ter plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door aanbieding ter plaatsing aan de redacties van *Medisch Contact*, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en het *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*.

Aldus gewezen op drie december negentienhonderdentachtig door: Mr. B. Pronk, plv. voorzitter; Dr. Y. van der Wielen, J. K. Pameijer, leden-geneeskundigen, H. Schrijver, Dr. H. A. Verbeek, plv. leden-geneeskundigen en Mr. P. A. Wackie Eijsten, secretaris. ■

**Uitspraak Raad van Beroep**

# Klacht tegen KNO-arts ongegrond

*Samenvatting RvB 286/81/03*

Een 13-jarige patiënt werd na een verkeersongeval via de EHBO-post in een ziekenhuis opgenomen op de kinderafdeling. De dienstdoende neuroloog (beklaagde) onderzocht dadelijk na binnenkomst de patiënt en constateerde een hersenschudding, liet röntgenfoto's maken van de schedel en besloot tot opname. In verband met een door hem op die foto's gesignaleerde ontsteking van de neusbijholten en mede naar aanleiding van mededelingen van de patiënt, dat hij regelmatig verkouden was en last van hoofdpijn had, liet beklagde vervolgens gerichte röntgenfoto's van de neusbijholten maken. Naar aanleiding van deze foto's riep hij vervolgens de in hetzelfde ziekenhuis werkzame KNO-arts in consult. De KNO-arts onderzocht twee dagen na de opname de patiënt en kwam op grond daarvan tot de conclusie dat een operatieve ingreep wenselijk, hoewel niet onmiddellijk noodzakelijk was. Zijn bevindingen noteerde hij op de van beklagde ontvangen consultbrief, welke vervolgens bij de stukken van het medisch dossier werd gevoegd.

Tijdens het middagbezoek op de dag waarop de KNO-arts de patiënt onderzocht vertelde de patiënt aan zijn moeder dat hij was onderzocht door een arts en dat deze van plan was een operatieve ingreep te verrichten ter behandeling van de ontsteking van de neusbijholten. Diezelfde dag had de KNO-arts, zonder resultaat, getracht telefonisch contact op te nemen met de ouders teneinde de eventuele operatieve ingreep te bespreken.

De volgende ochtend vroeg had, op initiatief van de moeder van de patiënt, telefonisch contact plaats tussen haar en beklagde en in aansluiting daarop tussen haar en de KNO-arts. In de middag van dezelfde dag deelde de moeder van de patiënt telefonisch aan de KNO-arts mee dat zij en haar echtgenoot geen toestemming gaven tot de geadviseerde operatieve ingreep. In de loop van de avond van dezelfde dag en gedurende de daarop volgende dag had nog enkele malen telefonisch contact plaats tussen de ouders en de KNO-arts, dat door de ouders in toenemende mate als onaangenaam werd ervaren.

De patiënt werd een week na de opname uit het ziekenhuis ontslagen, zonder dat de operatieve ingreep had plaatsgevonden. Bij het ontslag uit het ziekenhuis waren beklagde en de vader van de patiënt aanwezig. Over het tussen de ouders en de KNO-arts voorgevallene is bij die gelegenheid niet gesproken. Andere contacten tussen beklagde en de ouders van de patiënt dan de hier gememoreerde waren er niet geweest.

In hun klacht verweten de ouders aan beklagde dat deze als behandelend en verantwoordelijk geneesheer medewerking had verleend tot

een niet-noodzakelijke medische ingreep bij hun minderjarige zoon, zonder hun toestemming en zonder hen daarover te informeren en zonder voorafgaande consultering van de huisarts en de specialist bij wie de patiënt onder behandeling was. Voorts verweten de ouders beklagde dat deze het, ondanks aan het indienen van de klacht voorafgegang langdurige correspondentie, niet nodig had gevonden een gesprek met hen te hebben, maar de correspondentie eenzijdig had verbroken.

Beklaagde stelde zich op het standpunt dat hij geen medewerking had verleend tot het verrichten van enige medische ingreep als bedoeld door de ouders, doch slechts, na bij de patiënt een ontsteking van de neusbijholten te hebben geconstateerd, geheel volgens de regels der kunst de aan hetzelfde ziekenhuis verbonden KNO-arts in consult had geroepen, dat hij ten aanzien van het onderwerp van de klacht slechts een beperkte rol had gespeeld en dat hem, gelet op de geldende beroepsopvattingen, geen blaam trof.

De districtsraad verklaarde de klacht ongegrond. De Raad van Beroep sloot zich bij dat oordeel van de districtsraad aan. Naar het oordeel van de Raad gaven de feiten, zoals deze waren vastgesteld, geen aanleiding voor de veronderstelling dat de KNO-arts het voornemen had gehad bij de patiënt een operatieve ingreep te verrichten zonder daarvoor de toestemming van de ouders te hebben verkregen. Op grond daarvan kon derhalve evenmin worden gezegd dat beklagde medewerking had verleend tot het verrichten van een – al dan niet noodzakelijke – medische ingreep zonder voorafgaande toestemming van de ouders.

Uit de feiten was gebleken dat beklagde gedurende de opnameperiode geen enkel initiatief

had genomen om in contact te treden met de ouders, teneinde dezen over de toestand van de patiënt en de eventuele behandeling te informeren. De Raad achtte zulks te betreuren en was van oordeel dat beklagde een dergelijk initiatief wel had behoren te nemen, te meer omdat hij – zoals hij ook zelf had gesteld – in dit geval was aan te merken als hoofdbehandelaar en als zodanig er voor verantwoordelijk was dat de ouders van de minderjarige patiënt tijdig werden ingelicht en geïnformeerd omtrent de voorgenomen of toegepaste behandeling.

Voorts kwam de Raad, evenals de districtsraad, tot het oordeel dat het in de rede had gelegen dat beklagde enig initiatief had ontwikkeld om met de ouders in contact te treden, nadat hem gebleken was dat bij de ouders een aanzienlijke mate van ongenoegen – al dan niet terecht – bestond omtrent de gang van zaken en de handelwijze van de KNO-arts.

De Raad achtte te betreuren dat beklagde in dit geval geen enkel begrip had getoond voor het feit dat bij de ouders van een door hem behandelde minderjarige patiënt gevoelens van onvrede waren gerezen, welke wellicht op eenvoudige wijze hadden kunnen worden weggewogen in een met enige souplesse gevoerd gesprek met die ouders. Dat zou naar de opvatting van de Raad verre te verkiezen zijn geweest boven de tamelijk onverzettelijke houding die beklagde, zoals bleek uit de gevoerde correspondentie, na het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis tegenover de ouders had aangenomen. Evenals de districtsraad achtte ook de Raad deze tekortkoming van beklagde in het onderhavige geval echter niet van zodanig gewicht, dat daarom de klacht alsnog geheel of gedeeltelijk gegrond diende te worden verklaard. ■

## Inlichtingen aan opsporingsambtenaren

*Ingevolge het besluit van de Ledenvergadering der KNMG van 11 november 1981 is de regeling, waarbij uitsluitend met betrekking tot slachtoffers van verkeersongevallen aan een hogere politieambtenaar door de behandelend arts inlichtingen konden worden verstrekt op een speciaal daartoe overeengekomen formulier, vervallen.*

*Dit betekent dat, hangende onderhandelingen tussen de KNMG en het ministerie van Justitie, door behandelende artsen geen inlichtingen aan de politie of andere opsporingsambtenaren dienen te worden verstrekt.*

**Zo nodig wende men zich voor nadere informatie tot het secretariaat der KNMG, tel. 030-885411, toestel 153.**



# Studiebeleving van Maastrichtse medische studenten

**Maastrichtse medische studenten blijken alleszins tevreden met het onderwijs dat zij genieten. De mogelijkheid veelsortige praktische ervaring op te doen is aan dat gunstige oordeel niet vreemd. H. G. Schmidt en J. H. C. Moust van de capaciteitsgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch aan de Rijksuniversiteit Limburg geven een aanvulling op eerder aan een conventionele medische faculteit verricht onderzoek naar de ervaringen van studenten.**

De belangstelling voor de wijze waarop medische studenten hun studie ervaren is de laatste jaren toegenomen. Het dagboek dat een co-assistent gedurende enige tijd voor Medisch Contact bijhield en waarin hij zijn belevenissen met medische opleiding en medische opleiders beschreef, trok bijvoorbeeld sterk de aandacht; het beleefde als boek in korte tijd twee drukken (Van Es, 1979). Die belangstelling is begrijpelijk als men bedenkt dat hier en daar toch wel kritiek is op de structuur en de inhoud van medische curricula (Gerritsma en Smal, 1974).

De ervaringen van medische studenten kunnen misschien enig licht werpen op de aard van de problemen in het medisch onderwijs: zij kunnen dienen als een lakmoesproef voor de kwaliteit van dat onderwijs. Gebaseerd op deze visie is aan de Groningse medische faculteit een onderzoek gedaan naar de ervaringen van medische studenten (Bender, 1979). De resultaten van dit onderzoek kunnen in enkele woorden worden samengevat: Groningse studenten vinden hun studie saai, taai, irrelevant en nauwelijks aangepast aan de problemen van de praktijk. Voor zover in de studie een confrontatie met de praktijk van het medisch handelen plaatsvindt (in het vierde studiejaar is dat voor het eerst het geval) wordt die confrontatie als remmend ervaren.

Het onderzoek van Bender vond plaats bij studenten die een in een aantal opzichten conventioneel onderwijsprogramma volgen: vakgerichte hoorcolleges, een

aantal practica, literatuurstudie en tentamens. Het zou interessant zijn na te gaan wat de ervaringen zijn van medische studenten die een onderwijsprogramma volgen dat op een wat andere wijze is gestructureerd. Wij hebben daarom Benders onderzoek herhaald bij een steekproef van Maastrichtse medische studenten.

Zoals wellicht bekend wijkt het onderwijsprogramma van de medische faculteit in Maastricht in een aantal opzichten af van wat elders gebruikelijk is (Tiddens e.a., 1975).

In Maastricht werken studenten in kleine groepen aan problemen die veelal ontleend zijn aan de praktijk van de gezondheidszorg. Deze problemen vormen het startpunt van studieactiviteit waarbij de studenten informatie verzamelen die relevant is ten aanzien van het probleem dat zij onder handen hebben en die afkomstig kan zijn uit verschillende vakgebieden. Op die manier hoopt men te bereiken dat studenten kennis uit verschillende vakgebieden integreren rondom praktisch relevante problemen. Daarbij is de strikte scheiding tussen klinische en preklinische vakken grotendeels opgeheven. Datzelfde geldt – tot op grote hoogte – voor de scheiding tussen natuur- en gedragswetenschappen; biologische en sociale aspecten van een bepaald probleem worden in onderlinge samenhang bestudeerd.

De studenten dragen daarbij een grote mate van eigen verantwoordelijkheid voor hun studie: zij moeten vaak zelf beslissen welke stof zij zullen bestuderen en hoe diepgaand die stof moet worden doorgenomen (Schmidt en Bouhuijs, 1980). Er vindt daarnaast een vroege en regelmatige confrontatie met allerlei facetten van de gezondheidszorg plaats. Al in het eerste jaar trekken studenten ieder enige dagen met een huisarts op en vindt een verpleegstage plaats in de verschillende regionale ziekenhuizen. Ook preventieve en geestelijke gezondheidszorg krijgen aandacht aan de hand van regelmatige bezoeken aan instellingen op die terreinen. Wekelijks besteden studenten plusminus 3 uur aan het oefenen van medische handvaardigheden in het zoge-

naamde Skillslab. Vanaf het tweede jaar zijn er regelmatige confrontaties met simulatiepatiënten teneinde vertrouwd te raken met het diagnostisch proces en andere aspecten van de arts-patiëntrelatie. Tentamens zijn vervangen door een vier keer per jaar terugkerend 'basis-artsexamen', waaraan alle studenten deelnemen: de zogenaamde voortgangstoets, die een diagnose van de mate van voortgang van individuele studenten op weg naar het einddoel mogelijk maakt (Wijnen, 1977; Imbos, 1981).

De vraag is of deze opzet van de medische studie effecten heeft op de studiebeleving van studenten.

## Methode

Vijftig studenten werden a-select gekozen, tien uit elk studiejaar. Dat was op het moment dat het onderzoek gedaan werd ongeveer 17% van het totale aantal studenten dat in Maastricht studeert. Hun werd het volgende verzoek voorgelegd: 'Zou je zo vriendelijk willen zijn om te schrijven, in niet meer dan twee pagina's, over ervaringen, gebeurtenissen of belevenissen in je medische studie die je bijzonder hebben getroffen en die van meer dan gewone invloed zijn geweest met betrekking tot je studie?'

Uit het onderzoek van Bender (1979) was gebleken dat studenten deze vraag interpreteren als: wat vind je van je studie? De schriftelijke reacties van studenten op deze vraag werden daarom als volgt geanalyseerd.

Alle evaluerende opmerkingen die in hun brieven werden aangetroffen werden genoteerd. Daarbij kon het gaan om een negatieve of positieve evaluatie van een bepaald onderdeel of aspect van de studie (voorbeeld: 'De integrale benadering van de mens zoals die in het Maastrichtse onderwijs gepraktiseerd wordt, spreekt mij aan'), of om opmerkingen waarmee de student aangaf gestimuleerd, veranderd of op andere wijze beïnvloed te zijn door studieonderdelen (voorbeeld: 'De praktische stages stimuleerden mij tot hard studeren'). Descriptieve opmerkingen werden buiten beschouwing gelaten, evenals beschrijvingen van gebeurtenis- ▶

Tabel. Positieve en negatieve oordelen van medische studenten ten aanzien van aspecten van het Maastrichtse onderwijsprogramma.

	jaar 1 N = 10		jaar 2 N = 9		jaar 3 N = 8		jaar 4 N = 10		jaar 5 N = 8		totaal N = 45		
	pos.	neg.	pos.	neg.	pos.	neg.	pos.	neg.	pos.	neg.	pos.	neg.	
stages, contacten met de praktijk .....	10		2		4		8		6	2	30	2	
werken in onderwijsgroepen .....	5	4	1	3	3	1	3	1	1	1	13	10	
zelfgeorganiseerde studieactiviteiten .....	1		1		7		3		3		15		
zelfstudie/eigen verantwoordelijkheid .....	1	1	2	1		1	4	1	3		10	4	
vaardigheidstraining .....	5		1		2		3				11		
onderwijssysteem in het algemeen .....	5		1	1	1		2				9	1	
functioneren inhoudsdeskundigen* .....	3	1	3	1			1		1		8	2	
voortgangstoets .....		2		3		2		1		2		10	
integrale benadering van de mens .....	5		1				2		1		9		
gebruik van simulatiepatiënten .....			2		3		2				7		
keuzeonderwijs .....					1		2				3		
blokboeken/problemen .....		1	1						1		2	1	
totaal .....												117	30

\* Vakdeskundigen die op verzoek door onderwijsgroep kunnen worden geraadpleegd.

sen of belevenissen die buiten de studie plaatsvonden. De genoteerde opmerkingen werden in categorieën ondergebracht.

Vier protocols werden op de hierboven beschreven wijze door twee beoordeelaars onafhankelijk van elkaar geanalyseerd. Zij stemden in 84,6% van de gevallen met elkaar overeen. Dat betekent dat de methode tot betrouwbare resultaten leidt.

### Resultaten

In eerste instantie reageerden 32 van de aangeschreven 50 studenten op ons verzoek, met in totaal 138 opmerkingen over aspecten van het Maastrichtse onderwijssysteem. In de daarop volgende maanden werden de 18 non-respondenten aangemoedigd alsnog te reageren. Van deze groep beantwoordden tenslotte nog 13 studenten onze vraag. Er bleken geen systematische verschillen in reactie te zijn tussen studenten die onmiddellijk en studenten die pas na enige aandrang reageerden.

In de tabel zijn de belangrijkste resultaten samengevat, uitgesplitst naar aspecten van het programma, naar positieve en negatieve opmerkingen, en naar studiejaar. Alleen die opmerkingen die drie of meer keren werden gemaakt zijn in de tabel opgenomen.

### Discussie

Voordat we deze resultaten nader bespreken moeten er nog twee opmerkingen worden gemaakt.

De eerste opmerking heeft betrekking op

de betekenis die aan de reacties van studenten op onze vraag moet worden gehecht. De gebruikte methode van dataverzameling (een open vraag waarop studenten min of meer 'spontaan' reageren) leidt tot extreme reacties. Dat wil zeggen dat studenten over het algemeen alleen over zaken rapporteren die hen 'hoog zitten', in positieve of negatieve zin. Dit kan leiden tot vertekeningen, omdat het middegebied tussen extreem positief en extreem negatief ontbreekt.

De tweede opmerking heeft betrekking op de grootte van de steekproef. Deze is zodanig dat het weinig zin heeft de resultaten van de afzonderlijke jaargroepen apart te analyseren; de totaal frequenties kunnen echter worden gezien als een algemene tendens en zijn als zodanig een nadere beschouwing waard.

Over het algemeen lijken Maastrichtse studenten positief tegenover hun onderwijs te staan. Positieve, waarderende opmerkingen over wat zij op hun weg tegenkomen, komen vele malen meer voor in hun reacties op onze vraag dan uitingen van negatieve gevoelens. Als zij in hun brieven opmerkingen maken over het *onderwijssysteem* in het algemeen, zijn die opmerkingen zonder uitzondering waarderend; een eerstejaars studente zegt bijvoorbeeld:

Ik kan verder alleen maar zeggen dat ik deze studie met héél véél plezier doe, en de opzet van alle practica, enz. erg goed vind. Ik vind het erg prettig om in groepsverband te werken en het contact onderling is ook fijn.

Vooraf het zelf mogen dragen van verantwoordelijkheid voor je studie, een belangrijke pijler van het systeem, wordt in

dit verband nogal eens als positief genoemd, zij het dan dat die zelfverantwoordelijkheid ook vaak resulteert in gevoelens van intense onzekerheid. Met name in het eerste studiejaar kampen studenten daar mee. Een student verwoordt het zo:

Als vrij onzelfstandig werkende scholier kom je in het eerste jaar in contact met een nieuw onderwijssysteem. Vreemd; omdat je het allemaal zelf moet uitzoeken: geen zekerheden, weinig richtlijnen . . . Na een jaar stevig doorwerken blijkt het toch wel mee te vallen. Na het eerste jaar voel je je zekerder en kun je met je eigen zwakheden omgaan. Op het gebied van de medische studie raak je aardig thuis. Je kunt de meeste leermiddelen vinden en gebruiken.

Inhoudelijk roemen sommige studenten de integrale benadering van de mens zoals die in het onderwijs aan de Maastrichtse medische faculteit lijkt te worden gepraktiseerd.

Wanneer men wat specifiek naar die waardering van studenten van afzonderlijke studieonderdelen kijkt, springt vooral het oordeel over de stages en andere vroegtijdige *contacten met de praktijk* van de gezondheidszorg eruit. Medische studenten beginnen met een duidelijk doel voor ogen hun studie en waarderen op grond daarvan een vroegtijdige en regelmatige confrontatie met hun toekomstig werkteerrein in hoge mate. Zelfs vierdejaars studenten verwijzen nog enthousiast naar hun stages bij de huisarts en in de kliniek die in het eerste jaar hebben plaatsgevonden. Studenten zeggen aan die praktijkcontacten een enorme sti- ▶



mulans te ontlenen voor hun verdere studie; het biedt ze een uitzicht op 'waarvoor ze het allemaal doen'. Een student:

Tot de voor mij wellicht belangrijkste inzichten ben ik gekomen gedurende de korte stages bij huisartsen en in het ziekenhuis. Daar beseft ik eigenlijk pas hoe ontzettend weinig ik nog maar weet ( . . . ). Na deze stages was er bij mij ( . . . ) telkens een flink verhoogde studieactiviteit te bespeuren. De confrontatie met de praktijk vind ik een zeer belangrijk en zeer positief gegeven in het Maastrichtse curriculum. Mede door deze stages krijgt men een vrij goed, zij het nog wel enigszins globaal, beeld van de gezondheidszorg in de praktijk. Met dit beeld voor ogen kan men veel beter begrijpen waarvoor men studeert . . .

Reacties als deze staan in nogal scherp contrast met de praktijkervaringen van de studenten die aan het onderzoek van Bender (1979) hebben meegedaan: die voelden zich 'geremd' door die ervaringen, moedeloos gemaakt. Het ging bij Benders onderzoek om vierdejaars studenten, die in dat jaar hun eerste praktijkervaring opdoen. Na vier jaar intensieve studie tot de ontdekking komen dat je eigenlijk nog niet veel weet en kunt dat bruikbaar is voor de praktijk, kan zonder twijfel moedeloos maken.

De les die uit deze resultaten kan worden getrokken is naar ons idee de volgende: Het lijkt belangrijk studenten regelmatig en vooral vroeg te confronteren met de praktijk van de gezondheidszorg. Dat kan door middel van korte klinische stages en het enige tijd meelopen met een huisarts. Dat kan ook door studenten in contact te brengen met de wijkverpleging en het maatschappelijk werk, door ze te trainen in medische handvaardigheden in een Skillslab, en zelfs door ze regelmatig met simulatiepatiënten te confronteren.

Studenten lijken aan het contact met zieke mensen sterke motieven voor hun verdere studie te ontlenen. (Het is in dit kader veelzeggend dat bijna een kwart van de ondervraagden spontaan meldt in zijn of haar vrije tijd, tijdens vakanties en dergelijke een baantje te hebben in de gezondheidszorg. Een vierdejaars student heeft aan zijn klinische stage een persoonlijk contact met een chirurg overgehouden en draait nu regelmatig mee op diens afdeling.) Toch worden er ook wel negatieve geluiden gehoord in relatie tot de praktische stages. Zes studenten klagen over het gedrag van sommige klinici die zich ironiserend en grof tegenover patiënten en studenten zouden gedragen. Eén student meldt dat hij de indruk had dat hij speciaal werd 'gepakt' omdat hij

van de Maastrichtse faculteit kwam. Maastrichtse studenten zijn blijkens de resultaten van dit onderzoek actief in het *zelf organiseren* van studieactiviteiten. Derde- en vierdejaars studenten rapporteren het bestaan van ad hoc-studiegroepen rondom hartfysiologie, circulatie, de nier, het zenuwstelsel en antroposofie, een door studenten georganiseerde conferentie wordt ook enige malen genoemd. Dankbaar kijken ook enkele studenten terug op een serie gespreksavonden over stervensbegeleiding bij een hoogleraar thuis. Soms komen die extra studieactiviteiten voort uit de behoefte eens wat dieper te graven met betrekking tot een bepaald onderwerp; soms ook komen zij voort uit de behoefte aan een meer systematischer benadering van de geneeskunde dan in Maastricht wordt geboden. Men zou kunnen zeggen dat er van het onderwijsprogramma een zekere stimulans lijkt uit te gaan om zelf actief te zijn, al was het alleen maar om duidelijke tekortkomingen van dat programma te corrigeren.

Het *werken in onderwijsgroepen* roept gemengde reacties op. Over het algemeen zijn studenten de mening toegedaan dat het werken in groepen een belangrijke leerervaring is als de groep goed functioneert. Verschillende studenten rapporteren geweldig goede ervaringen in sommige groepen met sommige tutores. Als dit niet het geval is – dat komt blijkbaar nogal veel voor – ervaren studenten het werken in de groep als uitermate demotiverend. Een beschuldigende vinger wordt daarbij vaak naar medestudenten uitgestoken; een tweedejaars:

Over het algemeen gesproken vind ik de aangeboden stof interessant en het leent zich ook goed voor het samenwerken in groepen. Mits iedereen dit serieus neemt, wat niet altijd het geval is, omdat ( . . . ) op deze faculteit een paar studenten zitten die profiteren van anderen kennis zonder dat ze zelf een positieve inbreng hebben. Meestal hebben ze zelfs een negatieve inbreng, waardoor ik vind dat iemand anders die uitgeloot was hier veel beter had kunnen zijn.

En een derdejaars studente:

De onderwijsgroepen worden nogal ongemotiveerd bezocht, of zelfs helemaal niet en als een groep niet draait, resulteert dit slechts in een schouderophalen. En dat terwijl de onderwijsgroep de spil voor de hele studie dient te zijn; de omgang met mensen is datgene waar alles om draait: nu en later; en als dat nu (in de onderwijsgroep) al niet meer lukt waar moet dat dan heen. Ik ben iemand die erg afhankelijk

is van anderen om mijn motivatie op peil te houden. In deze 'zelfwerkzaamheidssetting' zijn anderen mijn enige stok achter de deur.

Als de tutor (de begeleider van de onderwijsgroep) een vakdeskundige is, gaat het over het algemeen beter, zeggen sommigen. Een voorbeeld wordt gegeven door een derdejaars student, die het volgende schrijft:

(In blok 3.3) heb ik kunnen werken in een groep zoals het naar mijn idee altijd zou moeten kunnen. In dit blok bestudeerden wij namelijk het hart. Onze groep had een assistent-cardioloog als tutor. Dit was een ideale situatie want de groep besprak een casus en de tutor sprong in als dat nodig was of gaf ons later feedback of een aanvulling. Volgens mij is een inhoudsdeskundige tutor de enige die dit adequaat kan.

Over het optreden van inhoudsdeskundigen (vakdeskundigen die op verzoek door de onderwijsgroep kunnen worden geraadpleegd) zijn nogal wat studenten – enigszins tot onze verrassing overigens – erg enthousiast. Uit het eerste jaar kwam een reactie die die ervaringen het duidelijkst verwoordt:

(Ik) ervaar ( . . . ) het als een uniek voorrecht, dat het hier mogelijk is, dat na een telefoontje de hoogleraar himself op de koffie komt om met studenten of zelfs met één student bepaalde problematiek door te spreken. Het valt me altijd weer op hoe verrast de heren zijn en hoe enthousiast ze worden als blijkt dat de zaken waarvoor hun inhoudsdeskundigheid gevraagd wordt, degelijk door de groep zijn bestudeerd. Het evalueren van mijn studie aan de hand van gesprekken met inhoudsdeskundigen heeft voor mijn studie een grote betekenis.

De *voortgangstoets* wordt door studenten zonder uitzondering beschreven als onzeker makend, nauwelijks inzicht gevend in voortgang dan wel achterstand op bepaalde vakgebieden, irrelevant en niet valide; met name klagen ze erover dat die toets geen leidraad vormt voor een geïntensiverde bijscholing. Deze zonder uitzondering negatieve reacties kunnen echter deels worden beschouwd als een artefact van de gebruikte methode (zie daarvoor de aanvang van deze paragraaf), omdat de studenten in een in dezelfde periode afgenomen gestructureerde enquête aanzienlijk positiever op de voortgangstoets reageren (Verwijnen, 1980).

## Conclusies

Het Maastrichtse onderwijssysteem wordt over het geheel genomen positief ►

gewaardeerd door medische studenten. Het zijn daarbij vooral de mogelijkheden die worden geboden tot het opdoen van praktische ervaring (stages, Skillslab, simulatiepatiënten) die de doorslag geven. De onderwijsfilosofie van de medische faculteit: zelfwerkzaamheid, werken in groepen, probleemoriëntatie, wordt door studenten volmondig ondersteund. In de praktische uitvoering ontstaan soms problemen die de studiemotivatie in negatieve zin beïnvloeden; dat geldt in zekere zin voor de wijze waarop de studieprestaties van studenten worden beoordeeld en voor het werken in onderwijsgroepen.

### Samenvatting

In dit onderzoek werden zorgvuldig brieven geanalyseerd die 45 Maastrichtse medische studenten hebben geschreven over aspecten van hun onderwijs. Het onderwijs aan de Maastrichtse medische faculteit wijkt in een aantal opzichten af van wat gebruikelijk is. Die afwijkende onderwijsopzet weerspiegelt zich in de resultaten van het onderzoek. De onderzochte studenten beleven hun studie op andere wijze dan studenten die elders eerder (Bender, 1979) zijn onderzocht.

### Referenties

Bender, W., Kritische momenten in de medische studie, enkele recente onderzoekgegevens. *Medisch Contact* 13, 402-403, 1979.

Es, A. van, Anatomie van het gevoel. Harlekijn, Westbroek 1979.

Gerritsma, J. G. M. en J. A. Smal, Grensverhuivingen in het medisch onderwijs. Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht 1974.

Imbos, T.; Voortgangstoetsing aan de Medische Faculteit Maastricht. In H. G. Schmidt (red): 'Probleemgestuurd onderwijs', SVO-reeks, Staatsuitgeverij, Den Haag, in voorbereiding.

Schmidt, H. G., en P. A. J. Bouhuijs, Onderwijs in taakgerichte groepen. Het Spectrum, Utrecht 1980.

Tiddens, H. A., R. G. J. Willighagen, en W. H. F. W. Wijnen, Medisch onderwijs in ontwikkeling. *Medisch Contact* 30, 1077-1085, 1975.

Verwijnen, M., Resultaten enquête voortgangstoetsen. Capaciteitsgroep Onderwijsontwikkeling en -research, 1980.

Wijnen, W. H. F. W., Einddoeltoetsen: waar en hoe? *Onderzoek van Onderwijs* 6, (3), 1977.



### Seksualiteit en handicap; problematiek van motorisch gehandicapten

B. H. H. Dechesne, C. Pons, A. M. C. M. Schellen

Stafleu, Alphen aan den Rijn

ISBN 90 6016 365 6

261 blz.

Prijs: f 39,50

Meer wetenschappelijke revisie van 'Wij zijn niet van steen' (1972). Deze nieuwe versie, in eerste instantie geschreven voor allen die beroepshalve met gehandicapten te maken hebben, bestaat uit een medisch gedeelte over de gevolgen van een blijvende lichamelijke aandoening van de seksuele functie, een psychosociaal gedeelte over het als volwaardig mens leren leven binnen de beperkingen van een handicap, en een ethisch gedeelte over het gangbare ethos betreffende seksualiteit; in dit deel worden voorzichtig enige richtlijnen ontwikkeld boven het niveau van de 'mag dat?'-vraag uit.

### Straling in de samenleving; bronnen, effecten en toepassingen van ioniserende straling

Dr. J. B. Th. Aten, Dr. P. P. W. van Buul, Drs. J. A. G. Davids, Ir. Chr. J. Huyskens, Prof. Dr. F. H. Sotels, Prof. Dr. O. Vos

Stafleu, Alphen aan den Rijn

ISBN 90 6016 399 0

253 blz.

Prijs: f 47,50

In dit boek, het vierde deel van de serie 'Medisch Biologisch Perspectief', staan de medisch-biologische aspecten van het gebruik van stralingsbronnen centraal. Aangezien het de schrijvers erom te doen is aan een brede lezersgroep inzicht te bieden in de grondslagen en de werkwijzen van de stralingshygiëne, hebben zij getracht de vaktechnische begrip-

pen zo elementair mogelijk weer te geven. Eerst behandelen zij de biologische aspecten, daarna de toepassing van stralingsbronnen en tenslotte de bescherming tegen ioniserende straling.

### Gezondheidsrecht voor opleidingen in de gezondheidszorg

Prof. Dr. H. J. J. Leenen

Samsom, Alphen aan den Rijn/Brussel

ISBN 90 14 03069 7

144 blz.

Prijs: f 24,50

Dit boek richt zich speciaal op de opleidingen in de gezondheidszorg, waarbij kan worden gedacht aan verpleegkundigen, medisch studenten, paramedische beroepsbeoefenaren, etc. Door die gerichtheid kon niet aan alle onderwerpen gelijke aandacht worden gegeven, maar werd op grond van de taak van de hulpverleners in de gezondheidszorg voor het ene onderwerp meer plaats ingeruimd dan voor het andere. Het boek omvat de delen: Recht en gezondheidsrecht, Rechten van patiënten, De hulpverlener in het recht, Gezondheidsrecht in de beroepsuitoefening, Civiel-, straf- en tuchtrechtelijke aansprakelijkheid, en Organisatie en ziektekostenverzekeringen.

### Om onze gezondheid; de rol van gezondheidsvoorzichting en -opvoeding (GVO)

W. Rouwenhorst

Samsom, Alphen aan den Rijn/Brussel

ISBN 90 14 03014 2

265 blz.

Prijs: f 34,90

'Om onze gezondheid' is in zekere zin te beschouwen als een tweede druk van 'Leren gezond te zijn?' (dissertatie 1977), al is veel van de in een proefschrift noodzakelijke bewijsvoering weggelaten evenals een aantal zaken die nu niet meer spelen. Toegelicht wordt dat het tot op zekere hoogte en onder bepaalde omstandigheden mogelijk is te leren gezond te zijn. Met name wordt ingegaan op de rol die de gezondheidsvoorzichting en -opvoeding daarbij kan spelen en op de deskundigheid en planning, financiën en materialen nodig om tot een verantwoorde opzet van GVO te komen.

## Oproep Instituut voor Sociale Geneeskunde te Nijmegen:

### Enquête: Wat verwachten artsen van professionele beroepsorganisaties

Het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Nijmegen doet een beroep op diegenen die recentelijk een enquêteformulier van dit Instituut hebben ontvangen. Zij die dit formulier nog niet ingevuld hebben geretourneerd worden dringend verzocht dit alsnog met spoed te willen doen. Het gaat in dit verband om een onderzoek dat het Nijmeegse instituut verricht naar de verwachtingen van Nederlandse artsen ten aanzien van professionele beroepsorganisaties.



# Bedrijfsgezondheidszorg voor de scheepvaart

In een uitvoerige beschouwing gaan J. J. P. Groeneweg, bedrijfsarts bij de Regionale Bedrijfsgeneeskundige Dienst voor het Havengebied van Rotterdam en Omgeving, en Prof. Dr. D. Vroege, eveneens als bedrijfsarts verbonden aan die dienst, daarnaast bijzonder hoogleraar in de bedrijfsgezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, nader in op de bedrijfsgezondheidszorg voor de scheepvaart. Daarbij schenken zij aandacht aan enkele bedrijfsgeneeskundige aspecten van de zeevaart, zoals aanstellingskeuringen, periodiek geneeskundige onderzoeken, preventie van infectieziekten, het bedrijfsgeneeskundig spreekuur, een aantal belangrijke ziektebeelden, geneeskundige verzorging, hygiëne, voeding en drinkwater aan boord, alsmede aan de ontrating van schepen en aan quarantainevoor-  
schriften.

Nederland heeft een lange traditie op het gebied van de scheepvaart en daardoor ook van de geneeskunde aan boord van zeeschepen. Deze traditie gaat terug tot de zeventiende eeuw. In die tijd genoten de Nederlandse schepen bij andere zeevarende naties een reputatie van huishoudelijke schoonheid.

De geneeskunde aan boord was niet alleen curatief ingesteld doch men kende ook reeds de preventie van ziekten, vooral van scheurbuik als gevolg van gebrek aan vitamine C. De verversingsstations op de route naar Indië getuigen daarvan. Zo stichtte in 1648 Jan van Riebeeck een dergelijk station aan Kaap de Goede Hoop, waaruit later het huidige Zuid-Afrika is ontstaan. Op dit moment zijn nog tal van reglementen van kracht die als doel hebben de preventie van ziekten aan boord van zeeschepen.

De Regionale Bedrijfsgeneeskundige Dienst voor het Havengebied van Rotterdam en Omgeving (RBGD), verricht voor een twintigtal scheepvaartmaatschappijen bedrijfsgeneeskundige werkzaamheden. Tot haar taken behoren op grond van de Wet op de Bedrijfsgeneeskunde voor de scheepvaart in elk geval:

- het verrichten van geneeskundig onderzoek bij indiensttreding (aanstellingskeuring);
- het verrichten van periodiek geneeskundig onderzoek (voor zeelieden jaarlijks);
- het houden van een bedrijfsgeneeskundig spreekuur;
- aandacht voor hygiënische arbeids- en leefomstandigheden van de schepeling alsmede

voor alle invloeden die schadelijk kunnen zijn (fysisch, chemisch, biologisch, psychosociaal).

## Aanstellingskeuringen

Zowel de aanstellingskeuring als periodiek geneeskundig onderzoek ter verkrijging van een geneeskundige verklaring voor de zeevaart met een geldigheidsduur van een jaar dient te geschieden door een arts die daartoe door het hoofd van de Scheepvaartinspectie op advies van diens medisch adviseur is aangewezen. Alleen ervaren artsen met medisch-nautische kennis, of artsen behorende tot een bedrijfsgeneeskundige dienst waar deze ervaring en kennis in huis is, verkrijgen deze bevoegdheid.

Aan boord van Nederlandse schepen dienen kapiteins en schepelingen in het bezit te zijn van een geldige geneeskundige verklaring van geschiktheid voor de zeevaart, voordat zij mogen worden toegelaten tot de ondertekening van de monsterrol. In het Keuringsreglement 1966 als bedoeld in artikel 33, eerste lid van het Schepelingenbesluit zijn de keuringseisen van gezagvoerders, scheepsofficieren en -gezellen vastgelegd.

Bij het geneeskundig onderzoek dienen strenge normen te worden gehandhaafd, waarbij goed rekening dient te worden gehouden met de bijzondere omstandigheden van een 'varende' functie. Zo zal de onderzochte geen blijvende hinder van zeeziekte mogen ondervinden en een zekere psychische stabiliteit dienen te hebben. Dit laatste om de moeilijkheden van de 'kleine samenleving' aan boord en de langdurige scheiding van familie en gezin te kunnen overwinnen. Verder dient er rekening mee te worden gehouden dat geneeskundige verzorging op zee slechts zelden in handen van een scheepsarts, doch veel meer in die van de 'stuurman-dokter' zal liggen.

Een lichtvaardig onderzoek, waarbij bijvoorbeeld een liesbreuk of een maagzweer over het hoofd wordt gezien, kan ertoe leiden dat een schip van koers moet veranderen om de dichtstbijzijnde haven aan te doen waarbij levensgevaarlijke situaties voor de patiënt kunnen ontstaan, of waarbij deze veel narigheid ondervindt van een opname in een buitenlands ziekenhuis.

Is er bij het geneeskundig onderzoek advies van een specialist noodzakelijk dan dient de uitslag van diens onderzoek bij de beoordeling van al dan niet geschikt zijn te worden betrokken. De betrokken bedrijfsarts draagt echter de verantwoordelijkheid voor de eindbeslissing. De onderzochte kan, indien niet geschikt, tijdelijk (niet langer dan 42 dagen), voorlopig (langer dan 42 dagen en korter dan 3 jaar) of blijvend

ongeschikt (langer dan 3 jaar) worden verklaard.

De betrokkene kan tegen de afkeuring in beroep gaan bij het hoofd van de Scheepvaartinspectie. Een definitieve afkeuring kan slechts door de medisch adviseur van deze inspectie ongedaan worden gemaakt. Geneeskundig ongeschikt voor de zeevaart wordt geacht de persoon die aanleg heeft voor of lijdende is aan een ziekte of afwijking:

- welke hem ongeschikt maakt voor zijn dienst aan boord;
- welke tijdens de dienst aan boord kan verergeren;
- welke gevaaren voor de gezondheid van andere personen aan boord op kan leveren;
- welke ernstige hinder oplevert voor andere personen aan boord;
- welke behandeling behoeft, waarbij voortdurend medisch toezicht vereist is en/of waarbij plotseling ingrijpen door een medicus noodzakelijk kan worden (bijvoorbeeld een niet stabiele diabetes mellitus, een hernia inguinalis welke beklemd kan geraken, een ziekte die met anticoagulantia wordt behandeld).

Voor het in bezit komen van een geneeskundige verklaring van geschiktheid voor de zeevaart dient een kapitein een identiteitsbewijs, een keuringskaart, een bewijs van röntgenonderzoek van de borstorganen (niet ouder dan één jaar) en een aanvraag van de redeer aan de geneeskundige te overleggen. Schepelingen dienen daarnaast nog een monsterboekje te tonen. Bij gebleken geschiktheid wordt de geneeskundige verklaring met een geldigheid van één jaar ondertekend, de keuringskaart (groene kaart) ingevuld en eventueel de ogen- en orenpapieren verlengd.

Een bewijs van het röntgenonderzoek van de borstorganen is alleen geldig indien ondertekend door longartsen, consultatiebureau-artsen en artsen die de bevoegdheid van het Centraal College voor Bevolkingsonderzoek bezitten. Hetzelfde geldt voor de ogen- en orenpapieren die slechts kunnen worden afgegeven door daartoe door de Scheepvaartinspectie aangewezen oog- en oorartsen. Meevarende echtgenotes worden eveneens gekeurd krachtens het Schepelingenbesluit, waarbij zwangerschap niet wordt geaccepteerd.

## Periodiek geneeskundig onderzoek

Gezien het feit dat een geneeskundige verklaring voor de zeevaart slechts een jaar geldig is, dient elk jaar een periodiek geneeskundig onderzoek (PGO) plaats te vinden. Van belang bij ►

dit geneeskundig onderzoek is de recente anamnese met als vraagstellingen: Ziek geweest? Ongeval gehad? Volledige genezing? Welke behandeling gehad en door wie? Worden nog medicijnen gebruikt? Wordt aan zelfmedicatie gedaan? (bijvoorbeeld voor geslachtsziekten; antibiotica zijn in het buitenland in vele drugstores zonder recept verkrijgbaar).

Bij koortsaanvallen dient altijd aan tropische ziekten (bijvoorbeeld malaria) te worden gedacht, terwijl ernstige langdurige diarree steeds een nader onderzoek vraagt, speciaal bij keukenpersoneel. In de tropen komt tuberculose nog zeer veel voor, zodat een röntgenfoto (Odelca) dan ook noodzakelijk onderdeel van het PGO vormt. Een aanhoudende hoest dient nader te worden onderzocht door een specialist of een consultatiebureau.

Bij bemanningsleden van chemicaliëntankers wordt, indien er sprake is geweest van een mogelijk blootstelling aan schadelijke chemicaliën, als onderdeel van het PGO een uitvoerig bloedonderzoek met leverfunctieproeven gedaan.

Uit een oogpunt van veiligheid is het ogen- en orenonderzoek speciaal voor dek- en machinekamerpersoneel zeer belangrijk. Lawaaidoofheid is bij machinekamerpersoneel een reëel gevaar. Het bij de aanstellingskeuring gemaakt audiogram vormt bij het PGO een goed referentiekader.

Uiteraard worden na afloop van het geneeskundig onderzoek de vaccinaties weer op peil gebracht. De uitkomsten van het geneeskundig onderzoek worden op speciale staten vastgelegd, welke telkens na een kalenderkwartaal dienen te worden gezonden aan het hoofd van de Scheepvaartinspectie.

Het keuringsbestand voor de zeevaart is nogal gevarieerd: mannen, vrouwen, meevarende echtgenotes van meer dan vijftien nationaliteiten behoren ertoe. In 1980 werden bij de RBGD 1.010 schepelingen geneeskundig onderzocht waarvan er 9 ongeschikt waren.

### Preventie van infectieziekten

Uit oogpunt van preventie en op grond van internationale afspraken, regelingen en eisen zijn een aantal vaccinaties verplicht:

*Pokken:* deze worden sinds kort niet meer gegeven, daar deze ziekte is uitgeroeid;

*Cholera:* speciaal vereist voor Afrika en Azië; de geldigheidsduur is beperkt tot 6 maanden;

*Typhus:* de geldigheidsduur hiervan bedraagt 5 jaar;

*Gele koorts:* deze vaccinatie kan slechts in speciale instituten of ziekenhuizen plaatsvinden (onder andere GG & GD te Rotterdam en Havenziekenhuis);

*Malaria:* de preventieve maatregelen hierbij bestaan uit het door de stuurman verstrekken van Nivaquine (1× per week 3 tabletten van 100 mgr) na het ontbijt; als regel vindt deze profylaxe plaats tussen de 20° noorderbreedte en 20° zuiderbreedte en/of één week voor het binnenvaren en vier weken na het verlaten van een malariagebied; vooral West-Afrika is op

het gebied van de malaria nog steeds berucht; *Tuberculose:* jaarlijks dient een doorlichting plaats te vinden; BCG wordt niet meer gegeven en Mantoux vindt plaats bij contacten en wordt afgehandeld door de consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding; een probleem bij de geneeskundige onderzoeken vormen Spanjaarden, Portugezen, Indonesiërs en Kaap-Verdianen met soms aanzienlijke oude tuberculeuze afwijkingen;

*Geslachtsziekten:* zeevarenden van alle nationaliteiten worden op grond van de internationale overeenkomst van Brussel, 1924, in de meeste havens gratis behandeld; deze overeenkomst legt eveneens de eisen voor uitrusting en voorraad vast welke voor de bestrijding van geslachtsziekten aan boord dienen te zijn. Aan schepelingen en aan enkele medewerkers van aangesloten ondernemingen die reizen naar de tropen maakten werden door de RBGD in 1980 de volgende aantallen vaccinaties gegeven: 218 × pokken, 676 × cholera, 140 × typhoid.

### Het bedrijfsgeneeskundig spreekuur

Als regel zal een zieke schepeling na aankomst in Rotterdam, indien de toestand het toelaat, naar zijn huisarts in zijn woonplaats gaan met de gegevens van de eerste stuurman, al dan niet aangevuld met een radio-medisch advies of een consult van een buitenlandse havenarts. Indien dit onmogelijk is zal de schepeling op het bedrijfsgeneeskundig spreekuur verschijnen (vooral Spanjaarden, Portugezen en Kaapverdianen). Slechts kleine aandoeningen (minor ailments) worden op dit spreekuur behandeld. In alle andere gevallen waarin het advies van een specialist of specialistische behandeling noodzakelijk is wordt contact opgenomen met het Havenziekenhuis te Rotterdam. Ernstig zieke schepelingen worden uiteraard direct na aankomst in het Havenziekenhuis opgenomen. Een aparte groep vormen diegenen die vanuit het buitenland (vooral Amerika) vanwege dringende medische redenen naar Rotterdam worden overgevoerd voor opname in dit ziekenhuis.

Ziektecontrole van schepelingen in de zin van de Ziekwet wordt door de RBGD niet verricht. Wel vindt met het oog op revalidatie bedrijfsgeneeskundige begeleiding plaats in samenwerking met de huisarts, specialist en verzekeringsgeneeskundige. Op dit gebied kan de bedrijfsarts veel doen, zoals het zwaarwaardig maken van de therapie, beperking van het vaargebied (bijvoorbeeld geen tropen); beperking van de duur of het aantal reizen, het maken van kustreizen, aanwijzen van bepaald scheepstype (vrachtschip, tanker).

Een belangrijke groep op het bedrijfsgeneeskundig spreekuur wordt gevormd door schepelingen die aan boord ziek zijn geweest en werden behandeld door de eerste stuurman en/of een buitenlandse arts. De stuurman is per traditie 'de dokter' aan boord van vrachtschepen. Zijn ziekenopgave van de bemanning met soms zeer nauwkeurige verslaglegging wordt op het bedrijfsgeneeskundig spreekuur zorgvuldig bekeken en met hen besproken. Het

bedrijfsgeneeskundig spreekuur dient verder voor schepelingen, die varen met een bepaalde medicatie of problemen (diabetes, hypertensie, alcoholisme).

De Regionale Bedrijfsgeneeskundige Dienst voor het Havengebied van Rotterdam en Omgeving (RBGD) biedt door zijn uitgebreide ou-tillage op het gebied van de röntgenologie, orthorateronderzoek, audiometrie, longfunctieonderzoek, electrocardiografie, laboratoriumfaciliteiten en fietsergometrie voor het bedrijfsgeneeskundig spreekuur vele mogelijkheden. Hierdoor worden veel onnodige en tijdrovende verwijzingen voorkomen, vooral daar de schepeling vaak maar enkele uren of dagen in Rotterdam doorbrengt. De specialisten van het Havenziekenhuis, met wie zeer intensief wordt samengewerkt, fungeren daarbij als consultants.

### Enkele ziekten

Een aantal ziektebeelden brengt aan boord van zeeschepen speciale problematiek met zich mede. Zo dient speciale aandacht uit te gaan naar het keukenpersoneel. Als absolute regel geldt dat iedereen die lijdt aan exanthe-ma, ulcera, wonden aan de vinger of diarree, dient te worden uitgesloten van het omgaan met voedsel. Vooral een kok mag geen bacil-lendragers zijn (dysenterie).

Andere ziektebeelden die speciale aandacht vragen zijn alcoholisme, diabetes, hartinfarcten en hypertensie.

Alcoholisme is welhaast een beroepsziekte onder schepelingen. Ontwenningkuren op zee zijn niet uit te voeren. Met korte reizen en veelvuldige terugbestellingen al dan niet met gebruik van Refusal, is nogal eens iets te bereiken. In 1980 kregen drie schepelingen na een ernstige ziekte (1× alcoholische hepatitis, 1× alcoholische pancreatitis, 1× delirium) in samenwerking met huisartsen, specialisten, verzekeringsgeneeskundigen, echtgenotes, rederij, kapiteins en dienstchefs een ontwenning-kuur, waarna zij weer aan boord werden geplaatst onder een totaal alcoholverbod.

Diabetes mellitus betekent, indien insuline moet worden gebruikt, ongeschiktheid voor de zeevaart. Vooral oudere schepelingen (in het algemeen boven de veertig jaar) die niet alleen met een dieet zijn te reguleren kunnen met orale anti-diabetica normaal hun werk verrichten. Deze laatste medicijnen moeten in voldoende hoeveelheid worden meegegeven, zodat opname in buitenlandse ziekenhuizen en onnodig overvliegen naar Nederland daarmee kan worden voorkomen. Vele buitenlandse havenartsen zijn namelijk van mening dat zeevaart en diabetes onvereenigbaar zijn. De betrokkene dient altijd een in het Engels gestelde brief aan een arts (to whom it may concern) bij zich te hebben terwijl de eerste stuurman (behandeling) en eventueel de kok (dieet) op de hoogte gesteld moeten worden.

Een hartinfarct is op grond van het keurings-reglement een absolute indicatie voor ongeschiktheid voor de zeevaart. Anticoagulantia zijn in dit beroep verder niet toegestaan.

Op voorzichtige wijze wordt thans onder

strengere regels soms toestemming gegeven aan gezagvoerders om weer te gaan varen. Als vaste regels gelden daarbij: klachtenvrij zijn, zeer gemotiveerd zijn en een goed ziekte-inzicht hebben, geslaagde cardiovalidatie met goede fietsbelasting, geen anticoagulantia, niet meer roken en drinken, bereid zijn een voorgeschreven dieet te volgen en onder behandeling van een cardioloog te blijven.

Ter ondersteuning van het geheel is een frequent periodiek geneeskundig onderzoek door de bedrijfsarts, bijvoorbeeld elke drie of zes maanden noodzakelijk, waarbij al naar behoefte electrocardiografisch en fietsergometrisch onderzoek wordt verricht. Ter bewaking van de kwaliteit van het electrocardiogram vindt een 'second reading' plaats door de computer van het Thoraxcentrum van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt. Als routine worden deze electrocardiogrammen via een tapeterminal – bij haast via een phoneterminal – ingezonden. In samenwerking met de rederij wordt dan gezocht naar een passend schip en vaargebied, passende route, alsmede een beperkte reisduur met tijdige aflossingen.

Hypertensie vormt bij een gefixeerde diastolische bloeddruk boven de 100 mm Hg bij aanstelling een reden tot ongeschiktheid.

Bij andere schepelingen is een hypertensie zonder klachten geen uitzondering. Indien met vermagering en zoutbeperkend dieet geen verbetering is te verkrijgen, wordt in samenwerking met internisten van het Havenziekenhuis tot behandeling overgegaan. Als basistherapie wordt in bovenvermelde gevallen een zoutbeperking ingesteld en een oraal diureticum gegeven (Hygroton, Thiazide). Bij de meeste patiënten vormt een bètablokker de beste behandeling.

Voor machinekamer- en keukenpersoneel geldt in deze een uitzonderingspositie, daar hun arbeid moet worden gekwalificeerd als zwaar tot zeer zwaar bij temperaturen die gemakkelijk tot boven de 40° C stijgen. De hierbij voorkomende warmte- of stokerskrampen, veroorzaakt door het zouttekort vanwege overmatig zweten, vereisen als preventieve maatregel extra zouttoevoer.

Zoutbeperking gecombineerd met zoutuitdrijving (diuretica) zou bij hypertensiepatiënten aanleiding kunnen geven tot ernstige reacties op hitte. Buitenlandse zeelieden zijn over het algemeen slecht te behandelen. In feite blijft als enige categorie van de hypertensie-patiënten de Nederlandse dekofficier over die, indien goed gemotiveerd en met voldoende inzicht, goed is te behandelen.

### Geneeskundige verzorging aan boord

De eerste stuurman aan boord van vrachtschepen fungeert als dokter en heeft een volgens wettelijke voorschriften uitgeruste scheepsapotheek onder zijn berusting. Zijn opleiding bestaat uit een uitgebreide EHBO-cursus met een stage in een ziekenhuis. Gesteund door de geneeskundige gids en/of eventuele medische adviezen van havenartsen of de Radio-Medische Dienst verricht hij op deze wijze zijn vaak moeilijke taak. In geval van een ongeval of

ziekte aan boord zal het vaak voorkomen dat advies of daadwerkelijke hulp van een arts wordt gewenst.

Medisch advies kan in deze gevallen worden verkregen van een kuststation of van een schip met een scheepsarts. Afhankelijk van de apparatuur aan boord en van de atmosferische omstandigheden zal dit contact radiotelegrafisch of radiotelefonisch plaatsvinden.

Hoewel er in de wereld ongeveer tweehonderd kuststations zijn die zo nodig een radio-medisch advies kunnen verzorgen is het, althans voor Nederlandse schepen, beter zich niet tot een buitenlands kuststation te wenden. Taal-moeilijkheden en onvoldoende radio-medische ervaring van de betreffende artsen leiden gemakkelijk tot teleurstellingen, waarbij nog komt dat vrijwel nimmer rechtstreeks contact met de adviesgevende arts ontstaat.

Om deze redenen doen Nederlandse schepen, waar ook ter wereld, er verstandig aan zich zo mogelijk te wenden tot het Rijkskuststation Scheveningen Radio (PDM). Voor niet spoedeisende gevallen kan altijd wel éénmaal per etmaal verbinding worden verkregen, eventueel met behulp van relayering door een ander Nederlands schip. Voor Scheveningen Radio worden de medische adviezen verzorgd door artsen van de Radio-Medische Dienst van het Nederlandse Rode Kruis. Deze artsen zijn bij toerbeurt, telkens een week lang, doorlopend per telefoon (of semafoon) onmiddellijk bereikbaar en de aanvrager wordt direct met hen verbonden. Zij kunnen ook zorgdragen voor de uitvoering van praktische hulpverlening of transport. Zo is het mogelijk helicopters in te schakelen of gebruik te maken van het AMVER (Automated Mutual-assistance Vessel Rescue System) van de US Coast Guard te New York.

Via deze instelling kan ook de hulp worden ingeroepen van een schip met een arts aan boord dat in de naaste omgeving aanwezig is. Met behulp van in een computer aanwezige gegevens over positie, koers en vaart van een zeer groot aantal medewerkende schepen is men daartoe zeer snel in staat. Het is ook mogelijk een beroep te doen op het medisch personeel (verplegers en soms een arts) van weerschepen op de Atlantische en de Stille Oceaan. De oproep om een medisch advies is kosteloos en heeft met uitzondering van een SOS voorrang op alle andere oproepen. De oproep moet daarbij worden uitgezonden op naam van de gezagvoerder van het schip

### Hygiëne, voeding en drinkwater aan boord

Een goede persoonlijke hygiëne is de basis van een goede scheepshygiëne. Wekelijkse inspectie van het schip door de gezagvoerder met bezoek aan de verblijfsruimten van de bemanning zal de scheepshygiëne zeker ten goede komen.

Systematisch moet naar insectenplagen worden gezocht. Vliegen, muggen en andere vliegende insecten, maar ook wandluizen en kakkerlakken zijn ongewenste passagiers die hardhandig dienen te worden bestreden. Daar-

bij kan het noodzakelijk zijn zelfs tot uitgassen met methylbromide over te gaan indien zich een grote kakkerlakkenoverlast voordoet. Over de verwijdering van ratten zal nog worden gesproken. Van belang is verder het juiste verwijderen van afval.

Het scheepvaartreglement zegt: 'Het voedsel moet goed worden ingekocht, veilig worden bewaard en welbereid ter tafel worden gebracht'. Een goede gewoonte daarbij is om groenten, vruchten, doch vooral sla, die in vreemde havens is ingekocht, eerst te dompelen in Halamid 0,5% gedurende tenminste 10 minuten. De bedrijfsarts aan de wal moet zoals reeds gezegd, zorgen voor een 'schone' gezonde kok. Op teveel schepen wordt teveel aan voedingswaarde in het voedsel gegeven met als gevolg een moeizaam te bestrijden adipositas en mogelijk ook jicht, diabetes en hypertensie. Voor de bedrijfsarts is het van belang te beseffen dat een scheepskeuken geen dieetkeuken is en alleen het verstrekken van suiker- en zoutarm voedsel tot de mogelijkheden behoort.

De voorziening van goed drinkwater is voor een schip van het allergrootste belang. Verschillende ziektes zoals typhus, cholera, dysenterie en hepatitis kunnen door verontreinigd drinkwater worden overgebracht. In het Schepelingenbesluit heeft de Nederlandse wetgever een aantal nauwkeurige voorschriften over het drinkwater aan boord van schepen. Deze betreffen kwantiteit, kwaliteit, het water laden, chloreren en de behandeling van slangen, leidingen, kranen en tanks.

Drinkwater wordt het beste gedesinfecteerd met chloor. Dit dient zodanig te geschieden dat per ton water 0,7 gram vrij chloor vrijkomt.

De toegepaste hoeveelheid hangt derhalve af van het chloorgehalte van het gebruikte middel en de inhoud van de tank.

Aan boord van Nederlandse schepen wordt voornamelijk chloorkalk, al dan niet gecombineerd met een ammoniumzout waarbij chlooramine ontstaat, toegepast. Chloorkalk en ammoniumzout mogen wegens explosiegevaar niet gelijktijdig worden toegevoegd.

De eerste stuurman is verantwoordelijk voor het vullen van de drinkwatertanks, waarbij traditiegetrouw de scheepstimmerman (indien aanwezig) zorgt voor het feitelijke vullen en het onderhoud van de tanks. Ook hier geldt weer dat de betrokkene geen huidaanandoening of diarrhee mag hebben.

Indien onverhoopt het drinkwatersysteem met riool- of havenwater wordt verontreinigd zit er niets anders op dan de tanks te vullen met een honderdvoudige hoeveelheid chloor die er normaal voor wordt gebruikt. Elk tappunt dient dan te worden geopend tot er duidelijk chloor kan worden geroken, waarna het hele systeem vier uur met rust moet worden gelaten. Eerst daarna kan na lediging en spoelen de tank opnieuw worden gevuld.

Het Rotterdams Scheepvaartkwartier kan over het nut van deze procedure meepraten, nadat in 1980 verontreiniging van de waterleiding aldaar heeft plaatsgevonden door faeces van een Frans marineschip als gevolg van een ►

fout bij de drinkwaterleiding. Regelmatige bepaling van het kiemgehalte van het drinkwater (coli) is noodzakelijk. In Rotterdam wordt dit gedaan door de Keuringsdienst voor Waren of het Handelslaboratorium Verwey.

### Ontrating van schepen

Een speciaal onderdeel van de hygiëne aan boord van schepen heeft betrekking op het al dan niet aanwezig zijn van ratten. Deze dieren vormen een voortdurende bedreiging voor de gezondheid van zeevarenden. Uitwerpselen van ratten op voedsel kunnen ziektekiemen bevatten die darminfecties veroorzaken. De vlooien van ratten kunnen pest en 'murine typhus' overbrengen. Bovendien kunnen ratten grote schade toebrengen aan voedselvoorraad en lading. Er moet voor worden gezorgd dat geen voedselresten rondslingeren en dat afvalvaten van goed sluitende deksels zijn voorzien.

Ratten dienen dus voortdurend te worden bestreden en het moet die beesten onmogelijk worden gemaakt het schip binnen te dringen. Meertrossen moeten daarom voorzien zijn van rattenschilden en de schepen moeten 's nachts verlicht zijn omdat dit ratten afschrikt aan boord te komen. Ook dienen vallen te worden gezet op de bekende looppaden.

De International Health Regulations vereisen dat alle naar een vreemd land gaande schepen iedere zes maanden moeten worden gecontroleerd op de aanwezigheid van ratten of muizen door een internationaal goedgekeurde gezondheidsdienst om een internationaal overeengekomen certificaat van deze dienst verstrekt te krijgen. Indien bij inspectie de aanwezigheid van een groot aantal ratten wordt vastgesteld, kunnen de havenautoriteiten verlangen dat het schip wordt ontrat alvorens een certificaat van ontrating af te geven. Indien het aantal ratten kleiner is kunnen dezelfde autoriteiten een certificaat tot vrijstelling van ontrating afgeven.

De inspectie op de aanwezigheid van ratten moet plaats hebben als het schip leeg is, daar de aanwezigheid van lading het onderzoek sterk belemmert of onmogelijk maakt.

Het certificaat, zowel voor ontrating als de vrijstelling ervoor, bevat alle bijzonderheden van de inspectie in ieder ruim of verblijf van het schip, de af- of aanwezigheid van ratten, de aard van het toegepaste verstikkingsgas, of dat men zich beperkt heeft tot het plaatsen van vallen of strooien van vergif en het aantal gevonden ratten.

De certificaten zijn zoals gezegd zes maanden geldig waarna de gehele procedure dient te worden herhaald om een nieuw certificaat te verkrijgen. Aan een schip kan één maand uitstel worden verleend als het naar zijn thuishaven vaart, of naar een haven waar na volledige lossing van de lading het schip met lege ruimten kan worden geïnspecteerd.

Het bezit van een geldig certificaat voorkomt verdere maatregelen, tenzij een ongewone sterfte onder de ratten optreedt die op pest blijkt te berusten. In dat geval dient onmiddellijk ontrat te worden met verstikkingsgas.

Het is goed te beseffen dat de pest bij de mens nog steeds voorkomt in Zaïre, Madagascar, Ecuador, Birma en Vietnam en dat de havens van deze landen besmet verklaarde havens zijn.

### Quarantainevoorschriften

Maatregelen ter voorkoming van en controle op de verbreiding van besmettelijke ziekten door internationaal verkeer zijn vastgelegd in de International Health Regulations. In Nederland zijn deze voorschriften bindend op grond van de Quarantainewet (1960). Elk schip dient de laatste editie van de Regulations aan boord te hebben. Zij bevatten onder andere maatregelen die kunnen worden toegepast bij vertrek of aankomst in een haven met betrekking tot schip, bemanning of passagiers, indien menselijke of rattenpest, cholera, gele koorts of pokken gedurende de reis of bij aankomst in een haven wordt vastgesteld.

Ingevolge artikel 14 van de Regeling dienen haven en ook luchthavens een georganiseerde medische dienst ter beschikking te hebben om de voorschriften te kunnen uitvoeren. In Rotterdam is dit de afdeling Infectieziekten en Hygiëne van de GG & GD.

Bij vertrek van een schip zullen embarkerende bemanning en passagiers slechts worden onderzocht indien epidemische ziekten in de haven zelf aanwezig zijn. Bij aankomst in een haven dient de gezagvoerder van een schip dat een internationale reis maakt zich te vergewissen van de gezondheidstoestand van alle opvarenden. Aan de havengezondheidsdienst dient een door hem of de eventueel aanwezige scheepsarts ondertekende 'Maritieme Gezondheidsverklaring' te worden afgegeven, waarbij antwoord is gegeven op de volgende vragen:

1. Heeft zich gedurende de reis aan boord een geval of een verdacht geval van pest, cholera, gele koorts of pokken voorgedaan?
2. Hebben zich gevallen (of verdachte gevallen) van pest voorgedaan van ratten of muizen aan boord gedurende de reis, of is de sterfte onder de ratten of muizen ongewoon hoog geweest?
3. Is er een sterfgeval voorgekomen aan boord gedurende de reis, anders dan tengevolge van een ongeval?
4. Zijn er gedurende de reis aan boord ziektegevallen geweest waarvan u vermoedt dat zij van besmettelijke aard zijn?
5. Zijn er thans ziektegevallen aan boord?
6. Is u enige omstandigheid aan boord bekend welke tot besmetting of verspreiding van ziekte zou kunnen leiden?

Verder geeft de Maritieme Gezondheidsverklaring nog informatie over het aantal bemanningsleden en passagiers, vrijstelling van ontrating en een lijst van de aanloophavens. Het toelaten van het schip tot het vrije verkeer zal afhangen van de informatie in de verstrekte verklaring. In vele havens kan deze toelating reeds vóór aankomst per radio worden aangevraagd. Mogelijk wordt door een havenarts

een bezoek aan boord gebracht om de gezondheidstoestand en de gebeurtenissen die op besmettelijke ziekten zouden kunnen wijzen op te nemen.

Als kort tevoren zich een ernstige besmettelijke ziekte heeft voorgedaan of bij aankomst wordt gevonden, zal (zullen) de patiënt(en) naar alle waarschijnlijkheid naar een isolatieafdeling van een ziekenhuis worden gebracht. Bovendien kan de havenarts isolatie eisen van contacten aan boord en aan de wal voor een periode die overeenkomt met de incubatietijd van de desbetreffende ziekte. Deze eis wordt in de meeste landen slechts zelden doorgevoerd, vooral indien een goede nationale of plaatselijke gezondheidsdienst aanwezig is. De passagiers en de bemanningsleden die willen embarkeren mogen dat onder voorwaarde onder toezicht te blijven (surveillance). Het spreekt vanzelf dat verdere sanitaire maatregelen die tegen een schip zullen worden genomen bepaald worden door de toestanden die aan boord heersen tijdens de reis of bestaan bij de inspectie in de haven.

De door de bedrijfsarts en/of scheepsarts op peil gehouden vaccinaties vormen mede een belangrijk onderdeel in de preventie van allerlei ziekten en maken het de schepeling mogelijk een deel van zijn vaak schaarse vrije tijd in een haven aan de wal door te brengen. ■

### Literatuur

Chirurgijns Zee-Compas. De medische verzorging aan boord van Nederlandse zeeschepen gedurende de Gouden Eeuw. Dr A. E. Leuftink. Uitgave Koninklijke Nederlandse Gist- en Spiritusfabriek N.V., 1964.

Geneeskundige Gids voor Schepen, Nederlandse bewerking van de door de World Health Organization te Genève uitgegeven International Guide for Ships, vertaald en bewerkt door Dr. N. Lubsen, internist en N. Julsing, arts, medisch adviseur van de Scheepvaartinspectie, tweede druk, uitgave Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1977.

Jaarverslag van de Regionale Bedrijfsgezondheidsdienst voor het Havengebied van Rotterdam en Omgeving, 1980.

Keuringsreglement 1966, als bedoeld in artikel 33, eerste lid van het Scheepelingsbesluit, Inspecteur-Generaal voor de Scheepvaart.

Richtlijnen voor het Röntgenonderzoek en aanwijzingen voor de toepassing van het Keuringsreglement 1966, Inspecteur-Generaal voor de Scheepvaart.



# Geneesmiddelenpaspoort onmisbaar voor patiënt

De plaats van het geneesmiddelenpaspoort in de gezondheidszorg

**De Utrechtse apotheker J. M. E. V. Dolmans beschreef met twee van zijn collega's in het vorige MC-nummer aan de hand van enquêteresultaten hoe patiënten omgaan met het geneesmiddelenpaspoort. Thans gaat de heer Dolmans nader in op doelen functie van zo'n paspoort dat hij een onmisbaar document voor de patiënt acht.**

Het geneesmiddelenpaspoort is een document waarop vermeld staat welke geneesmiddelen aan de patiënt zijn afgeleverd. Dit document draagt de patiënt bij zich en is zijn eigendom (Dolmans, 1979). In een aantal plaatsen in Nederland is getracht een geneesmiddelenpaspoort in te voeren. Ondanks goede perscampagnes en een uitgebreide voorlichting aan de patiënt is tot op heden het geneesmiddelenpaspoort vrijwel nergens goed van de grond gekomen. De belangrijkste reden hiervoor is waarschijnlijk de teleurstelling over het effect van het geneesmiddelenpaspoort geweest.

Recentelijk bleek dit nog in Enschede bij een onderzoek onder artsen naar het functioneren van het geneesmiddelenpaspoort (Morselt, 1981). Een onderzoek in Utrecht naar het gebruik van het geneesmiddelenpaspoort door de patiënt laat ons zien dat er bij de patiënt en de arts onduidelijkheid is over de functie van het geneesmiddelenpaspoort en over de waarde ervan voor patiënt en arts (Dolmans, Van Ommereen, Bruinink, 1981). In dit artikel wordt beschreven welke functie het geneesmiddelenpaspoort bezit en welke waarden het voor de patiënt heeft. De functie van het geneesmiddel in de maatschappij en de rol van de arts en de patiënt zullen daarbij eveneens worden besproken.

## De arts en het geneesmiddel

### a. De kennis van het geneesmiddel

Een aantal artsen neemt vaak een passie-

ve houding aan als het gaat over het geneesmiddelenpaspoort. Er wordt dan gesproken in de trant van: 'die onzin, het gaat toch goed'. Ik heb de indruk dat deze houding te herleiden is tot het verleden. Ongeveer vijftig jaar geleden waren er nauwelijks geneesmiddelen te verkrijgen. Het was toen ook niet moeilijk om een optimale farmacotherapeutische kennis van deze geneesmiddelen te bezitten. Ook vijftien jaar geleden was het arsenaal geneesmiddelen nog te overzien. In ieder geval was datgene wat op het moment farmacotherapeutisch bekend was overzichtelijk en voor de arts nog bij te houden, weliswaar met enige moeite.

De laatste vijftien jaar is de ontwikkeling echter zeer snel gegaan. Er zijn veel nieuwe sterk werkende geneesmiddelen bijgekomen en het aantal geneesmiddelen binnen dezelfde farmacotherapeutische groep is sterk uitgebreid, waardoor de keus groot is geworden. Ook de stroom van informatie over de geneesmiddelen is onafzienbaar geworden. Bovendien heeft het vak farmacotherapie er nieuwe dimensies bij gekregen, zoals de biofarmacie, de farmacokinetiek en de farmacodynamiek. Tenslotte zal door de hoge prijs van het geneesmiddel en het sterk gestegen verbruik het kostenaspect mede de keus van het geneesmiddel moeten bepalen.

Welke praktiserende arts heeft deze ontwikkelingen bij kunnen houden en kan ze nog bijhouden? Een enkele duizendpoot misschien.

### b. De functie van het geneesmiddel

Ongeveer vijftig jaar geleden ontbrak het de arts aan kennis en middelen om het merendeel van de problemen en ziekten van zijn patiënten te verhelpen. Hij moest ervaren dat hij als hulpverlener in een aantal situaties vaak machteloos was. Vele patiënten deden (en doen nog) gedreven door angst een sterk emotioneel beroep op de arts. Deze wilde wel wat doen, maar zijn mogelijkheden waren beperkt.

Hierdoor voelde hij zich soms onzeker en kon hij zich zelfs schuldig gaan voelen

tegenover de patiënt. Een dergelijke emotionele druk van de patiënt op de arts in moeilijke omstandigheden zal altijd blijven bestaan, hoe groot de kennis ook is en hoe goed de technische middelen die de arts tot zijn beschikking heeft ook zijn. Dit behoort tot het mysterie van de mens. De ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waarbij de ontdekking van de penicillines een zeer belangrijke plaats innam, gaf de arts de mogelijkheid het geneesmiddel aan te bieden als een soort reddend middel. Op deze manier kwam hij onder de emotionele druk van de hulpvrager uit. Dat de meeste geneesmiddelen die na de penicillines zijn ontwikkeld niet genezend zijn, maar enkel symptomen bestrijden, werd in eerste instantie nauwelijks opgemerkt.

De geneesmiddelenindustrie heeft mede door een slimme reclame en door hun methoden van voorlichting bij de artsen dit beeld van het geneesmiddel – reddend middel – gestimuleerd. Nog steeds wordt in reclames van de geneesmiddelenindustrie op het onzekere gevoel en het schuldgevoel van de arts ingespeeld. In de trant van: 'dit geneesmiddel kunt u uw patiënt of uzelf niet onthouden'.

## Het effect van het geneesmiddel bij de mens

Het is hier niet de plaats om uitgebreid in te gaan op de werking en bijwerking van het geneesmiddel bij de mens. De literatuur en de gegevens van de fabrikanten van de geneesmiddelen maken ons onomwonden duidelijk dat er goede en slechte kanten aan het geneesmiddel zitten. Het is echter onmogelijk precies na te gaan welke de goede en welke de slechte effecten van het geneesmiddel zijn. Daarbij komt nog dat deze effecten per individu verschillend zijn.

Het lichaam wordt globaal in evenwicht gehouden door het remmende en stimulerende systeem van het centrale en autonome zenuwstelsel. Het zenuwstelsel zet de organen en functies in het lichaam aan tot verlaging en/of verhoging van activiteiten. Hierdoor is het lichaam in staat binnen een bepaalde marge te compense- ▶

ren. Wanneer we deze marge overschrijden kunnen we nooit voorspellen. Daarvoor zouden onder andere de condities van alle organen en functies in het lichaam bekend moeten zijn.

We weten in feite dus weinig over de reacties van het lichaam, indien wij bepaalde organen of functies in het lichaam remmen of stimuleren. Wat doet bijvoorbeeld een bèta-blokker precies in het lichaam van de patiënt? Door een beïnvloeding van het autonome zenuwstelsel beïnvloedt hij vrijwel alle organen en functies in het lichaam. Maar hoe, waar, in welke mate en wat de gevolgen daarvan zijn weet niemand precies.

Zo is bijvoorbeeld weinig bekend over de invloed van een bèta-blokker op het gedrag van de mens. Dit betekent echter nog niet dat een bèta-blokker daar géén invloed op heeft. Jarenlang hebben veel wetenschappers beweerd dat de benzodiazepines, (bijvoorbeeld mogadon en valium) geen ernstige bijwerkingen zouden bezitten, terwijl deze geneesmiddelen wel het centrale zenuwstelsel beïnvloeden. Hoewel we altijd hebben geweten dat het centrale zenuwstelsel een rol speelt bij alle processen in het lichaam, werd toch met stelligheid beweerd dat we er alleen maar van zouden gaan slapen en/of er rustig van zouden worden.

Verder dus geen problemen. Eventuele veranderingen in het gedrag van de mens, dat wil zeggen een verandering van het mens-zijn, werden niet als bijwerking ervaren. Pas sinds kort vraagt men zich in farmacotherapeutische kringen af of deze middelen het gedrag van de mens beïnvloeden en – zo ja – of dit wel acceptabel is.

Wat er in het lichaam gebeurt indien een patiënt meerdere geneesmiddelen gelijktijdig gebruikt is nooit met zekerheid vast te stellen. Toch menen velen zich, vaak op dubieuze gronden, een oordeel te kunnen vormen over de schadelijke effecten van combinaties van geneesmiddelen op de mens. De uiteindelijke conclusie van het volgende voorbeeld moge dit illustreren (Dukes, 1974). Ik citeer: 'Een patiënte werd in een Londens universitair ziekenhuis opgenomen met een regime van veertien verschillende geneesmiddelen per dag, waaronder een aantal krachtig werkende stoffen die een waarachtige matrix van interactiemogelijkheden schenen te bieden. Onmiddellijk na de opname werd de toediening van dertien van de veertien geneesmiddelen stopgezet. Als gevolg hiervan werd de toestand van de patiënte niet slechter, maar ook niet beter. Barbituraten, corticosteroi-

den, antidepressiva, analgetica, relaxantia: ze had ze allemaal weten te verwerken, te verwijderen en te negeren. Voor zoiets mag de farmacotherapeut af en toe tegenover de natuur zijn pet afnemen.'

Ik vraag mij af hoe de auteur weet dat de patiënt deze geneesmiddelen heeft weten te verwerken en dat het lichaam van de patiënt deze geneesmiddelen heeft genegeerd? Ook vraag ik mij af hoe de auteur weet of de patiënt niet al blijvend beschadigd was door zijn geneesmiddelengebruik vóór de opname? Welke criteria gelden bij een beoordeling van deze feiten? Dat de patiënt nog leeft?

De auteur van bovenstaand voorbeeld concludeert aldus: 'Het feit dat het lichaam gelukkig zo kan reageren betekent in feite dat de farmacotherapeut meer vrijheid van handelen/mishandelen geniet, dan hij eigenlijk volgens de theorieën behoort te bezitten.'

Dit soort verhalen, welke nog steeds graag door artsen als stokpaardje worden verteld maar die in werkelijkheid bedroevend zijn, vormen vaak de basis om maar door te gaan met het al te gemakkelijk voorschrijven van geneesmiddelen. Wij pretenderen veel te weten over de schadelijkheid en onschadelijkheid van geneesmiddelen voor het menselijk lichaam. Het grote aantal 'wetenschappelijke' publikaties doet dit ook vermoeden. Niet iedere wetenschappelijke informatie is echter ook juist gebleken (Nieuwenhuis, 1979). In feite kunnen wij niet alle gevolgen van het geneesmiddelengebruik overzien.

### De patiënt en het geneesmiddel

De patiënt is vanouds niet gewend geweest om aan de arts over zijn ziekte en zijn geneesmiddelen kritische vragen te stellen. Dit is heel begrijpelijk als we bedenken dat er vroeger (zo'n halve eeuw geleden) ook weinig was te vragen. Er waren immers nauwelijks geneesmiddelen en van de meeste ziekten was weinig bekend. Tegenwoordig zijn er echter zeer veel (ongeveer 3500) verschillende geneesmiddelen beschikbaar. Zoals ik eerder beschreef hebben de geneesmiddelen naast hun goede werking, ook schadelijke en onbekende effecten op de mens. Alvorens een patiënt een geneesmiddel gaat gebruiken zullen de voordelen en nadelen van wel of niet gebruiken moeten worden afgewogen. Bij deze afweging zal ook de levensinstelling van de patiënt moeten worden betrokken. Het (willen) verdragen van pijn zal bijvoorbeeld per patiënt verschillend zijn. Het is

onjuist als de levensinstelling van de arts hierbij doorslaggevend is.

Het is mijns inziens ook onjuist dat alleen de arts verantwoordelijkheid draagt voor het gebruik van geneesmiddelen waarvan hij de werking en het effect niet precies kent. De arts moet dan ook open kaart spelen met zijn patiënt. Vele patiënten denken of hopen dat het geneesmiddel (als reddend middel) hun probleem zal oplossen. Wat weten zij van symptomatische geneesmiddelen af?

De arts moet dus aan de patiënt duidelijk maken wat het geneesmiddel doet, dat wil zeggen voor zover mogelijk de positieve en negatieve kanten van het geneesmiddel aangeven. Daar waar mogelijk zal de arts dan aan de patiënt de keus moeten laten om een geneesmiddel wel of niet te gebruiken. Zo wordt de patiënt medeverantwoordelijk voor zijn geneesmiddelengebruik. De keuze van de patiënt kan natuurlijk ook zijn dat de arts de beslissing moet nemen. De patiënt moet dit dan wel aan zijn arts kenbaar maken.

### Functie geneesmiddelenpaspoort

In het voorgaande heb ik getracht duidelijk te maken, dat het geneesmiddel niet alleen de rol heeft van reddend middel. Het geneesmiddel kan genezen maar het kan ook beschadigen. Het geneesmiddel kan levensreddend maar ook dodend zijn. Verder heb ik trachten uit te leggen dat de patiënt medeverantwoordelijk is voor zijn eigen geneesmiddelengebruik. Dit kan mijns inziens echter alleen als de patiënt: 1. voldoende informatie krijgt over zijn geneesmiddelengebruik; 2. een overzicht heeft in de vorm van een document waarop duidelijk wordt vastgelegd wat hij gebruikt en heeft gebruikt: het geneesmiddelenpaspoort, een historisch overzicht van het geneesmiddelengebruik van de patiënt.

Om een optimaal geneesmiddelengebruik voor de patiënt te verkrijgen zullen zowel de patiënt als de deskundige hulpverleners, de arts en de apotheker, moeten samenwerken. Samen bewaken zij dan het gebruik (de medicatie) van de patiënt (medicatiebewaking). De patiënt doet aan medicatiebewaking met behulp van zijn geneesmiddelenpaspoort; de arts en de apotheker met behulp van hun eigen patiëntenkaarten (computergegevens). Ik wil hier echter heel duidelijk stellen dat het geneesmiddelenpaspoort geen document voor de arts is om zijn medicatiebewaking mogelijk te maken. Het geneesmiddelenpaspoort is een document van de patiënt en voor de patiënt. ►



## Het gebruik door de patiënt

Globaal zou ik drie groepen mensen willen onderscheiden die in relatie tot de patiënt functioneel anders zijn en die voor zijn keuze met betrekking tot zijn geneesmiddelengebruik medebepalend zullen zijn, te weten:

1. de patiënt zelf en zijn directe omgeving: familie, vrienden en mensen van zijn werk;
2. de arts, huisarts, waarnemend arts en de arts-specialist;
3. overige hulpverlenende disciplines, zoals de apotheker, de wijkverpleging, het maatschappelijk werk, de bejaardenzorg, etc.

Hierbij dient echter te worden opgemerkt dat de rol van de apotheker tweeledig is. Enerzijds staat de apotheker open voor een direct contact met de patiënt om vragen over geneesmiddelen te beantwoorden, anderzijds beïnvloedt de apotheker indirect het geneesmiddelengebruik van de patiënt door de arts waar nodig als geneesmiddelenskundige terzijde te staan. De samenwerking tussen arts en apotheker laat ik hier echter buiten beschouwing (Dolmans, 1977, Van der Does 1981).

### 1. De patiënt in relatie tot zichzelf en zijn directe omgeving

De patiënt praat over het algemeen veel met familie, vrienden of op zijn werk over de geneesmiddelen die hij moet gebruiken. In zijn dagelijkse contacten verzamelen deze gesprekken vaak onder andere door een slechte informatie(overdracht) over zijn geneesmiddelengebruik. De meeste mensen hebben er geen idee van wat zij zoal in hun leven aan geneesmiddelen hebben geslikt. Omdat zij deze informatie niet bij de hand hebben zal een goede evaluatie van het geneesmiddelengebruik voor hen heel moeilijk worden. Indien de patiënt een geneesmiddelenpaspoort bezit (historisch overzicht van zijn geneesmiddelengebruik) zal zowel het praten over zijn geneesmiddelengebruik als een evaluatie van zijn geneesmiddelengebruik efficiënter kunnen zijn. Ook kan een historisch overzicht voor de patiënt zeer confronterend werken. Dit kan hem stimuleren alleen geneesmiddelen te gebruiken die hij echt nodig heeft.

### 2. De patiënt in relatie tot zijn arts

De arts is wat betreft het geneesmiddelengebruik voor de patiënt sterk medebepalend. Veelal weet de arts wat de patiënt

gebruikt. In de praktijk komt het echter ook voor dat de behandelend arts niet op de hoogte is van het geneesmiddelengebruik van de patiënt. Met name als de arts een waarnemer is, of als de patiënt onlangs medicijnen van een andere arts heeft voorgeschreven gekregen (bijvoorbeeld een specialist) bestaat de mogelijkheid dat de medicatie nog niet is doorgegeven. Daarbij komt dat de communicatie tussen de arts en de patiënt over de vraag, welke geneesmiddelen de patiënt gebruikt vaak problemen geeft.

Deze communicatie geschiedt op twee manieren: 1. mondeling: de patiënt zal door de onbekendheid met de geneesmiddelennamen niet altijd in staat zijn adequate antwoorden aan de arts te geven; 2. door het meenemen van de medicijnpotjes: dit is zeker geen ideaal middel voor informatie-overdracht.

Bij een dergelijke informatie-overdracht weet de arts meestal alleen wat de patiënt op dat moment gebruikt. Kennis van de geneesmiddelenhistorie van de patiënt zou de arts kunnen doen besluiten een andere behandelingswijze te kiezen dan hij in eerste instantie van plan zou zijn. Kortom, een geneesmiddelenpaspoort kan er voor zorg dragen dat de arts:

1. een geneesmiddelenkuur die blijkbaar niet hielp niet nogmaals zal proberen;
2. communicatiestoornissen tussen artsen en vertragingen bij het doorgeven van het geneesmiddelengebruik ondervangt;
3. geen ongewenste combinaties van geneesmiddelen voorschrijft;
4. niet te veel geneesmiddelen voorschrijft;
5. informatie krijgt over de therapietrouw van de patiënt.

Op deze wijze kan het geneesmiddelenpaspoort een bijdrage leveren aan de medicatiebewaking door de arts ten dienste van de patiënt.

### 3. De patiënt in relatie tot zijn overige hulpverleners

Vooral de oudere patiënten worden vaak door andere hulpverleners dan de arts begeleid bij hun ziekte. Voor deze hulpverleners kan het van belang zijn dat zij juiste informatie hebben over het geneesmiddelengebruik van de patiënt. De wijkverpleging wordt bijvoorbeeld met oudere patiënten geconfronteerd die niet altijd meer in staat zijn adequaat met hun medicijnen om te gaan.

Patiënten willen ook graag met andere disciplines dan de arts over hun ziekten en hun geneesmiddelengebruik praten. Daarbij is de historie van hun geneesmid-

delengebruik vaak heel belangrijk. De veel gehoorde opmerking 'Ik heb van alles geprobeerd, kijkt u zelf maar eens' bevestigt dit. Een geneesmiddelenpaspoort zou deze disciplines beter kunnen doen functioneren bij de begeleiding van het geneesmiddelengebruik van patiënten. Ze zouden dan adequater kunnen ingaan op vragen die patiënten hierover stellen.

## Samenvatting en commentaar

In dit artikel heb ik getracht het geneesmiddelenpaspoort een plaats te geven binnen de gezondheidszorg. Centraal staat hierbij dat het geneesmiddelenpaspoort een document van en voor de patiënt is.

Door de rol en de functie van het geneesmiddel in de maatschappij uitgebreid te belichten heb ik willen duidelijk maken, waarom de patiënt zo mogelijk zelf de keus moet maken of hij een geneesmiddel wel of niet gebruikt. Deze keus kan hij alleen doen na een zorgvuldige afweging van de feiten. De arts zal de patiënt hier toe de juiste informatie over zijn ziekte en het mogelijke geneesmiddelengebruik moeten verschaffen. Ook de kennis van de apotheker over de geneesmiddelen zal voor de patiënt onmisbaar zijn (Dolmans 1977, Van der Does, 1981, Van der Poel 1981).

In dit artikel heb ik verder beschreven welke functie het geneesmiddelenpaspoort heeft en welke waarden het voor de patiënt kan hebben. Kort samengevat luiden deze aldus:

- het is een manier om de patiënt bij zijn therapie te betrekken;
- het verschaft de patiënt een historisch overzicht over zijn geneesmiddelengebruik;
- het verschaft de patiënt de mogelijkheid om met andere disciplines (bijvoorbeeld wijkverpleging, maatschappelijk werk) dan de arts of apotheker over zijn geneesmiddelengebruik te praten;
- het verschaft de arts een directe up to date-informatie over het gebruik van geneesmiddelen welke onder andere door andere artsen zijn voorgeschreven. Het kan een aantal communicatiestoornissen tussen artsen onderling en tussen arts en patiënt voorkomen.

Toets ik de mening van de Werkgroep Medicatiebewaking (rapport 1980) over het geneesmiddelenpaspoort aan de inhoud van dit artikel dan kom ik tenslotte tot het volgende commentaar: ►

Het rapport van de 'Werkgroep Medicatiebewaking' stelt dat de belangrijkste functie van het geneesmiddelenpaspoort is: het mogelijk maken van de medicatiebewaking door de arts en apotheker. Het rapport vermeldt slechts ten dele en summier de overige waarden die het geneesmiddelenpaspoort voor de patiënt heeft. De werkgroep concludeert ook: 'De Werkgroep acht het geneesmiddelenpaspoort van belang voor een sluitende medicatiebewaking' (door de arts). Dat de werkgroep niet zo goed raad weet met het geneesmiddelenpaspoort blijkt uit de formulering van de conclusie en de motivering hiervan in het rapport. Deze visie op het geneesmiddelenpaspoort komt mijns inziens voort uit de beperkte definitie van het begrip medicatiebewaking welke door de werkgroep wordt gehanteerd. Volgens mij hoort het uitgangspunt te zijn dat het geneesmiddelenpaspoort de patiënt een registratiemogelijkheid biedt waarmee de patiënt zijn eigen medicatie bewaakt. Men moet in dit verband niet vergeten, dat de contacten van de patiënt met de hulpverlenende disciplines verder reiken dan de arts en de apotheker. Ik betreur het dat de werkgroep in dezen de rol van de patiënt niet heeft genoemd. Volgens mij zou de definitie als volgt moeten luiden: 'Medicatiebewaking is

\* Met dank aan Riekert Bruinink, Ghislaine Dolmans, Ruth Keller en Gerrit van Ommeren, die mede dit artikel hebben mogelijk gemaakt.

het zowel door arts als apotheker' (hier invoegen: 'als patiënt') 'in beginsel ieder voor zich op grond van zijn eigen taak en verantwoordelijkheid verzamelen en ordenen van de op de patiënt betrekking hebbende gegevens, met inbegrip van de gegevens over reeds verstrekte geneesmiddelen, teneinde zo goed als mogelijk te kunnen beoordelen of het gebruik van een voor deze patiënt bestemd geneesmiddel zal kunnen leiden tot het optimaal verlopen van de beoogde farmacotherapie met een voor hem zo gering mogelijk risico'.

Indien de werkgroep deze visie zou delen zou haar conclusie ook luiden: 'Het geneesmiddelenpaspoort is een onmisbaar document in het bezit van de patiënt.'

### Samenvatting

Dit artikel\* beschrijft het doel en de functie van het geneesmiddelenpaspoort. Eerst wordt er beschreven hoe de patiënt en de arts met het geneesmiddel omgaan en welke effecten het geneesmiddel op de mens kan hebben. Vervolgens wordt aangegeven hoe de patiënt het geneesmiddelenpaspoort kan gebruiken. Hierbij staat centraal dat het geneesmiddelenpaspoort eigendom is van de patiënt en dat het aan de patiënt een mogelijkheid geeft zijn eigen medicatiebewaking te realiseren. Er wordt tenslotte geconcludeerd dat het geneesmiddelenpaspoort een onmisbaar document is voor de patiënt. ■

### Literatuur

Does, E. van der, G. Th. van der Poel, M. Pannevis (1981). Aspecten van de samenwerking huisarts-apotheker. Pharm. Weekblad 116, 601.

Dolmans, J. M. E. V., H. J. de Bruin en F. A. Nelemans (1977). Samenwerking huisarts en apotheker. Medicatiebewaking en geneesmiddelenpaspoort. Pharm. Weekblad 112, 960; idem Medisch Contact 32, 1149.

Dolmans, J. M. E. V., P. B. Mertens (1979). Geneesmiddelenpaspoort, gebruik en toelichting. Pharm. Weekblad 114, 1157.

Dukes, M. N. G. (1974). Interactie van geneesmiddelen als een maatschappelijk probleem. Pharm. Weekblad 109, 349.

Morselt, A. M. M., W. A. M. van de Berg (1981). Het geneesmiddelenpaspoort: kopie van de patiënt-medicatiekaart in de apotheek. Pharm. Weekblad 116, 477.

Nieuwenhuis, J. L. M. (1979). Verantwoord geneesmiddelengebruik in een nieuwe wereld. Pharm. Weekblad 114, 1125.

Poel, G. Th. van de, E. van der Does, M. Pannevis (1981). Beschrijving van de samenwerking tussen Rotterdamse huisartsen en een apothekersgroep. Pharm. Weekblad 116, 604.

Rapport Werkgroep Medicatiebewaking (concept), september 1980.

Dolmans, J. M. E. V., G. J. van Ommeren, R. J. Bruinink (1981). Het geneesmiddelenpaspoort. Een onderzoek naar het gebruik van het geneesmiddelenpaspoort door de patiënt. MC nr. 48/1981.

# Praktijk perikelen

## Oprecht

*Als nog niet gevestigd huisarts, op zoek naar een praktijk c.q. associatiemogelijkheid, reflecteer je natuurlijk op iedere oproep in de medische vakbladen. Je geeft wat bloot van je persoonlijkheid. Antwoord krijg je meestal niet van je collegae. Een uitzondering werd gevormd door het volgende briefje:*

*'Geachte collega,  
Onze hartelijke dank voor uw reactie op onze advertentie in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde onder nummer 566.*

*Zoals u zult vermoeden zijn er vele reacties gekomen, welke wij zo zorgvuldig mogelijk hebben geselecteerd. Tot onze spijt valt u buiten deze selectie.*

*Mogen wij u echter oprecht veel succes toewensen bij uw verdere stappen om tot een praktijkvestiging te geraken?*

*Collegialiter,*

.....

*Wel antwoord, maar dan van collega Anoniem.*

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

# MEDISCH CONTACT

nummer 49 – 4 december 1981 – 36e jaargang

## KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

### Dagelijks bestuur

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

### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

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

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

### Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen (LVSG)

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

### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

### Sociaal-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 Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

# LSV

van het centraal bestuur

## Kandidaatstelling

Ter ledenvergadering dd. 17 december 1981, naar aanleiding van agendapunt 5.b:

In verband met de vervulling van de vacature, ontstaan door het tussentijds aftreden van Dr. H. P. J. Winters, plastisch chirurg te Lochem, wordt door het centraal bestuur kandidaat gesteld: H. C. van Soest, radioloog te Nieuwerkerk a/d IJssel.

Namens het centraal bestuur der LSV,

Dr. J. W. Imhof, secretaris.

## Informatiereeks

In de LSV-informatiereeks zijn tot nu toe de volgende brochures verschenen:

- 'Basisinformatie omtrent de LSV' (gratis uitgave voor (adspirant) LSV-leden);
- 'Model-associatiecontract voor medisch specialisten', nummer 2, mei 1979;
- 'De beroepsverantwoordelijkheid en -aansprakelijkheid van de specialist', nummer 3, juni 1979;
- 'De relatie specialist/verpleegkundige', nummer 4, augustus 1979;
- 'Statuten en huishoudelijk reglement der LSV', ongenummerd, november 1979;
- 'Intercollegiale toetsing medisch specialisten', nummer 6, mei 1980;
- 'Beroepspensioen medisch specialisten', nummer 7, oktober 1980.

Niet LSV-leden kunnen de brochures bestellen door overmaking van f 6,— (inclusief verzendkosten) per exemplaar op postgiro 58083 of op rekeningnummer 45.64.48.969 van de Amro Bank te Utrecht, ten name van de KNMG, onder vermelding van het LSV-brochurenummer en/of de titel. Het gironummer van de bank is 2900.

Namens het centraal bestuur,

Dr. J. W. Imhof, secretaris.

# SNH

## SNH-voorzitter W. Derksen over nascholingsproblemen

Ter opening van de bijeenkomst van de Nascholingsraad van de Stichting Nascholing Huisartsen op donderdag 5 november 1981 heeft SNH-voorzitter W. Derksen de volgende inleiding gehouden:

Het afgelopen jaar is in bestuurlijk opzicht zeer druk geweest en dat zal het voorlopig nog wel blijven. Met name intern, zowel binnen onze SNH-structuur als naar de moederorganisaties, het NHG en vooral de LHV. Naar onze mening is de hieraan bestede tijd zeer nuttig geweest; verkeerde beeldvorming lijkt voor een groot deel weggenomen, meer kennis en begrip lijkt te zijn ontstaan over plaats, taken en mogelijkheden. Wij hebben er het volste vertrouwen in dat in even goede en open samenspraak ook voor de noordelijke provincies een bevredigende en werkbare SNH-structuur zal ontstaan.

Reeds eerder is onzerzijds beweerd dat de werkers er niet zijn voor de structuur, maar dat de structuur er voor de werkers is. Als wellicht, in tijd en plaats bepaald, deze structuur te wensen over laat, moet in onderling overleg naar de gewenste aanpassing worden gestreefd. Het SNH-bestuur is daartoe bereid, hoewel wij van mening zijn dat de ongeveer tien jaar geleden opgezette structuur, mits goed ingevuld, in principe en ook voor de toekomstige, externe ontwikkelingen de juiste is.

Externe ontwikkelingen: daarbij denk ik vooral aan het Post Academisch Onderwijs Geneeskunde. In de afgelopen paar jaren is wel eens gesuggereerd dat wij het PAOG als een soort boeman naar de achterban zouden gebruiken. De gegevens die sindsdien dezelfde achterban bereikten hebben een aantal onzer toch wel aan het denken gezet.

In mijn toelichting op de problematiek ga ik uit van een gegeven onzerzijds en twee premissen voor wat betreft het PAOG:

Het gegeven onzerzijds: In de loop der jaren heeft zich een zich zeer sterk uitbreidende hoeveelheid en variëteit nascholing voor en door huisartsen ontwikkeld. Hierbij praat ik niet over cursussen uitgaande van de industrie, klinische bijeenkomsten, etcetera, maar over de vele soorten blok-, Warffum- en andere cursussen, die door onze eigen mensen, soms in samenwerking met een faculteit, worden georganiseerd en waarbij veelal zogenaamde perifere specialisten als consulent optreden; dit tot tevredenheid zowel van deelnemers als van consulenten. Bovendien gaat dit tegen aanvaardbare kosten, een facet waarop ik later nog terugkom.

Thans de premissen voor wat betreft het PAOG: 1. Het PAOG is een wettelijke affaire. Het gaat dus niet aan om te zeggen, zoals wel gehoord: 'Wij trekken ons er niets van aan, wij gaan onze eigen gang en met het PAOG hebben wij niets te maken.' Men diene zich te realiseren dat een consequent doorgevoerde houding in dezen gelijk staat met burgerlijke ongehoorzaamheid, met alle gevolgen van dien. 2. In het kader van de wet is het Post Academisch Onderwijs opgedragen aan de wetenschappelijke onderwijsinstellingen, dus de faculteiten, 'zoveel mogelijk in samenwerking met derden'.

Op dit punt beginnen de moeilijkheden. In de tweede interimrapportage PAOG, toegespitst op de huisartsen, is de SNH als vertegenwoordiger van de beroepsgroep huisartsen erkend. Ook van overheidswege is de gelijkwaardigheid van de beroepsgroep in relatie tot de WO-instel-

lingen op de diverse niveaus ten behoeve van het PAOG steeds erkend. Het blijkt echter dat diverse faculteiten er moeite mee hebben, of gaan krijgen, de huisarts als gelijkwaardige partner te zien. Toch zal men daar uit die ivoren toren moeten komen, dan wel daarin een gelijkwaardige plaats voor ons inruimen. Wij huisartsen kunnen voor onze nascholing best zonder de hulp van de faculteiten – zo is het overwegend tot nu toe gegaan – maar de faculteiten kunnen, als ze wat willen organiseren, niet zonder ons, 'consumenten'.

Soms wordt twijfel uitgesproken over de capaciteiten, onderwijskundige of andere, van de perifere specialisten ten opzichte van de universitaire. Dit argument lijkt me niet houdbaar als die specialisten wel goed genoeg zijn voor opleiding van assistenten en co-assistenten. Begrijp me goed, ik heb niets tegen de faculteiten, integendeel, ik ben van mening dat we in gezamenlijkheid veel voor de nascholing van huisartsen kunnen doen, maar wel in gezamenlijkheid. Dit klemt te meer, daar toch ook bijvoorbeeld de internisten hun eigen nascholing niet door chirurgen zullen laten bepalen. Wij vormen een eigen discipline en we willen uiteraard ook in de nascholing met anderen samenwerken, maar wel als volwaardige partner.

Dat ik hierop zo de nadruk leg, komt mede door wat negatieve berichten die ons vanuit de periferie bereiken. Soms noemen aan de faculteit verbonden commissies zich PAOG-commissies, zonder dat in de samenstelling hiervan de wettelijke bepaling van 'samenwerking met derden' gestalte krijgt. Soms komt het voor dat een aan een faculteit verbonden functionaris van mening is dat een door de huisartsen georganiseerde cursus niet een PAOG-stempel (wat dat op dit moment dan ook zijn moge) kan krijgen, waarmee een dergelijke functionaris zich een bevoegdheid aanmeet welke hij helemaal niet heeft. Wij verzetten ons tegen een dergelijk optreden vanuit de faculteiten en verzoeken u dit zonodig in uw regio eveneens te doen en ons daarover dan te informeren.

Pratend over het PAOG, moeten ook de kosten ter sprake komen. Welnu, wanneer deze in de toekomst zouden moeten worden aangepast aan de PAO-normen, dan kan, op grond van nu al beschikbare gegevens, zonder overdrijving worden gesproken van een kostenexplosie. Wellicht zijn onze eigen cursussen te goedkoop, maar de PAO-becijferingen die ons tot nu toe hebben bereikt laten een onacceptabele stijging zien die een belemmering voor de PAOG-ontwikkeling zou kunnen vormen. Wij hebben niet nagelaten in de afgelopen jaren hierop bij herhaling te wijzen en zullen dat blijven doen.

Ten dele met de kosten samenhangend zijn de geluiden over verplichte nascholing. Ook uit onze eigen beroepsgroep komen deze geluiden en men vraagt zich af of de aanhangers van deze filosofie de consequenties wel goed hebben overdacht. Voor wie zou verplichte nascholing moeten gelden? Waarschijnlijk wordt bedoeld op de groep die we weinig of nooit bij nascholings evenementen zien. Is daarmee ook vastgesteld dat die groep inderdaad niet aan nascholing doet, of wordt dat gekoppeld aan bepaalde vormen? Is al vastgesteld dat diegenen die we 'nergens' zien onvoldoende kwaliteit leveren in hun dagelijks werk en niet up to date zijn? En als we dat al zouden hebben vastgesteld, weten we dan tot welke cursusvormen de huisartsen zouden moeten worden verplicht, met andere woorden: weten we al genoeg af van het effect van genoemde cursusvormen om ex cathedra te beweren dat de tekortschietende collega (door wie is dat tekortschieten geconstateerd en volgens welke normen?) zijn werk beter zal gaan doen als hij enkele bepaalde cursussen gevolgd zal hebben?

Zou het niet verstandig zijn, als men over verplichte nascholing praat, daar nog een 'mits' aan toe te voegen en wel mits daarbij op zijn minst ook het financiële kader adequaat vastgesteld is, waarbij ik niet alleen de cursuskosten sec betrek, maar ook de waarnemingskosten, een punt waarover veel te gemakkelijk werd en wordt heengelopen, ook in het tweede interimrapport-PAOG.

Naar mijn mening is alle gepraat over verplichte nascholing prematuur. Eerst zal de toetsing van het medisch handelen van de huisarts dienen

te worden ontwikkeld en dat is nog een lange weg om te gaan; daarnaast zal een onderwijskundige en effectevaluatie van onze diverse cursussen dienen plaats te vinden, teneinde de zin of onzin van alle gespendeerde tijd en kosten van onze cursussen na te gaan. Op dit laatste punt, de evaluatie van bepaalde cursusvormen, is de SNH actief en waarschijnlijk zullen we op korte termijn via de voorbereidingscommissie Post Academisch Onderwijs Huisartsgeneeskunde tot een uitwerking kunnen komen.

Kort samengevat: Wij zien voorsnog niets in een verplichte nascholing, waar niet gemotiveerde mensen wat extra vrije tijd krijgen en niet participeren. Er moet een nascholingsattitude zijn, men moet behoefte hebben aan zowel wetenschappelijk als technisch bij blijven in de snelle ontwikkelingen in een boeiend vak. De sociale controle via onze kleinste functionele eenheid, de waarnemingsgroep, gekoppeld aan een nascholingsattitude waarvan ik verwacht dat die de snel groeiende groep jongere collegae via de al jaren functionerende specifieke beroepsopleiding zal worden bijgebracht door de universitaire huisartseninstituten, doet mij ons standpunt nog eens in één zin herhalen: 'Nascholing is plicht, maar dient niet verplicht te worden gesteld.'

Nog kort enkele punten waarmee wij ons bezig houden: De huisarts wordt overstroomd met soms zeer goede periodieken, veelal uitgegeven of gesponsord door de farmaceutische industrie. Dit heeft ondertussen een omvang aangenomen dat het nauwelijks allemaal nog leesbaar is door tijdgebrek. In het bestuur van de SNH is sinds enige tijd een discussie op gang gekomen of we zoiets zelf niet zouden moeten doen. Het is nogal wat, ook qua workload en voordat er beslissingen vallen zullen wij onze ideeën bijtijds hier in de Nascholingsraad en in kleiner verband bijvoorbeeld in het coördinatorenoverleg toetsen.

Met vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie is enkele malen verkennd overleg geweest. Hiervoor zijn verschillende redenen: soms beweegt de industrie zich op nascholingsgebied en – gezien de belangstelling van onze achterban – niet zonder succes, daarmee regionaal wel eens andere nascholingsactiviteiten doorkruisend. Verder is de industrie veelal in staat bij cursussen hulp van infrastructurele aard te verlenen. Voorts speelt ook een rol dat de ledenvergadering van de LHV op 23 september jl. heeft uitgesproken dat de SNH ook eens naar andere inkomstenbronnen zou moeten kijken dan alleen de LHV-begroting. Wellicht dat hier ook mogelijkheden liggen.

Dit alles samenvattend, zou ik willen zeggen dat op een zo beperkt lijkend terrein als de nascholing van huisartsen veel werk is te doen, primair in het belang van de beroepsgroep der huisartsen en hun plaats in de gezondheidszorg. In dit verband wil ik hier eens mijn grote waardering uitspreken voor de inzet en betrokkenheid van mijn medebestuurleden en van onze bureaufunctionarissen, collega Van der Feen en mevrouw Koers. In een goede sfeer, ook onder de druk van de problemen van het afgelopen jaar, wordt er hard gewerkt en mijns inziens ook wat bereikt, al is niet alles direct zo zichtbaar.

Waar in de toekomst de nascholing zich in de uitwerking vooral op regionaal niveau zal manifesteren, zal voor het behoud van een kwalitatief goede nascholing voor huisartsen op acceptabele voorwaarden, waaronder ik dus versta de inbreng van de beroepsgroep en de financiële zijde van het geheel, een optimale relatie en informatie-uitwisseling tussen u als periferie en ons als centrale organisatie nodig blijven.

# SRC

## Nieuwe inschrijvingen

De Specialisten Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, heeft in de periode van 1 juli t/m 30 september 1981 de navolgende specialisten ingeschreven:

### Anesthesiologie

- Mw. J. E. Arends, Prinsenhofsteeg 2, 1012 EE Amsterdam, per 1-7-1981  
 N. P. de Bruijn, Oegstgeesterweg 76, 2231 BA Rijnsburg, per 1-9-1981  
 Dr. J. A. J. Czudowski, Hamarpad 1, 2905 AH Capelle a/d IJssel, per 18-8-1981  
 Mw. M. Feenstra, Het Karveel 36, 1398 BX Muiden, per 1-12-1980  
 Mw. E. A. M. Heitkönig, Sumatraplein 40, 6524 KH Nijmegen, per 1-8-1981  
 K. Jacz, van Baerlestraat 48<sup>III</sup>, 1071 AZ Amsterdam, per 16-7-1981  
 Mw. A. Kranenburg-van Leeuwen, Magda Janssenslaan 66, 3584 GR Utrecht, per 1-5-1981  
 S. de' Liguori Carino, Wijngracht 45, 6461 AL Kerkrade, per 2-7-1981  
 B. W. Mooi, Helperzoom 207, 9722 BL Groningen, per 16-3-1981  
 R. van Rantwijk, Boerhaavelaan 80, 2334 ES Leiden, per 1-7-1981  
 W. Rating, Troelstralaan 64, 9722 JN Groningen, per 4-7-1981  
 Mw. D. Skalnik-Polackova, Planetenlaan 151, 9742 HE Groningen, per 1-3-1981  
 A. F. L. van der Spek, Groen van Prinstererstraat 20, 6828 VX Arnhem, per 1-8-1981  
 P. A. Steegers, P.O. Box 85, Durbanville 7550 South Africa, per 1-6-1981  
 A Li Tjoa, Lindenlaan 392, 1185 NM Amstelveen, per 1-6-1981

### Cardiologie

- F. A. Dekker, Offenbachlaan 57, 4384 MJ Vlissingen, per 1-7-1981  
 P. W. Fels, Snellinckstraat 44a, 3021 WJ Rotterdam, per 1-7-1981  
 A. H. Herweijer, Oosterschelde 5, 3332 VC Zwijndrecht, per 1-7-1981  
 P. P. J. Kuijer, Noormannenstraat 15, 3962 AT Wijk bij Duurstede, per 1-9-1981  
 J. P. van Mantgem, Nachtwachtlaan 435, 1058 ER Amsterdam, per 1-7-1981  
 R. S. Meltzer, Populierenlaan 48, 2925 CT Krimpen a/d IJssel, per 26-8-1981  
 H. J. A. Paalman, Slotemaker de Bruineweg 27, 6542 SP Nijmegen, per 1-6-1981  
 J. H. Ruiter, Maindal 4, 2904 CS Capelle a/d IJssel, per 1-5-1981  
 L. E. J. M. Schrijvers, Formentilweg 14, 9753 AW Haren, per 1-5-1981  
 Mw. C. J. Verbaan, Mathenesserlaan 380, 3023 HC Rotterdam, per 1-1-1981  
 W. G. de Voogt, Pol 20, 2026 JM Spaarndam, per 1-7-1981

### Dermatologie

- Mw. L. H. H. M. Driessen, Coehoorsingel 46, 9711 BT Groningen, per 1-7-1981  
 Mw. I. Vermeiden, Geerepad 3, 4334 LX Middelburg, per 15-9-1981  
 Mw. I. Witkiewicz, Nassaulaan 20, 2382 GM Zoeterwoude, per 15-6-1981

### Heelkunde

- R. P. A. Boom, Pr. Christinalaan 49, 1421 BD Uithoorn, per 1-6-1981  
 C. H. R. Bosman, Storm van 's-Gravesandeweg 57, 2241 JC Wasse-naar, per 1-7-1981

- D. C. Busman, Jos Habetsstraat 22, 6419 CC Heerlen, per 1-7-1981  
 Mw. Y. Dijkman, Kwendelhof 248, 5044 EK Tilburg, per 1-6-1981  
 G. P. Gerritsen, Breitenstraat 1, 2665 XD Bleiswijk, per 1-3-1981  
 Mw. H. C. Horstman, Jachtenlaan 23, 1503 HT Zaandam, per 1-7-1981  
 P. K. H. Hut, Fuutweg 1, 9752 VH Haren, per 1-7-1981  
 E. W. L. Jansen, De Thun 45, 6419 XJ Welten, per 1-5-1981  
 J. J. M. Jutte, Adriaan Pauwstraat 45, 2582 AP Den Haag, per 10-5-1981  
 Dr. Z. J. de Langen, Kwikstaartweg 9, 9765 JS Paterswolde, per 1-9-1981  
 A. J. van der Lugt, Trinidaddreef 6, 3563 SH Utrecht, per 15-4-1981  
 W. S. Meijer, Jan Tooropstraat 65, 3262 TG Oud Beijerland, per 1-8-1981  
 W. van Rooyen, Merellaan 306, 2902 JN Capelle a/d IJssel, per 1-7-1981  
 P. A. M. Vierhout, Pr. Beatrixlaan 19, 2341 TV Oegstgeest, per 1-5-1981  
 R. R. de Vries, 1e Helmersstraat 130, 1054 EH Amsterdam, per 14-4-1981  
 K. J. J. Waldeck, Spotvogellaan 16, 2566 PJ Den Haag, per 1-8-1981

### Inwendige geneeskunde

- E. Balk, G. van Stoutenborchstraat 62, 3641 DM Mijdrecht, per 1-5-1981  
 W. A. Bode, Laan van de Helende Meesters 165, 1186 AE Amstelveen, per 1-5-1981  
 J. H. Bolk, Fakkelgras 58, 2318 TD Leiden, per 1-4-1981  
 Mw. S. B. Bong, De Brink 124, 2553 HB Den Haag, per 1-7-1981  
 J. Douma, Vlasdonk 12, 1112 JG Diemen, per 1-8-1981  
 Dr. A. Hagenbeek, p/a J. H. Allart, Hopklaver 4, 3069 DB Rotterdam, per 16-5-1981  
 G. D. J. van Heuven, Schotlandstraat 294, 2034 LK Haarlem, per 1-2-1981  
 J. B. L. Hoekstra, Couwenhoven 51-12, 3703 EP Zeist, per 1-6-1981  
 W. J. M. Jaspers, Hartelstein 27, 5655 AJ Eindhoven, per 1-6-1981  
 H. A. Koomans, Schuitwater 19, 2715 BL Zoetermeer, per 1-3-1981  
 F. H. Menko, Kievitstraat 4, 2352 HH Leiderdorp, per 1-1-1981  
 Mw. S. J. M. Muts-Homsma, Schaepmanplein 1, 2314 EJ Leiden, per 1-6-1981  
 M. M. J. Schuurmans, Tolhuis 31-36, 6537 NC Nijmegen, per 1-7-1981  
 J. W. Sindram, Sluyterslaan 443, 3431 BK Nieuwegein, per 1-8-1981  
 W. D. Tan, Herensteeg 3, 2311 SG Leiden, per 1-7-1981  
 P. D. Warners, Michelangelostraat 65<sup>II</sup>, 1077 BV Amsterdam, per 1-12-1980  
 B. D. Westerveld, Fuik 14, 1141 CG Monnickendam, per 20-6-1980

### Keel, neus- en oorheelkunde

- T. F. Liem, Disselhof 4, 6418 JM Heerlen, per 1-4-1981  
 Dr. J. F. Plantenga, De Lairessestraat 12b, 1071 PA Amsterdam, per 15-6-1981  
 J. L. Verbeek Wolthuys, Gartenstrasse 15, D-6411 Künzell 1, Duitsland, per 23-12-1980

### Kindergeneeskunde

- H. L. Beukenhorst, Oranjeplein 21, 2012 LN Haarlem, per 1-5-1981  
 Mw. C. F. M. Gijbers, Linnaeusstraat 46 bis, 3553 CE Utrecht, per 18-10-1980  
 A. J. van der Heijden, Jacob Catslaan 18, 2902 AH Capelle a/d IJssel, per 1-1-1981  
 M. L. W. van der Heijden, Zeesluisweg 144, 2583 DV Den Haag, per 1-5-1981  
 Mw. H. H. Kiezebrink-Lindenhovius, Graaf Aelbrechtlaan 145, 1181 ST Amstelveen, per 1-12-1980  
 Mw. W. Oostdijk, Statenlaan 42, 3051 HR Rotterdam, per 1-6-1981  
 Mw. N. Weisglas-Kuperus, Bergselaan 232, 3037 CN Rotterdam, per 1-7-1981

### Longziekten en tuberculose

- P. B. Luursema, Deldenseweg 2, 7251 PN Vorden, per 1-7-1981

J. H. L. M. van Kasteren, Neerlandstraat 20, 5662 JC Geldrop, per 1-5-1981

Dr. K. T. Tjwa, Oxfordlaan 12, 2314 EA Leiden, per 1-10-1980  
(Hiermede komt zijn inschrijving als allergoloog per 31-3-1978 te vervallen).

Dr. N. van Zandwijk, Driehuizen 11, 1844 KK Driehuizen (Schermer), per 1-4-1981 (Hiermede komt zijn inschrijving als internist per 1-4-1979 te vervallen).

#### Medische microbiologie

B. H. Postma, Herman Gorterlaan 2, 5644 SW Eindhoven, per 1-3-1981

#### Neurochirurgie

Dr. E. B. Bongartz, Gerbrandylaan 41, 2314 EX Leiden, per 3-6-1981

#### Oogheelkunde

W. H. Bavelaar, Noordbolwerk 5b, 4331 SH Middelburg, per 1-8-1981

Mw. D. B. van Dorp, Sparrenweg 90, 1091 HS Amsterdam, per 1-5-1981

G. J. van Meel, Sluyterslaan 337, 3341 BH Nieuwegein, per 1-2-1981

J. B. A. Polman, Eikelaan 21, 2803 SL Gouda, per 1-8-1981

F. F. H. Versteeg, Victorieplein 9<sup>l</sup>, 1079 KK Amsterdam, per 1-5-1981

Mw. N. T. Versteeg-Tijmes, Victorieplein 9<sup>l</sup>, 1079 KK Amsterdam, per 1-8-1981

#### Orthopedie

J. A. de Lint, Aldenhof 60-09, 6537 DG Nijmegen, per 1-3-1981

H. A. G. M. Sala, Haydnlaan 3, 5583 XS Waalre, per 1-8-1981

A. H. M. Taminiau, Jozef Israelsstraat 55, 6521 MV Nijmegen, per 1-8-1981

R. G. Tordoir, Jachtlaan 10, 4851 AM Ulvenhout, per 1-7-1981

A. Vosmaer, Lijsterstraat 18, 2333 XZ Leiden, per 1-7-1981

G. H. I. M. Walenkamp, Scheidingsweg 18, 6525 TA Nijmegen, per 1-8-1981

#### Pathologische anatomie

F. J. J. M. van de Molengraft, Leigraaf 166, 6651 GJ Druten, per 1-7-1981

#### Plastische chirurgie

A. de Boer, Goudsbloemweg 41, 9765 HR Paterswolde, per 1.8.1981

#### Radiodiagnostiek

H. R. Bakker, Diederingswal 16, 7822 JG Emmen, per 1.7.1981

W. K. Brand, Maria Louiselaan 11, 1412 AE Naarden, per 1.6.1981

M. R. Chin A Moei, Meander 701, 1181 WV Amstelveen, per 1.6.1981

G. O. Dommerholt, Kellogplaats 25, 3068 JH Rotterdam, per 20.6.1981

C. Hosea, Kannenburg 319, 7423 AC Deventer, per 1.8.1981

L. E. H. Lampmann, Heulestein 3, 3461 GE Eindhoven, per 1.7.1981

P. A. M. van der Lee, Stadionkade 71 hs, 1077 VS Amsterdam, per 1.7.1981

R. J. L. M. Rijcken, De Bollen 4, 5688 NK Oirschot, per 16.6.1981

#### Reumatologie

H. J. van Beusekom, de Vang 21, 6581 DN Malden, per 18.1.1979  
(Hiermede komt zijn inschrijving als internist per 18.1.1977 te vervallen).

Mw. A. Linssen, Prinsengracht 146, 1016 HA Amsterdam, per 1.5.1981 (Hiermede komt haar inschrijving als internist per 1.1.1979 te vervallen).

Mw. A. Reynvaan-Groendijk, Nijenrode 6, 2352 JK Leiderdorp, per 1.7.1981

G. H. C. Schardijn, Fazantenkamp 493, 3607 DB Maarssen, per 1.7.1981

Dr. A. J. G. Swaak, Balearen 27, 2904 VD Capelle a/d IJssel, per 1.7.1981

#### Revalidatie

Mw. J. C. M. Boele, Postelstraat 18 G, 5211 EA 's-Hertogenbosch, per 1.7.1981

Mw. N. W. Nijman-Sno, Corn. Krusemanstraat 33<sup>II</sup>, 1075 ND Amsterdam, per 1.10.1980

M. P. IJff, Potsmaat 1, 6983 AR Doesburg, per 1.7.1981

#### Urologie

E. R. J. Alleman, Morgenster 10, 2992 CJ Barendrecht, per 1.5.1981

Dr. A. E. Groeneveld, Postbus 10960, 1001 EZ Amsterdam, per 1.5.1981

#### Verloskunde en gynaecologie

D. Boer, Frankendaal 49, 5653 PD Eindhoven, per 1.5.1981

P. Boutkan, Oranjestraat 10, 4571 HN Axel, per 1.2.1981

Mw. M. Eskes, Gerrit v.d. Veenstraat 44<sup>II</sup>, 1077 EE Amsterdam, per 1.3.1981

Th. J. M. van der Klei, Joh. Verhulstweg 66, 2081 EL Santpoort Z., per 1.12.1980

W. M. Koppe, Oude Vlietweg 34, 2231 CN Rijnsburg, per 1.6.1981

J. Vermeulen, Rietschoot 17, 1511 WB Oostzaan, per 1.5.1981

#### Neurologie

L. J. Engström, Rozemarijntuin 11, 2353 PB Leiderdorp, per 1.4.1981

Mw. J. C. W. Hagenouw-Taal, Phoenixstraat 56, 2611 AM Delft, per 1.5.1981

P. J. de Jong, Noorderstraat 5, 9479 PJ Noordlaren, per 1.1.1981

H. J. M. van der Leeuw, Purcelldreef 24, 5012 AL Tilburg, per 1.8.1981

J. W. Snoek, Rembrandtweg 23, 9761 HR Eelde, per 1.4.1981

P. H. van Vliet, Leeuwendalerstraat 27, 2026 AA Haarlem, per 1.6.1981

M. E. H. van Zandijcke, Kastanjeboomstraat 21, 8000 Brugge, België, per 11.12.1980

#### Psychiatrie

Mw. M. Abad, Hulkestein 9, 2804 EN Gouda, per 1.6.1981

Mw. T. C. van den Berg, Bosweg 129, 7313 CC Apeldoorn, per 1.11.1980

H. ten Cate, Atletenstraat 83, 7535 AS Enschede, per 1.7.1981

Mw. C. R. Desteunder, Jan Moorkensstraat 32, Berchem-Antwerpen, per 11.8.1981

Mw. A. A. W. Groeneveld-Ockhuijsen, Aet van Neslaan 112, 2341 HH Oegstgeest, per 1.7.1981

F. J. Huijse, P. C. Hoofdstraat 157, 1071 BV Amsterdam, per 1.5.1981

Mw. J. M. Jacobs, Leidschegracht 94 A, 1066 CC Amsterdam, per 1.4.1981

J. R. Kramer, van Bergen IJzendoornpark 8, 2801 AC Gouda, per 1.9.1981

R. H. H. Lanting, Watteustraart 52 hs, 1077 ZN Amsterdam, per 1.12.1980

J. J. M. Limburg, Galileïstraat 20, 2561 TE Den Haag, per 1.5.1981

H. P. M. Linders, Palestrinastraat 8 hs, 1071 LE Amsterdam, per 1.3.1981.

B. Nusselder, Leeuwstraat 42, 6531 RD Nijmegen, per 16.8.1981

Mw. M. O. J. Raus, Hogewoerd 191a, 2311 HK Leiden, per 3.6.1981

R. E. Thieme, van Karnebeeklaan 20, 1181 XH Amstelveen, per 1.7.1981

J. G. W. Wieringa, Verzetstrijder 8, 9102 DN Dokkum, per 1.5.1980

Mw. D. F. Wynia, St. Annerweg 46, 9781 TP Bedum, per 1.6.1981

#### Aantekening klinische neurofysiologie

Dr. J. A. G. Geelen, Hoogstraat 45, 6611 BW Overasselt, per 15.7.1981

R. H. J. Gooskens, Voorstraat 62 bis, 3512 AR Utrecht, per 1.8.1981

Dr. C. J. Njiokiktjen, Honthorststraat 4, 1071 DD Amsterdam, per 16.11.1972

M. E. H. van Zandijcke, Kastanjeboomstraat 21, 8000 Brugge België, per 15.6.1981

#### Rectificatie

In MC nr. 37/1981, blz. 1146 is de woonplaats van Mw. Gerritsma verkeerd vermeld, dit had als volgt moeten zijn:

Keel, neus- en oorheelkunde – Mw. E. J. Gerritsma, Emmalaan 39, 3051 JD Rotterdam, per 1.1.1981.

# KNMVG

van het hoofdbestuur

## Besluiten 180ste Algemene Vergadering

*Overzicht van de besluiten van de 180ste Algemene Vergadering (vervolg van de geschorste bijeenkomst van 25 september 1981 gehouden op woensdag, 11 november 1981 te Utrecht (Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum), aanvang 17.30 uur.*

*Zie voor de besluiten van 25 september Medisch Contact 1981, nr. 42, blz. 1320/1321.*

1. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering. Aangewezen worden de voorzitter, de secretaris-generaal en H. Heins, district XIX, Friesland Z.W.-Hoek.

2. Voorstel tot wijziging van enkele artikelen in hoofdstuk X (Rechtspraak) van het Huishoudelijk Reglement der KNMG (punt X van de beschrijvingsbrief). Dit agendapunt werd op 25 september aangehouden. Met betrekking tot het wijzigingsvoorstel van art. 661a worden door het hoofdbestuur drie amendementen ingediend, welke met algemene stemmen worden aanvaard. Vervolgens wordt het gehele wijzigingsvoorstel door de Algemene Vergadering met algemene stemmen aangenomen.

3. Herschreven besluit en rapport inzake geneeskundige verklaringen (Groene boekje; punt XI van de beschrijvingsbrief). Het rapport wordt hoofdstuksgewijze besproken. Alvorens hiertoe over te gaan komt een voorstel tot schoning van de tekst aan de orde. Bij stemming wordt dit voorstel met grote meerderheid aangenomen. Vervolgens wordt:

- de basisfilosofie na hoofdelijke stemming met grote meerderheid van stemmen aangenomen;
- hoofdstuk I, na overname van een voorstel van het hoofdbestuur tot aanvulling van de tekst onder 1.1., zonder hoofdelijke stemming aangenomen;
- hoofdstuk II zonder hoofdelijke stemming aangenomen;
- hoofdstuk III, na doorvoering van een wijziging, zonder hoofdelijke stemming aangenomen;
- hoofdstuk IV, na overname van een voorstel van het hoofdbestuur tot aanvulling van de tekst, zonder hoofdelijke stemming aangenomen;
- hoofdstuk V, na overname van een kleine wijziging, zonder hoofdelijke stemming aangenomen;
- hoofdstuk VI zonder hoofdelijke stemming aangenomen;
- hoofdstuk VII paragraafsgewijze behandeld, waarbij:

paragraaf A, na een kleine toevoeging aan de tekst, zonder hoofdelijke stemming wordt aangenomen;

paragraaf B, eveneens met een kleine wijziging, zonder hoofdelijke stemming wordt aangenomen;

paragraaf C, na overname van een amendement, zonder hoofdelijke stemming wordt aangenomen;

paragraaf D, met inachtneming van een kleine tekstwijziging, zonder hoofdelijke stemming wordt aangenomen;

paragraaf E zonder hoofdelijke stemming wordt aangenomen;

paragraaf F op enkele onderdelen in stemming wordt gebracht; daarbij wordt F7 (medische informatie aan advocaten) met grote meerderheid van stemmen verworpen (de betreffende tekst zal worden vervangen door de publikatie die dienaangaande in 1977 is verschenen); ook wordt een op F9 ingediend amendement met grote meerderheid van stemmen verworpen; uiteindelijk wordt paragraaf F, met uitzondering van F7, zonder hoofdelijke stemming aangenomen;

paragraaf G zonder hoofdelijke stemming wordt aangenomen.

4. Voorontwerp van wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) (punt XII van de beschrijvingsbrief). Gezien het gevorderde uur wordt de behandeling van dit punt aangehouden tot een volgende Algemene Vergadering.

Sluiting der Algemene Vergadering te 23.45 uur.

<b>INHOUD OFFICIEEL</b>	<b>LSV, van het centraal bestuur:</b>	
	Kandidaatstelling .....	1528
	Informatiereeks .....	1528
	<b>SNH:</b>	
	SNH-voorzitter W. Derksen over nascholingsproblemen .....	1528
	<b>SRC:</b>	
	Nieuwe inschrijvingen .....	1530
Nr. 49 - 4 december 1981 36e jaargang	<b>KNMG van het hoofdbestuur::</b>	
	Besluiten 180ste Algemene Vergadering .....	1532