

MAFFIUS

MAFFIUS, een min of meer regelmatig uitkomend informatie- en opiniebulletin van de universiteit te Maastricht

Maffius nr. 5,

3e jaargang mei 1977



INGESLAPEN?
ZELFS EEN 'BULDOZER' KRYGT HIER* NIETS WAKKER!

Inhoudsopgave

	<u>pag.</u>		
Het ongenoegen van het personeel van Annadal	1	Werkvakantie-stop	31
De brief van Klein	3	Stichting Eurokinderen Nederland	32
Op verkenning in Annadal	5	WieWatWaar	33
In de Rijker	11	Tweede bulletin keuzeonderwijs commissie	34
De Rijksuniversiteit Limburg, het ziekenhuis Maastricht en het ziekenhuis St. Annadal	20	Struktureren of niet?	39
Gerard's verdriet	23	Antwoord aan Wim Brouwer	42
Korte berichten	25	Krijtland, uitgemergeld door wie?	45
Publicaties	27	Kokogruis	47
Sport en gezondheid	28	Popagenda plus	48

redactieleden Maffius

Hans Hagen	Vijverdal	REDACTIEADRES
Puck Muller		Inge Dauphin, Vijverdal
Wim Hermens	Biomedisch Centrum	Vijverdalseweg 1, 043 - 841777, tst 2136.
Marijke Niemann		
Henk Schmidt	Hoofdgebouw	
Jaap Zuidweg		
Henny Peltenburg	Studenten	
Inge Dauphin	Redactiesecretaresse	
Chris Voskamp	Lay Out	
Joep Offermans	Adviseur	

van de redactie

Er is mij ter ore gekomen dat er enige verwarring was ontstaan over de grootte van een gebruikt lettertype enerzijds en de relevantie van het artikel waarvoor gebruik gemaakt was van het betreffende lettertype anderzijds (m.b.t. het geval "spijkerpakkenproletariaat" van Wineke Vlek en de reactie van Wim Hermens daarop). Nu moet ik hierbij opmerken dat bij het werk van eindredactie hoofdzakelijk andere overwegingen een rol spelen dan inhoudelijke (bijv. dikte van het nummer, het betreffende "kopje", esthetische en/of symmetrie overwegingen). De eindredakteur veroorlooft zich dan ook een zekere vrijheid wat betreft de opmaak van een artikel.

Ik heb de rectificatie op me genomen daar Wim Hermens aangezien werd als eindredakteur van voorgaand nummer. Als redactie hebben we bovendien besloten in het vervolg de naam van de eindredakteur te vermelden.

Als dit na deze mededeling nog op z'n plaats is, bied ik mijn verontschuldiging aan voor dit onbedoeld optisch bedrog.

Henny Peltenburg.

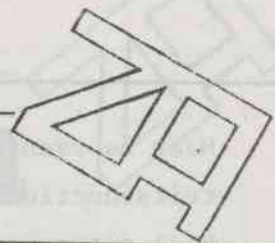
De kopij voor het volgende nummer s.v.p. sturen naar Mary Peeters op het Biomedisch Centrum omdat Inge op vakantie is.

Eindredactrice: Inge Dauphin.

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de redactie.

Sluitingsdatum kopij nr. 6: 24 mei 1977

ongenoegen



HET ONGENOEGEN VAN HET PERSONEEL VAN ANNADAL.

Het leeuwendeel van de grieven van het personeel van Annadal laat zich afleiden uit twee omschreven probleemgebieden:

- de onduidelijkheid in het beleid van de faculteit inzake de academisering van Annadal; het onbegrijpelijke gebrek aan overleg;
- de financiële regeling van de toevoeging van een faculteit aan een algemeen ziekenhuis: een departementale kwestie en een unieke gelegenheid voor onderzoek dat gedaan moet worden door wie? maar toegezegd door Tans.

De onduidelijkheid in het beleid van de faculteit draagt bij aan een troebele situatie waarin beslissingen omtrent ruimtelijke voorzieningen vraagtekens moeten blijven. De hele discussie die momenteel gevoerd wordt over Randwijck is voor Annadal uitstel van de oplossing van het ruimteprobleem.

Dit heeft duidelijke gevolgen voor de zorgverlening aan de patient wiens probleemoplossend vermogen toch al op de proef gesteld wordt door het labyrint van ziekenhuisactiviteiten, die in Annadal her en der verspreid liggen.

Op de afdelingen zijn de spanningen die de aanstelling van faculteitsfunctionarissen met zich meebrengen, voelbaar en grotendeels een gevolg van een gebrekige voorlichting van de kant van de direktie voor wie de aanstelling ook als een donderslag bij heldere hemel komt.

Als een sterke kritiek op het beleid van de faculteit wordt het feit ervaren, dat de toenemende invloed van de faculteit zich uit in betrekkelijk eenzijdige beslissingen, waarin de betrokken partijen niet gekend zijn, laat staan de gelegenheid gegeven is deze te toetsen. Het beleid wordt ergens anders gemaakt.

Het meest opvallende probleem is het ogenschijnlijke gebrek aan een behoorlijke overlegsituatie; is dat nu een gevolg van een onwillige direktie (de geneesheer-direkteur stapt toch ook niet voor niets op?) of doet ook hier het gebrek aan een duidelijke visie vanuit de faculteit zich gevoelen?

Het tweede probleemveld is wat meer omschreven en duidelijk financieel gearaad. Het is namelijk zo dat een gewoon algemeen, niet-academisch ziekenhuis (zoals Annadal vóór de academisering) onder het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene valt, waaruit je kan concluderen dat het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) de normen van de verpleegprijs bepaalt.

Een academisch ziekenhuis daarentegen valt onder het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen en daarvoor geldt een verpleegprijs van 1,5 maal de COZ-norm.

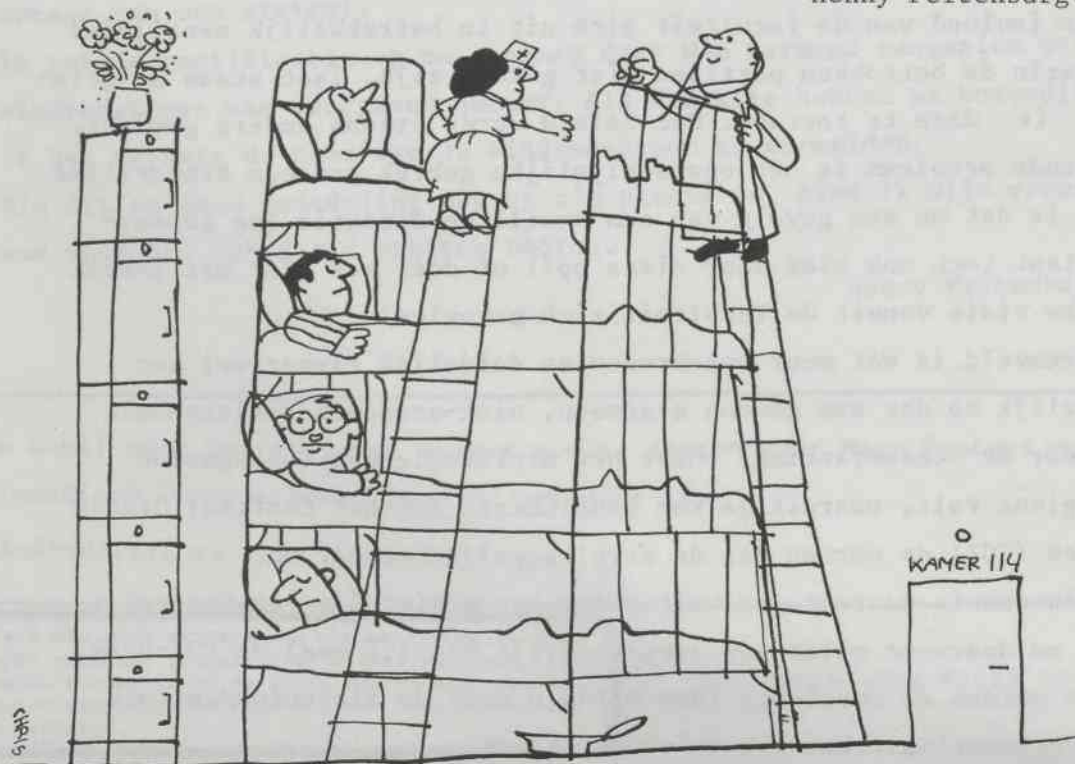
In beide gevallen worden de verpleeggelden betaald door de ziekenfondspremie (en ziektekostenverzekeringspremie) betalende patient.

Maar nu even concreet voor een afdeling op Annadal. Daar komt een faculteitsfunctionaris met een volledige dagtaak. Deze man (of vrouw) brengt een boel extra werk mee (moet verslagen, rapporten hebben, vraagt onderzoeken aan, legt beslag op patienten en personeel, zijn activiteiten hebben stellig ruimtelijke consequenties) die echter niet opgevangen worden met extra ruimte (zie hiervoor) en personeel. Want het COZ bepaalt namelijk de personeelsnormen (doorberekend in de verpleegprijs) op grond van de status van niet-academisch algemeen ziekenhuis, waartoe Annadal nog steeds gerekend wordt. Zij willen namelijk eerst duidelijk hebben - en dáár zit nu de unieke kans voor onderzoek - welk deel voor rekening komt voor Volksgezondheid en welk deel voor Onderwijs & Wetenschappen. Dit onderzoek is volgens de directie toegezegd door Tans. Het is alleen onduidelijk wie het moet doen. In wezen is het natuurlijk een kwestie tussen de ministeries en Annadal, maar ja; de faculteit zit er wel tussen. Voor zover ik weet wordt er echter binnen de faculteit aan dit onderzoek niets gedaan.

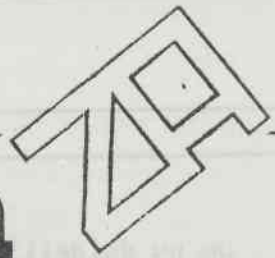
Het gebrek aan ruimte (Annadal had zeven jaar geleden al moeten uitbreiden), gecombineerd met een grotere hoeveelheid werk voor hetzelfde personeel, geeft grote spanningen voor werknemer en patient, die we vanuit de faculteit niet moeten onderschatten en afdoen als kinderziekteproblematiek. Vooral daar op dit ogenblik in de onderhandelingsituatie op korte termijn geen al te grote verbeteringen te verwachten zijn, noopt dit, vooral met het oog op het komende vierde jaar tot een wat reëlere probleemoplossende attitude.

(dit stuk werd gemaakt n.a.v. een gesprek met twee leden van de Rulcie uit de ondernemingsraad van Annadal)

Henny Peltenburg.



de brief van klein



Dit stukje is geschreven met de informatie uit een gesprek met de stafvoorzitter van Annadal, Dr. Kruyver, om opheldering te krijgen over geruchten als zou de onderhandelingspositie tussen het Rijk en Annadal twee jaar teruggedraaid zijn.

31 maart 1977 heeft Staatssecretaris Klein aan het bestuur van Annadal een brief geschreven, waarin hij het ziekenhuis adviseert de voorstellen betreffende de overname van de praktijken en de salarisregeling zoveel mogelijk in overeenstemming te doen zijn met de normen van het COZ (Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven). Een afschrift van deze brief is ook naar het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene en het COZ gegaan.

Deze brief was in strijd met een eerdere brief van Klein in 1976, waarin het ziekenhuis verzocht werd met goed onderbouwde voorstellen te komen w t betreft de goodwillssommen en salarisregeling van de specialisten, aan de hand van het contract dat in augustus 1975 was afgesloten tussen het Rijk en Annadal. In artikel 10 van dat contract liggen de verplichtingen t.o.v. de specialisten vast: de praktijken van de specialisten zullen worden overgenomen. Het ziekenhuis heeft gesteld dat dit niet mogelijk is op basis van de COZ-normen, doch op basis van de normen van de K.N.M.G.* Voorts zouden zodanige regelingen getroffen moeten worden dat alle rechten en plichten van de specialisten gewaarborgd blijven en dat het besteedbaar inkomen zoveel mogelijk gehandhaafd wordt.

De regeling is als volgt: Na de huidige interimperiode totdat A'dal opgaat in het Z.M., hebben de specialisten de volgende mogelijkheden:

- 1) in dienstverband komen bij het ziekenhuis Maastricht
- 2) gedeeltelijk in dienstverband bij Z.M. en gedeeltelijk bij de faculteit
- 3) blijven uitoefenen van een vrije praktijk binnen Z.M.

Ad 1:

Voor wat betreft de artsen in dienstverband zouden de normen van het LAD (Landelijk Artsen Dienstverband) gehanteerd worden aangevuld met toelagen voor de betreffende specialisten (toelichting op artikel 10)

Ad 2:

Al of niet in dienst treden bij de faculteit door de faculteit vast te stellen.

Ad 3:

Is niet waarschijnlijk gezien de uitbreiding van de staf met faculteitsfunctionarissen.

*Het maximum bedrag van de C.O.Z.-normen bedraagt f 150.000,--, terwijl de normen van het K.N.M.G. aanzienlijk hoger liggen.

Om nu duidelijkheid te krijgen over de laatste ontwikkelingen is een vertegenwoordiging van directie en bestuur samen met de heer Tans naar Den Haag gegaan, met het standpunt dat deze brief in strijd is met de gemaakte afspraken. Daar kreeg men te horen dat het een misverstand was en op gang gebracht door iemand die niet geheel op de hoogte was met de problematiek rond het ziekenhuis (het stuk is echter wel door Klein getekend)!

De staf (en op dit punt is geen meningsverschil tussen bestuur en directie enerzijds en de staf anderzijds) ziet dat deze brief een misverstand kan zijn maar vindt het een ernstige zaak dat ook een afschrift naar het ministerie van V & M en het COZ is gegaan. Zij stelt dat het voor de stafleden onmogelijk is op deze gronden dienstverband aan te gaan. Er kunnen geen verdere faculteitsfunctionarissen aangenomen worden voordat zekerheid is verkregen over honorering van de gemaakte afspraken.

Henny Peltenburg.



CARDIOLOGIE

De situatie rond cardiologie is op dit ogenblik van dien aard, dat niet gemakkelijk tot een volledige inventarisatie van de problematiek kan worden gekomen. De ontwikkelingen, zo goed en zo kwaad als het gaat, volgend, hoop ik zo spoedig mogelijk in een volgend nummer hierop terug te komen.

Hans Hagen.

op verkenning



OP VERKENNING IN ANNADAL

Bij een medische faculteit hoort een ziekenhuis. Een academies ziekenhuis. In Maastricht staat het St. Annadal ziekenhuis dat deze functie in de toekomst moet gaan vervullen onder de naam Ziekenhuis Maastricht. Toch zijn klinische stages op dit moment maar in beperkte mate mogelijk. Ook in de opleiding is de inbreng van praktizerende klinici tot nu toe vrij gering. Het is vaak zeer moeilijk om een geschikte inhoudsdeskundige klinicus uit zijn praktijk te vissen, voor zover het gewenste specialisme al in Maastricht aanwezig is. Deze en andere overwegingen waren voor mij aanleiding om eens te gaan praten met een aantal specialisten over de stand van zaken na ongeveer drie jaar medische faculteit. Ik koos daarvoor de internisten Coenegracht, Hulsmans, Mendes de Leon, Pop en Rahn (voor $\frac{1}{2}$ werkzaam als klinisch farmakoloog in Annadal), de chirurg Lemmens en de oogarts Lamers, die momenteel voorgedragen is voor 't hoogleraarschap in de oogheelkunde, uit. Speciaal Dr. Rahn dank ik voor zijn bijzondere medewerking.

Wat zijn uw ideeën over de faculteit en de academisering van St. Annadal en dan speciaal voor de afdeling interne geneeskunde?

MENDES DE LEON:

Ik heb er met aanzienlijk meer verwachtingen naar gekeken dan ik er op dit moment naar kijk. Ik geloof dat het eerlijk is om dat te stellen. Ik ben niet zo onnozelen geweest om te denken dat de komst van de faculteit niet met barensweeën gepaard zou gaan, maar ik ben erg teleurgesteld dat het allemaal zo lang moet duren. Er zitten natuurlijk meerdere kanten aan de zaak. Het is ook zo dat de faculteit ons behoed heeft voor inslapen. Zeker de wat ouderen zoals ik, als je zo'n vijftig jaar praktijk er op hebt zitten. Maar ik betreur het ten eerste dat er nog steeds geen organisch geheel tot stand is gekomen. Hou zou dat komen? Tja, ik geloof dat artsen niet altijd de beste organisatoren zijn.

COENEGRACHT:

Waar alles om draait is een goede taakverdeling en goede werkafspraken tussen de klinici enerzijds en de faculteitsfunctionarissen anderzijds. Dat is op dit moment in bespreking, maar die besprekingen gaan vrij traag. Er zijn aan beide kanten nog wat problemen, maar we hopen zo snel mogelijk tot een duidelijke oplossing te komen. Pas wanneer de staven van faculteit en kliniek goed geïntegreerd zijn, tot goede taakverdeling komen.

Dat is met name voor het klinisch onderwijs van uitermate veel belang, want dan kunnen we, op het moment dat de studenten komen, aangeven wie zich met welke aspecten van het klinisch onderwijs gaat bezighouden.

En wij klinici kunnen, dacht ik, zeker wat bijdragen aan het onderwijs, hoewel voor ons de gezondheidszorg natuurlijk primair blijft.

We hebben overigens al jarenlang ervaring met co-assistenten uit Amsterdam en Leuven.

Op dit moment vervullen Prof.Rahn (25%) en Prof.Hulsmans (50%) samen één vacature in de gezondheidszorg en mijn visie is dat de klinici van Annadal in de toekomst meer moeten gaan participeren in het onderwijs.

HULSMANS:

Wel, ik geloof dat je dus heel duidelijk kunt stellen dat hoewel je het accent van opleiding in de richting van de huisarts kunt leggen, dat de inbreng van klinici daarbij noodzakelijk is. En dat die klinici daarbij de backing moet hebben van een goed functionerende klinische eenheid, anders kunnen zij de inbreng die van hen verwacht wordt en die dacht ik ook door de studenten van hen gevraagd wordt, gewoon niet brengen.

Nou, ten aanzien van de ontwikkeling zijn we in de faculteit nogal laat tot de ontdekking gekomen dat je daar nogal wat besprekingen en werk voor moet verzetten om een dergelijk goede setting tot stand te brengen. Op dit moment moet er nog over verschillende dingen gepraat worden terwijl dat eigenlijk in verband met het curriculum had moeten zijn afgerond.

Hoever zijn jullie nu?

Het is waarschijnlijk zo dat tegen het einde van het jaar de besprekingen die leiden tot een interne groep zijn afgerond.

We streven op dit moment naar een dienstverband voor alle specialisten conform de situatie bij de heerkunde.

Van de andere kant moet ik zeggen dat die situatie al eerder bereikt had kunnen worden wanneer de mogelijkheden eerder geschapen waren om de zittende internisten op de een of andere wijze bij de faculteit te betrekken.

Op dit moment zijn we nog vrij klein. Ik heb nu twee assistenten, binnenkort een chef de clinique en een secretaresse.

Hoe wil je dat uitbouwen?

Wel, ik geloof dat op dit ogenblik het probleem van de interne groep hier in Maastricht is dat de deelspecialismen vrijwel allemaal vertegenwoordigd zijn, dus de haematologie, endocrinologie, gastro-enterologie en de nefrologie, maar dat de mankracht zo zwaar belast is dat ze niet tot een diepe uitbouw kunnen komen. Met andere woorden, in al deze gebieden is versterking van mankracht nodig, wil men goed onderwijs garanderen.

POP:

Ik heb een uitgesproken mening over het proces van de academisering. We moeten duidelijke regels treffen om te zorgen dat een grotere discipline als interne geneeskunde in de gezondheidszorg goed functioneert, daarbij voornamelijk stoelend op een aantal mensen die voor het grootste deel van hun tijd in de volksgezondheid werkzaam zijn en onderling duidelijke afspraken hebben gemaakt. Je moet voorkomen dat er in de gezondheidszorg erg veel mensen komen werken voor een klein deel van hun tijd, want dat komt de kwaliteit van de zorg niet ten goede. In een goed georganiseerde gezondheidszorg kan onderwijs en research ingepast worden. Officieel vervullen Huls-mans en Rahn één vacature. Maar het lijkt mij dat ze daar nog niet aan toe komen, dat zal in de nabije toekomst wel groeien.

In onderling overleg zul je tot een bepaalde verdeling van bedden moeten komen, afhankelijk van de werkzaamheden die er verricht worden. Hintzen en ik hebben onze mening o.a. daarover op papier gezet en we hebben geprobeerd de velden gezondheidszorg, onderwijs en research in een aantal regels vast te leggen, ook kwantitatief. Dat lijkt ons een werkbaar uitgangspunt. Want als we niets regelen, biedt je gewoon mogelijkheden tot een chaotische ontwikkeling. De associatie (Hintzen, Mendes de Leon, Pop) heeft zich voorwaardelijk uitgesproken voor een dienstverband, omdat het een veel soepeler mogelijkheid tot werken biedt en ik dacht dat je wel een soortgelijke regeling als die bij heelkunde zou kunnen nastreven.

LEMMENS:

Men is begonnen met de faculteit op een tijdstip dat misschien te vroeg was. Indien men echter later was begonnen zouden de politieke gevaren vermoedelijk veel groter geweest zijn.

Dit vroege begin brengt met zich mee dat de klinische inbreng eerst laat aange-grepen is. De uitleg van de basisfilosofie, zoals die althans door menigeen uitge-legd wordt, doet voorkomen of de kliniek voor de opleiding niet zo waardevol is, ja zelfs dat men een arts kan opleiden ook zonder die kliniek. Wel, als men dat vindt, d'accord, maar laat ons dan met rust. Maar dit blijkt natuurlijk een geheel verkeerde verklaring te zijn. Men heeft de kliniek nodig, omdat nu eenmaal daar potenties aanwezig zijn die een stuk kennis kunnen aandrazen, terwijl dat in de zeer diffuse gespreide wetenschap van de huisartsgeneeskunde in de huisartsen-wereld niet zo is.

De verslaglegging, de evaluatie is in de huisartsenwereld veel minder nog dan in de klinische sfeer. Daarom voelt men zich in de kliniek vaak zeer sterk en zegt als men ons miskent, forget it.

En het is zonder meer waar dat ook deze faculteit zonder de potentie van de enorme input van een kliniek er niet kan komen; welke basisfilosofie men ook hanteert. En nu wij opgezadeld zijn met een nog maar klein aantal studenten, ervaren wij eerst aan den lijve hoe moeilijk het is om de gezondheidszorg op een behoorlijke en menswaardige wijze te laten verlopen en toch de studenten voldoende aan hun

trekken te laten komen. Daarom is het zonneklaar dat er aan het gezondheidszorg-contingent een flinke inbreng vanwege de faculteit moet worden toegevoegd in termen van ruimte en personeel. De research komt in de kliniek pas op de derde plaats.

Vooraf ruimtelijk moet er snel uitbreiding plaats vinden, anders zullen wij niet in staat zijn om verantwoord klinisch onderwijs te garanderen. Er moet snel gebouwd worden, maar daar kunnen de studenten al niet meer op wachten, dus moeten er nu provisorische voorzieningen komen. Ik hoef geen marmer op de vloer te hebben, maar ik kan onmogelijk met vijftig man in één polikliniek-ruimte terecht. Men moet zich niet blind staren op een verre toekomst, hier en nu moeten wij starten met klinisch onderwijs. We hebben een geweldig grote verplichting tegenover de studenten.

Wat betreft de academisering van de interne afdeling: daar spelen heel andere problemen dan op de chirurgische afdeling. Ik denk dat 't vooral belangrijk is dat de zaak op een veel persoonlijker wijze benaderd wordt. Ik heb daar mijn mening over maar vind het niet juist om die op dit moment te geven. Het is zo makkelijk om met stenen te gooien.

LAMERS:

Voor mij is dat probleem erg simpel. Wij zijn sinds 1 januari geacademiseerd. De opdracht van de capaciteitsgroep oogheelkunde is het bedrijven van gezondheidszorg, onderwijs en onderzoek in deze volgorde. Naar onze mening moeten al deze taken door de gehele groep bedreven worden. Aan een academisering van geheel Annadal zitten nogal wat problemen vast. Niet zo zeer financieel als wel het niet meer eigen baas zijn. Het is voor veel medici bijzonder moeilijk om fouten te erkennen en kritiek van anderen te aanvaarden. We vinden onszelf toch wel erg bekwaam op ons eigen terrein, maar ik geloof dat 't juist van wijsheid getuigt er vanuit te gaan dat je 't wel eens mis kunt hebben.

Van de andere kant is het wel zo dat je door de patienten in die opstelling gedreven wordt. Men vraagt geen academisch genuanceerde uitspraak van je maar een duidelijk antwoord. Wat de mensen in Annadal zo kopschuw maakt en dat heb ik zelf ook wel, is de angst voor de ouderwetse academische afdeling met die grote hiërarchische trap: bovenaan de hoogleraar dan de lectoren, hoofdassistenten enzovoorts. Die situatie hebben wij allemaal gekend en mensen die jarenlang in een dergelijke situatie hun specialisatie hebben gelopen, hebben vaak bewust gekozen voor een praktijk in de periferie.

Hoe staat u tegenover klinische research?

MENDES:

Wel, vroeger verschenen er uit deze interne kliniek regelmatig publikaties, maar met de komst van de faculteit is de produktie bijna tot een nulpunt gedaald. Ik wil geen directe relatie leggen maar het is een grote teleurstelling voor me geweest dat de faculteitsfunctionarissen die er zijn, tot dusver niet de minste interesse voor research aan de dag hebben gelegd, hoewel ik toch allerlei voorstellen heb gedaan. Je moet niet vergeten dat wij met één ziekenhuis een rayon bestrijken van bijna 200.000 mensen. En doordat we intern goede afspraken hebben, zie ik de hele haematologie en reumatologie van het rayon. Dat biedt een uitermate geschikte gelegenheid tot het plegen van onderzoek. Normaal heb je in een dergelijk rayon twee of drie ziekenhuizen.

HULSMANS:

Ik heb het idee dat we op dit moment vooral behoefte hebben aan laboratorium-faciliteiten. Als we die hebben, zouden wij graag aandacht gaan besteden in samenwerking met de farmacologie, de microbiologie, de chirurgie en de huisartsgeneeskunde aan de voeding, de gastro-intestinale hormonen en de metabole processen die daarbij aan de orde komen. In het algemeen: het zou catastrofaal zijn voor een evenwichtige ontwikkeling van deze faculteit als de reeds complete groepen ook het grootste aandeel van de toekomstige ontwikkeling naar zich toe trekken.

COENEGRACHT:

Ik heb het altijd graag gedaan en ik geloof dat een kliniek van een bepaald niveau, wil ze haar niveau handhaven, research moet doen.

Wanneer je alleen maar vertrouwt op je routine, loop je het risico dat je een beetje blasé wordt. Je moet gewoon regelmatig onder de indruk blijven van je eigen insufficiëntie op je vakgebied.

Ik realiseer me heel goed dat ik op dit moment een aantal taken heb die in een toekomstige setting niet door mij alleen gedaan kunnen worden.

Want naar mate de zaak op een hoger niveau komt worden de eisen die men aan de verschillende onderdelen die ik nu bestrijk veel hoger en dan zal ik mij op een gegeven moment moeten realiseren dat ik beperkt ben en dat ik wel op een bepaald gebied een bepaald niveau kan handhaven en uitbouwen, maar niet op al die onderdelen dat niveau kan leveren dat in een academische setting noodzakelijk is. Dus weer een kwestie van afspraken.

En wij zijn daartoe zondermeer bereid maar het enige wat ons daarbij in het verleden hinderde, was het uiterst trage op gang komen van allerlei zaken zodanig dat je je op een gegeven moment gaat afvragen of men wel enige visie op de hele zaak heeft.

Daar komt nog bij dat het de toenmalige dekaan, Prof. Tiddens, was die ons steeds voorhiel dat de faculteit de eerste jaren nauwelijks behoefte had aan klinici. Ik kan u zeggen, wij zijn drie jaar aan het praten en ik hoop dat er nu eindelijk spijkers met koppen worden geslagen.

RAHN:

Ik geloof dat er wat dat betreft ook zeker een leerproces heeft plaats gevonden en niet in de laatste plaats door de druk vanuit de studenten.

COENEGRACHT:

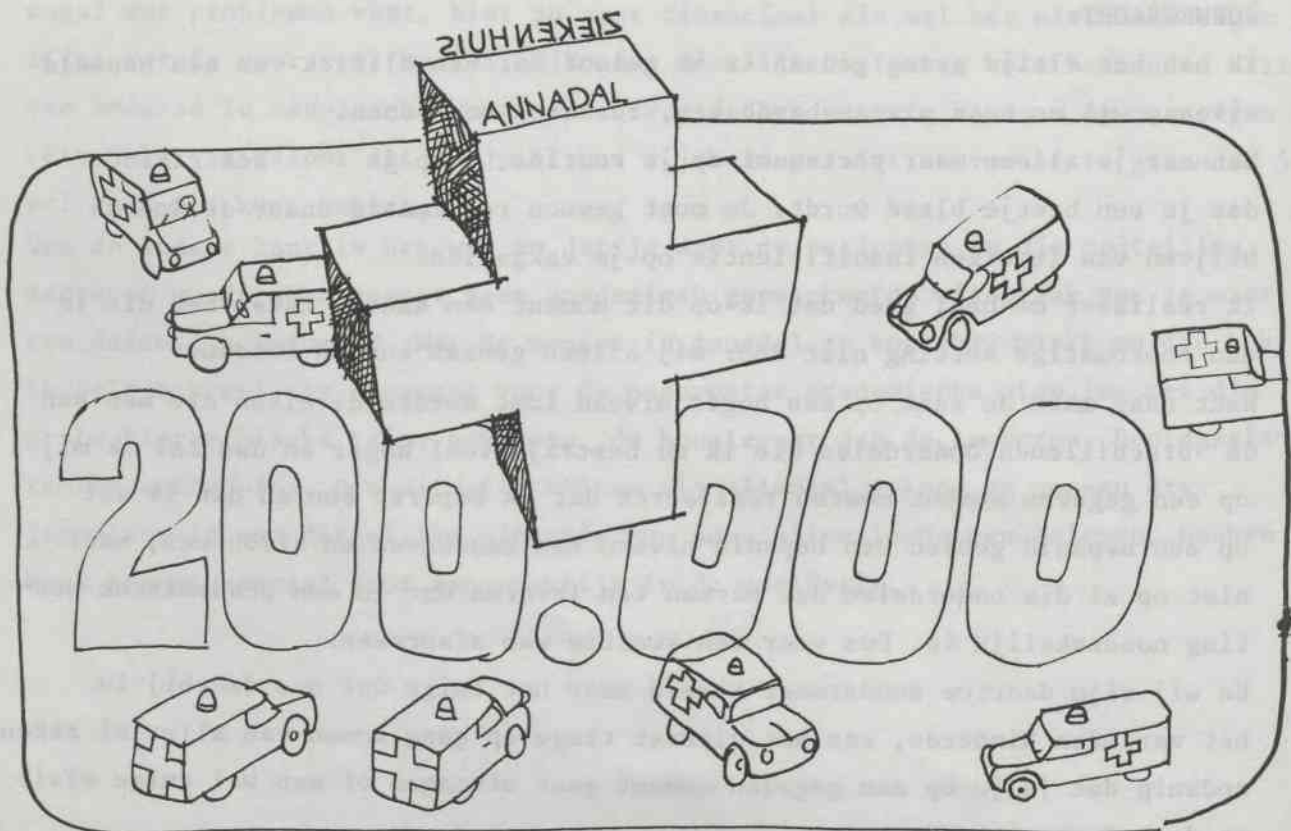
Zij kunnen daar beslist veel aan doen door met de vuist op tafel te slaan en te zeggen, luister eens, wij willen de gelegenheid krijgen een goede opleiding te volgen en een van de dingen die daarbij horen is patiënten zien.

LAIERS:

Ik dacht dat er voldoende mogelijkheden waren voor research.

We hebben alleen op dit moment een nijpend ruimtegebrek en ik geloof dat het verstandig is zo snel mogelijk te gaan bouwen, liever vandaag dan morgen.

Jaap Zuidweg.





Co Greep

Interview : Puck Muller en Jaap Zuidweg

Foto's : Jaap Zuidweg



Voor dit Annadalnummer leek het de redactie voor de hand liggen om eens uitvoerig met de man te gaan praten, die te allen tijde, in alle toonaarden en op elk niveau bezig is te pleiten voor het "eindelijk eens behoorlijk op poten zetten van de kliniek".

Dr. J.M. Greep werd geboren in 1929 in Den Haag, studeerde in Leiden van '48 tot '56, werd opgeleid tot chirurg in Rotterdam, promoveerde in '58, ging in '61 naar Amerika, kwam in '66 in Amsterdam in het St. Lucasziekenhuis terecht en werd tenslotte na twee keer elders zijn papieren ingeleverd te hebben, de derde keer als hoogleraar benoemd in Maastricht. Over zijn visie op de uitbouw van Annadal, het onderwijs, het onderzoek, de Nieuwe Vrijgestelden gaat onderstaande compilatie van een aantal gesprekken, die we met hem voerden.

Hoe ben je in Maastricht terecht gekomen?

Hoe dat precies is gegaan?

Ik ben door een hele merkwaardige gang van zaken bij een benoemingsprocedure in Amsterdam uiteindelijk niet benoemd, hoewel ik aanvankelijk gevraagd was. Ik heb achteraf begrepen dat één van de daarbij betrokken hoogleraren dit zo'n ernstige zaak vond, dat hij mij dan graag in Maastricht benoemd zag. Daar ik graag een universitaire kliniek wilde leiden, had ik veel belangstelling vooral ook daar de onderwijsvernieuwingen van Maastricht mij bijzonder aantrokken.

Wat is je visie op de ontwikkelingen in Annadal, de relatie faculteit-ziekenhuis?

Wat de heelkunde betreft, ben ik erg blij met de huidige situatie. Wij hebben door goed overleg veel bereikt. Het is een tijd lang erg moeilijk gegaan, maar je weet dat we per 1 januari een totale maatschap hebben (Greep, Lemmens, Jeekel, Van Houtte). Ik maak me wel grote zorgen over de rest van de klinische ontwikkeling, mijns inziens stagneert de zaak veel te veel

We zouden zo snel mogelijk een aantal klinische capaciteitsgroepen moeten opstarten in goede samenspraak met de regio.

Ik meen helaas echter te moeten constateren, dat iedere visie hierop bij de faculteit op dit moment ontbreekt.

Ik merk er gewoon niets van. Het gaat allemaal uiterst traag, er zijn geen goede richtlijnen. Er is geen goede over-all visie.

Ik kijk echt met heel veel zorg naar de huidige ontwikkelingen in de kliniek.

Ik ben hier nu zestien maanden en vertegenwoordig eigenlijk nog steeds de enige functionerende klinische capaciteitsgroep.

Er zijn wel allerlei besprekingen gaande maar er is bijvoorbeeld nog steeds geen longarts (vanaf januari 1976); er zal nu spoedig een hoogleraar cardiologie benoemd worden, maar die krijgt voorlopig één bed.

Hoe hij daar zal functioneren en hoelang hij het met dat ene bed moet doen weet niemand.

De plastische chirurgie kan voorlopig niet uitgebreid worden, de urologie, daar komt dan nu een benoemingsprocedure voor op gang, net als de anesthesie, maar dat gaat allemaal uiterst traag.

Mijn visie is dat er op korte termijn een aantal dingen moeten gebeuren. Om te beginnen moet er een duidelijke, welomschreven financiële afrekening plaatsvinden over de praktijken van de Annadalspecialisten.

Het bestuur van het ziekenhuis Maastricht moet daadkrachtig aan de gang en binnen hooguit vier jaar moet het ZM gerealiseerd zijn en moet academisering en dienstverband etc. van de zittende specialisten rond zijn. Zolang men in de kliniek als vanouds in de free-enterprise blijft functioneren en zolang er geen facultair ontwikkelingsplan is, zal het uiterst moeilijk zijn om een aantal hoogleraren te vinden die de zaak mee willen opbouwen.

Spelen de financiën een belangrijke rol in dit proces?

Nou niet zozeer met de zittende Annadal specialisten. Alles is daarvoor geregeld, het moet alleen goed en snel uitgevoerd worden. Er zijn, zoals ik dan kan lezen, een aantal mensen in het faculteitsbestuur -en dat neem ik ze wel hoogst kwalijk- die willen een nieuwe honoreringpot in Maastricht. We zitten hier niet in Somaliland!! Je moet met de nederlandse verhoudingen rekening houden en als we tot nationalisering van de gezondheidszorg komen of tot maximum honoreringsafspraken dan vind ik dat prima, maar niet alleen maar vanuit Maastricht. We hebben ons, dacht ik, met de extra-honoreringmogelijkheden als eerste medische faculteit in Nederland al heel duidelijk beperkt. Een duidelijke nivellering van het topinkomen.

Ik verdiende meer in Amsterdam.

Als je je elders in het land gaat vestigen verdien je aanmerkelijk meer dan bij deze faculteit. Bovendien behoef je aan andere faculteiten niet de zaak uit het niets op te bouwen.

Het tegen witte jassen schoppen is onder leiding van enkelen in deze faculteitsraad een soort gezelschapsspelletje geworden, het is een soort "bon ton" geworden.

Kijk, ik heb in samenwerking met Lemmens een uitstekend team op kunnen bouwen; ik dacht dat we vooraanstaande jonge chirurgen naar Maastricht hebben kunnen krijgen, maar de enkeling hiervan die -na veel moeite overigens- mee mag functioneren in de faculteit, die denkt dat hij op Mars is geland, als hij het taalgebruik en de gedachtengang horen, die daar bezigd worden. De intramurale gezondheidszorg wordt alleen maar kritisch benaderd en heeft te weinig vertegenwoordiging.

Ik hoor nogal eens de term orkaan of bulldozer gebruiken als men het over jouw optreden in het ziekenhuis heeft.

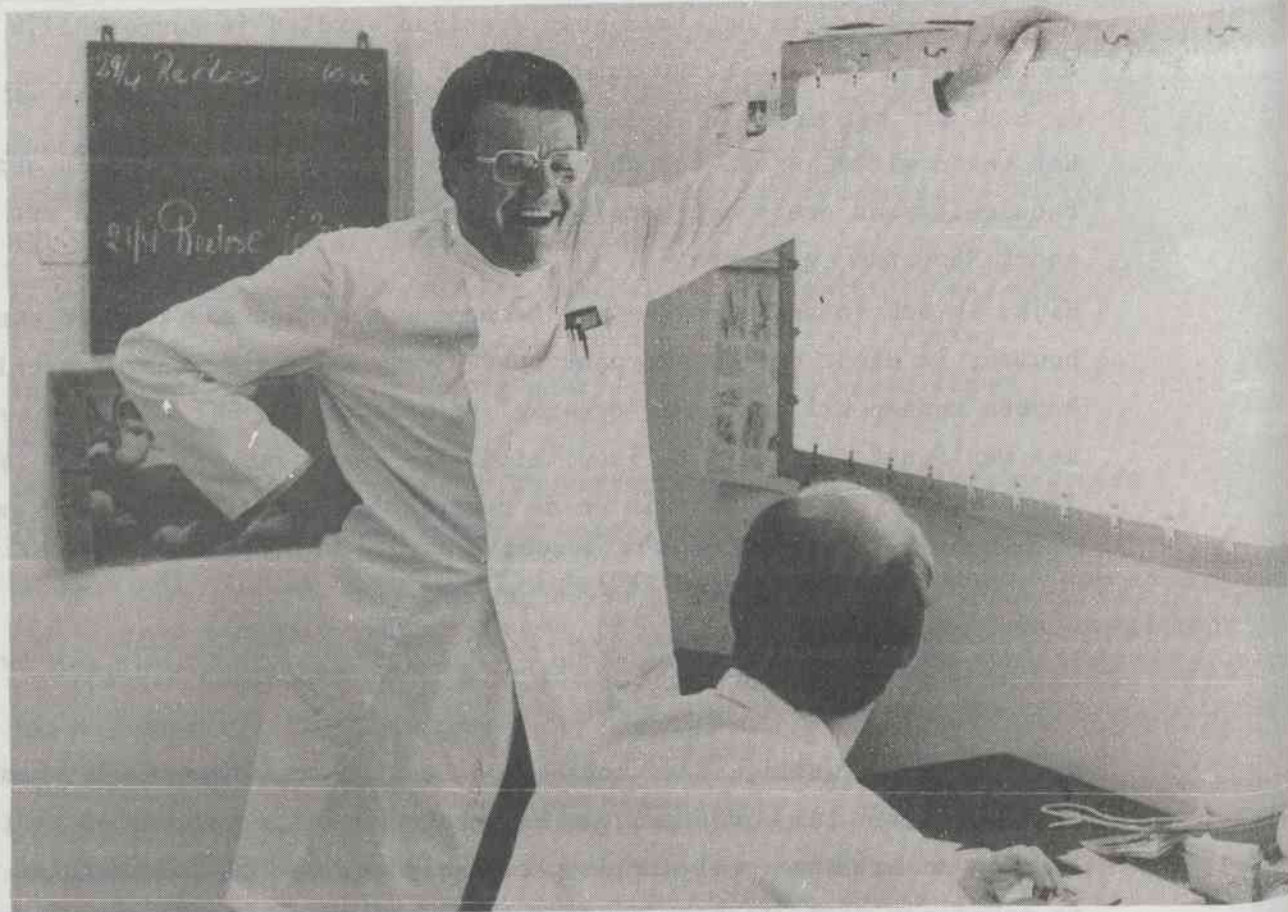
Nou, het is natuurlijk maar net hoe je de wind registreert. Als men volledig ingeslapen is, wordt men van het minste briesje wakker. Af en toe moet je de bulldozer wel uit de garage rijden. Dat heeft misschien wat te maken met mijn, laat ik zeggen, dynamische karakterstructuur. Maar mij is nou eenmaal gevraagd om de chirurgie in Maastricht op te zetten en dan moet je je daar met hart en ziel aan geven. Ik wil je wel zeggen, dat we nog niet op het St. Lucas ziekenhuisniveau zitten. Met name wat betreft behandeling en bespreking van patienten.

Het is belangrijk om goede nationale en internationale kontakten te ontwikkelen, gastsprekers hier te vragen en ga zo maar door en als men dat bulldozer-achtig wil noemen, dan stel ik toch dat in de huidige situatie het wat onaardige woord "ingeslapen" wel eens van toepassing is.

Er is vanaf 1972 in Annadal weinig meer gebeurd aan de onzekerheid van de kant van de faculteit. Ieder zichzelf respekterend ziekenhuis heeft altijd minstens twee verbouwingen aan de gang.

Er is een uiterst slechte routing. Ik word vaak aangesproken door patienten die zeggen: "Broeder vertel me eens waar is de afdeling...." Er is een heel merkwaardige verstrooide polikliniek. Overal in gangetjes en trapjes melden en dan staat er nog dreigend op "maar één tegelijk binnenkomen". Er gaat geen enkele gastvrijheid vanuit. Als je hier van dag tot dag werkt, zie je dat niet meer.

De directie en de Staf van het St. Annadal ziekenhuis hebben het de afgelopen jaren en eigenlijk nog steeds erg moeilijk gehad. Door de komst van de Faculteit hebben veel specialisten zich niet in Maastricht willen vestigen. Daardoor hebben een aantal mensen met enorme krachtinspanning hun praktijken moeten blijven doen en hebben geen tijd gehad om zich met iets anders bezig te houden, maar ik kom uit een heel andere situatie



Ik ben erg onder de indruk van de dienstverlening van de Annadal-specialisten, neem Lemmens, hij vertoeft de hele week en een groot deel van het weekend in de kliniek nu daar heb ik respect voor. Ik geloof dat weinig jongeren dat nog opbrengen.

Vind je dat er aan deze faculteit voldoende klinische research wordt gedaan?

Neen, ik vind dat er niet voldoende klinische research wordt gedaan, maar dat kan nog niet. Ik vind het meest belangrijke probleem dat deze faculteit te weinig klinici heeft benoemd. Dat er merkwaardig weinig inzicht heeft bestaan over het feit dat tóch, ondanks het feit dat het eerste echeleon en de gedragswetenschappen belangrijk zijn, de kliniek niet veronachtzaamd mag worden. Dat er onvoldoende rekening mee gehouden is dat de kliniek opgestart moet worden. Dat je daar een aantal jaren voor nodig hebt om dat te doen. We hebben gemeend dat we prioriteiten moesten stellen, dat de verbeteringen in de gezondheidszorg primair stonden, zoals heel duidelijk in de basisfilosofie is neergelegd. We moeten de witte vlekken in de gezondheidszorg eerst invullen, en research was dus niet het allerallereerste doel.

Jeekel had al een draaiende research-unit in Rotterdam en hij heeft er een stuk van naar Maastricht getransplanteerd. Het ging ook net over transplantatie. Hij heeft nu, gekoppeld aan V. Breda-Vriesman een aantal projecten ingediend, die draaien.

De belangstelling van andere mensen, zoals Soeters en Wesdorp lag voornamelijk op metabole zaken. Om daar een accent aan te geven hebben we in september j.l. een behoorlijk symposium over parenterale voeding georganiseerd om dat gebied nog eens te claimen. Het heeft ons nogal wat patienten uit binnen- en buitenland opgeleverd. En Soesters en Wesdorp hebben nèt vorige week bij de research commissie 5 projecten ingediend onder het hoofdthema voeding, zoals in de thematologie van de research commissie stond. Deze projecten zijn nu in de research commissie ter sprake gekomen.

Hoe denk je dat de discussie over het hoofdproject voeding zal gaan lopen? Wat stel je je daarvan voor?

Ach, kijk ... Je moet erg oppassen. Hòe ging dat met de pre-klinici, de mensen van het Biomedisch Centrum. Die hadden allemaal runnende projecten. Het is logisch als je vaak nog met eigen medewerkers en eigen instrumentarium over kunt stappen je snel research projecten hebt. Zo is dat ook met Jeekel gegaan. Maar dat hebben wij nu eenmaal in de kliniek niet. Wij moeten in de bestaande gezondheidszorgstructuur het ziekenhuis zogenaamd academiseren. Ook in Rotterdam en Nijmegen heeft men juist op klinisch gebied grote moeilijkheden gehad met deze academisering. Wij hebben daarvan niet geleerd. Jullie begrijpen dat daardoor de research in de kliniek niet op de eerste plaats kan komen maar ik vind dat de kliniek recht heeft op een eigen research-gezicht.

En als er nou toevallig capabele mensen zijn op één van die onderwerpen - als ze goed bevonden worden - dat ze automatisch òf onder andere hoofdprojecten òf als eigen hoofdproject gaan draaien.

En hoe dat precies moet gaan?

Er is een research commissie. En aan de wijsheid van de research commissie daar zullen wij ons aan onderwerpen. Destijds hebben we gezegd: onze lijn ligt voor een stuk in thrombose en vaten. We kunnen dus zò invoegen. Maar bovendien hebben we dan nog voeding en metabole zaken van het menselijk lichaam, wat wij van groot belang vinden o.a. kankerpatienten. Dat willen we graag invoegen als een soort experiment.

Het is voor jou dus belangrijker om het onderzoek te doen dan om een hoofdproject te hebben?

Oooh dat, dat is op zich een bijkomstigheid. Het gaat er mij alleen maar om dat deze mensen, die hun bepaalde verworvenheden hebben en die een niet mis te verstane kwaliteit hebben, dat die hier aan bod kunnen komen. Die zijn daar tenslotte óók voor gekomen. Net zo goed als Reneman of Hemker hiervoor gekomen zijn. Om een bepaald stuk van hun werk en kwaliteiten te kunnen uiten.

En ik claim, ik wil graag verdedigen - en het gaat niet om mezelf - maar om buitengewoon bekwame mensen op dit gebied als Soeters en Wesdorp.

Ik heb gemerkt aan de research commissie in het laatste gesprek, dat ook al zou het project in de knel komen, ze vóór gaan.

Dus ik heb helemaal geen punt meer.

Maar, omdat we in het verleden hebben afgesproken dat dat een hoofdproject zou zijn, vind ik wel dat er zwaarwegende argumenten moeten worden aangevoerd om juist dit hoofdproject te schrappen.

Ja, ja, ja dat ligt allemaal vast.

Er moeten redelijke argumenten naar voren worden gebracht om dat eventueel ergens anders onder te brengen. Waar ik dan géén bezwaar tegen zou hebben, dat heb ik ook héél duidelijk gesteld.

Maar, omdat de afspraak voor het project voeding primair lag, kun je niet zoals de mensen die met de spikes binnenkwamen, omdat de anderen zich nog eerst moesten verkleden, zeggen dat ze niet meer mee mogen doen aan de race omdat ze te laat zijn. Onzin..... je moet dat een beetje reëel houden.

Heb je nog behoefte om te reageren op ons feuilleton van de "Vrijgestelden"?

Ja, ik geloof niet dat men met dit soort discussies op de goede weg is.

"De nieuwe vrijgestelden" is een sociologisch erg goede studie, meesterlijk gedaan door Vuijsje, maar de discussie hier wordt gevoerd door de soort mensen die continu tegen de zogenaamde "heroes in white", die zeggen dat ze twaalf uur per dag werken, trappen. Ze berokkenen de medische faculteit grote schade, want de faculteit kan niet zonder kliniek.

Ik heb onlangs het genoegen gehad om met een van de hoogleraren van McMasters te praten en die zei me dat we één grote fout hebben gemaakt, namelijk dat we onvoldoende artsen en klinici hebben benoemd. En daar plukken we nu de wrange vruchten van.

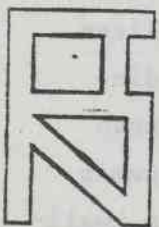
Begrijp ik dat dit soort zaken voor jou überhaupt niet ter discussie staan?

Nee. Ik zeg alleen dat er een landelijk Nederlands honoreringssysteem is. Dat heb ik niet gemaakt. En je moet wel even goed begrijpen dat we onszelf uit de marktsituatie prijzen, als we dat alleen in Maastricht willen veranderen. Dan blokkeren we iedere mogelijkheid om in deze stad een goede kliniek op te zetten.

Ik heb helemaal niet gezegd dat de kliniek onaantastbaar is.

Maar als ik een klein deukje in mijn auto heb en ik ga naar een garage, betaal ik wel vierhonderd gulden voor bijna niks. Dat zijn Bovag-tarieven. Als ik iemand zijn appendix eruit haal voor vierhonderd gulden dan is dat ook volgens een landelijk honoreringssysteem. Maar men moet niet proberen om met verdachtmakingen en kreten als de oude vrijgestelden met één of twee mensen een landelijk systeem te blokkeren.

Op dit soort mensen moet je niet voor de faculteitsraad stemmen, dat ben



Als je nu de psycholoog met een zesjarige studie naast de arts met een zevenjarige studie zet, wat vind je dan van het toch wel opvallende verschil in honorering?

Dat is onzin. Ik ben nēgen jaar opgeleid in de heelkunde nadat ik zeven jaar medicijnen had gestudeerd. Daarna ben ik nog een paar jaar chef de clinique geweest in Rotterdam, daar kreeg je in die tijd niet zoveel voor en dan ben je dus een jaar of twaalf ná je arts-examen bezig voor je überhaupt aan een specialisten-inkomen toe bent.

Ik ben het met je vergelijking niet eens. De psycholoog heeft niet te vergelijken : verantwoordelijkheden - hij kan het eens een keer mis hebben met de beoordeling van een patient - maar in de heelkunde hebben we werkelijk grote verantwoordelijkheden over patienten.

En dan kan je wel beginnen over de Zwarte Dood en al die flauwe grappen, maar die verantwoordelijkheid die ligt er gewoon.

Ik kan daar ook niks aan doen, maar in bepaalde takken van chirurgie zoals kankerchirurgie en vaatchirurgie ben je gewoon met risicolopende operaties bezig, die een grote betrokkenheid eisen en de mate van betrokkenheid - en die komt helaas tot uiting in een groot aantal uren- bepaalt juist hoe zo'n patient het verder zal maken.

Dat is nou eenmaal het vak van de heelkunde. Daar moet je nou niet gaan vergelijken met het iets vrijblijvender vak van psycholoog die nog eens een tweede babbeltje en een derde babbeltje kan maken. D'r zijn bij ons geen tweede babbeltjes. Dat is in één keer goed of niet.

Daar zit een heel stuk risico en verantwoordelijkheid in en dat wordt in onze samenleving nog altijd omgezet in honorering.

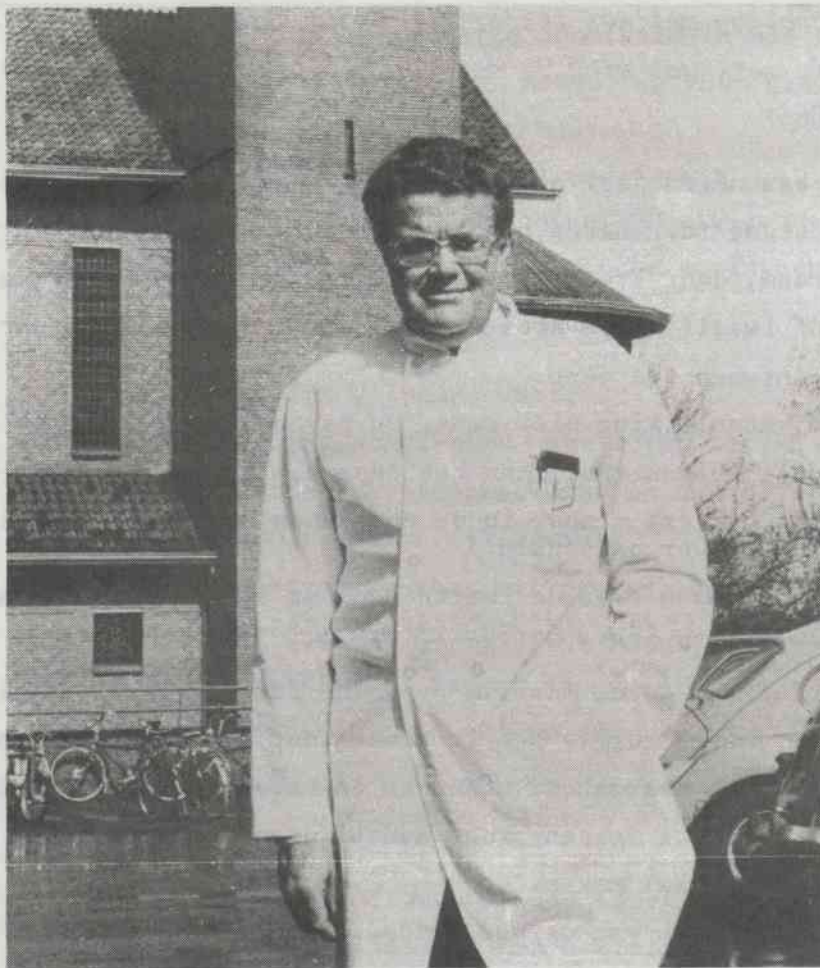
Ik kan daar ook niks aan doen. Daar moet men niet continu tegenaan gaan schoppen met de puntige schoenen van de spitse redeneerder want daar komen we geen stap verder mee.

Er zijn politieke kanalen waarlangs mensen zich dan verder uit kunnen leven, maar dan moeten ze in Den Haag zijn en niet in Maastricht.

En heelkundige betrokkenheid gedurende acht uur per dag ...?

Nou nee, was dat maar waar. Je hebt in het autobedrijf ook mensen die versnellingsbakken repareren en je hebt mensen die het achteruitkijkspiegeltje recht zetten. Je hebt verschillende graden van getraindheid en daar is erg veel tijd voor nodig. En die vaardigheid is maar aan een klein aantal mensen gegeven. Die kunnen niet zeggen: "ik stop na acht uur", als dan de volgende een beroep op hen doet.

Ons vak eist erg veel, je moet een bepaalde leefwijze hebben; daarom zie je mij ook niet zoveel in de stad. Dat kun je dwaas vinden, maar de mensen doen nou net op die dwazen een beroep om zich zo optimaal mogelijk te laten opereren. En net die mensen, die zo tegen ons aan staan te duwen, doen dag en nacht een beroep op je als ze zelf in de problemen komen, omdat



Je maakt je ook ongerust over het onderwijs?

Ik vind dat we als faculteit een grote verantwoordelijkheid op ons hebben genomen tegenover de studenten. We moeten ze een zo optimaal mogelijke gelegenheid bieden om een goed arts te worden.

En ik vind dat de somatische gezondheidszorg anno 1977 daar volledig bij betrokken moet worden.

Als ik nou zie, hoe dat bijvoorbeeld in het derde studiejaar hier en daar is gegaan, nou dan kan ik alleen maar glimlachen om de naïviteit van de denktrant die daarachter zit. Nou geloof ik ook wel dat we dank zij de studenten wel een beetje op het goede pad blijven, maar de student moet natuurlijk ook weer niet overwaardig over zijn oordeelsvermogen alle zaken te kunnen overzien.

En als ik dan zie dat alle arts-assistenten, die ik als tutor heb opgegeven, van de lijst geschrapt zijn; jonge artsen die zeer betrokken zijn bij jullie situatie..... Je hebt toch een stuk coaching nodig in zo'n groep.

Terwijl men mensen die geen medische opleiding hebben wél tutor laat spelen en een econoom een blok acute nood moet leiden.

Ik geloof dat jullie een basaal stuk anatomie, topografie, klinische denktrant en besluitvorming wel missen.

Daar willen we jullie natuurlijk niet steeds mee confronteren, maar ik ben blij dat wij tien mensen krijgen voor het keuze-blok chirurgie, opdat ze de intramurale zorg nu eens van zeer nabij kunnen gadeslaan.

Kijk, het fantastische hier is het je zelf wegwijs maken in de literatuur en het oplossen van een flink aantal problemen. Daar zijn wij ook de hele dag mee bezig, zo zetten wij ook onze refereeravonden op.

Ik vind het erg gunstig dat dat zo vroeg komt.

Maar als je alle studenten in een keer tracht mee te nemen dan moet je zeer hoge eisen gaan stellen aan de evaluatie en ik dacht niet dat die evaluatie op dit moment de toets van de kritiek kan doorstaan.

Waar hou je je nou in je vrije tijd mee bezig?

Een van mijn gekke hobbies is de medische begeleiding van Ajax, de andere is een beetje grasduinen in kunst en kunstgeschiedenis, tentoonstellingen in en buiten Nederland.

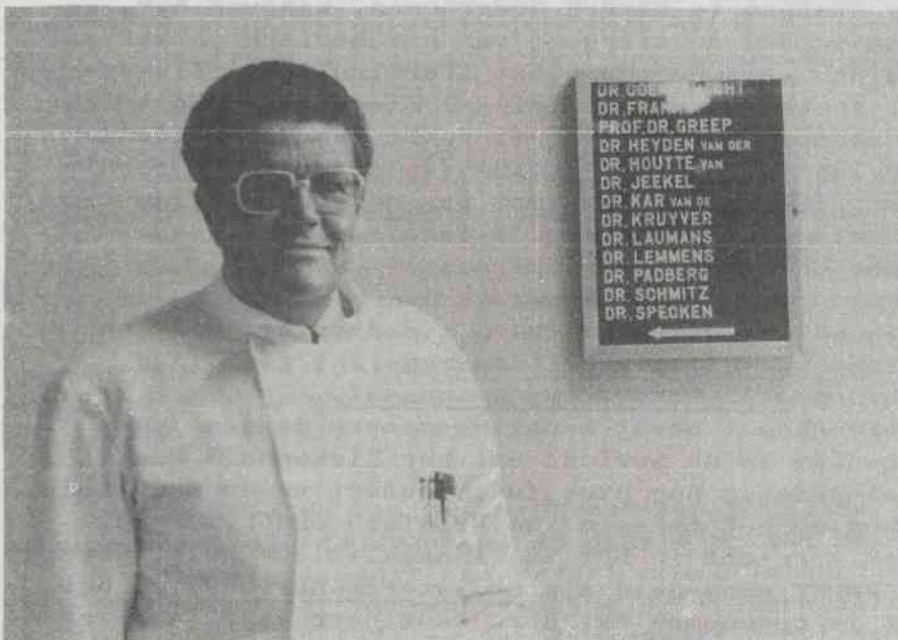
Ben je een liberaal?

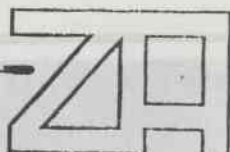
Ik ben een Vonhoff liberaal; ik ben geen lid van de VVD, hoewel sommige mensen dat denken.

Ik vind het erg jammer dat er zoveel gepolariseerd wordt, dat is in de politiek jammer en ook in de faculteit.

Dan worden er dingen gezegd die waarschijnlijk niet zo bedoeld zijn. Gewoon opzettelijk tegen schenen schoppen. Dat is niet goed in de voetballerij, maar ook niet voor de faculteit.

We moeten constructief met elkaar de vele problemen het hoofd bieden om deze faculteit de plaats te geven die ze gezien haar doelstellingen verdient.





I De Rijksuniversiteit Limburg, het Ziekenhuis Maastricht en het Ziekenhuis St. Annadal

Aan elk van de Nederlandse universiteiten is - bij wet voorgeschreven - een academisch ziekenhuis verbonden. Het academisch ziekenhuis verschilt van het streekziekenhuis in die zin, dat het naast de behandeling en verzorging van patiënten tevens een functie vervult ten behoeve van het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek.

Ook aan de RULg is een academisch ziekenhuis verbonden. De Wet RULg bepaalt dat in Maastricht een academisch ziekenhuis is gevestigd, dat de naam Ziekenhuis Maastricht draagt.

Onlangs heeft staatssecretaris Klein het bestuur van het Z.M. geïnstalleerd. Zoals bekend is exploiteert dit bestuur op het moment nog geen ziekenhuis. De reden hiervan is, dat er in Maastricht geen plaats is voor twee volwaardige ziekenhuizen. De gezondheidszorg heeft daaraan geen behoefte. Dit betekent, dat het Z.M. nu en ook in de toekomst niet kan functioneren naast het huidige St. Annadal.

Door het Rijk en het bestuur van Annadal is overeengekomen, dat de functies die het Ziekenhuis St. Annadal vervult, zullen worden overgenomen door het Z.M. en dat het bestuur, als dit proces is voltooid, St. Annadal zal opheffen. Vóórdat hiervan sprake kan zijn, dient echter een veelheid van stappen te worden ondernomen, waarvan b.v. genoemd kan worden de overgang van het medisch en het niet-medisch personeel van het (particuliere) Ziekenhuis St. Annadal naar het (rijks) Ziekenhuis Maastricht. Al deze stappen vergen veel tijd. De voortschrijdende ontwikkeling van het curriculum van de medische faculteit laat echter niet toe, dat pas na de opheffing van St. Annadal medewerkers van de faculteit klinische werkzaamheden kunnen verrichten.

Om daarin nu te kunnen voorzien, is door het Rijk en het bestuur van St. Annadal een regeling getroffen, de zogeheten overeenkomst Rijk-Annadal.

Deze overeenkomst bevat bepalingen over datgene wat moet gebeuren in de periode dat het Ziekenhuis Maastricht als zodanig nog niet functioneert en de faculteit haar taken op het terrein van klinisch onderwijs en onderzoek verricht in het St. Annadal-ziekenhuis. Deze periode wordt aangeduid als de interim-periode. In het contract is opgenomen dat deze tenminste vijf jaar zal duren.

In grote lijnen is in het contract het volgende geregeld:

- het opent mogelijkheden voor toegang van facultaire medewerkers om ook ten behoeve van onderwijs en onderzoek in Annadal klinisch werkzaam te zijn, voorzover dat vanuit de behoeften die de gezondheidszorg heeft, mogelijk is. Deze mogelijkheid is voor een aantal van onze medewerkers inmiddels geconcretiseerd.

Het meest sprekende voorbeeld daarvan is de capaciteitsgroep Algemene Heelkunde, die op basis van een uitgewerkte zogenaamde deelstructuurovereenkomst een samenwerkingsverband is aangegaan met de inder tijd in St. Annadal werkzame vrij gevestigde specialisten. Thans functioneert dit samenwerkingsverband als één afdeling. Alle door de Specialististen Registratie Commissie erkende chirurgen zijn al dan niet full time aan de universiteit verbonden en het gehele samenwerkingsverband functioneert volgens regels die de RULg in overleg met de chirurgen heeft opgesteld. Dit betekent b.v. voor de financiële paragraaf van de deelstructuurovereenkomst dat deze geheel is opgesteld volgens de regels voor extra-honorering die de universiteit hanteert. Gevolg hiervan is onder meer, dat alle inkomsten van de afdeling volgens door de universiteit vastgestelde en vast te stellen regels worden geadmistreerd, beheerd en bestemd.

Daarnaast zal de Stichting St. Annadal bevorderen, dat de specialisten van Annadal zoveel mogelijk per afdeling in dienstverband met het Z.M. overgaan op basis van een salaris overeenkomstig de LAD-normen;

- het bevat bepalingen met betrekking tot de afkoop van particuliere praktijken. Deze afkoop zal geschieden volgens de voorlopige COZ-regeling terzake. De overeenkomst bevat zowel ten aanzien van de afkoop van de particuliere praktijken als ten aanzien van de salarissen op basis van de LAD-normen een mogelijkheid daarvan af te wijken, indien de betrokken specialisten andersluidende aanspraken kunnen doen gelden. Deze aanspraken zullen van geval tot geval worden beoordeeld;
- ten behoeve van het niet-medisch personeel garandeert het contract na de opheffing van het Ziekenhuis St. Annadal een zoveel mogelijk gelijkwaardige functie met overeenkomstige salarisschaal en salarisanciënniteit in het Ziekenhuis Maastricht.

Het voorziet in een arbitragemogelijkheid indien het niet-medisch personeel zich niet kan verenigen met b.v. de gelijkwaardigheid van de functie in het Z.M. Voorts zal het niet-medisch personeel volgens nader te stellen regels in de gelegenheid worden gesteld om hun kennis en bekwaamheden te vergroten;

- tot slot bevat de overeenkomst een aantal bepalingen met betrekking tot onder meer het deelnemen van het bestuur van het Z.M. in het bestuur van St. Annadal; de eigendomsoverdracht van gebouwen en terreinen door de Stichting aan het Rijk; de aflossing van de schulden van St. Annadal na de opheffing en de samenwerking ter zake van de financiering van de eventuele nieuwbouw van het Z.M.

II Het Ziekenhuis Maastricht en de Rijksuniversiteit Limburg

Het Z.M. beschikt wettelijk over een eigen rechtspersoonlijkheid en vormt derhalve géén onderdeel van de RULg.

Voor het doen en laten valt het Z.M. uiteindelijk onder de zeggenschap van de Minister van Onderwijs en Wetenschappen, ofschoon voorzien is in verschillende verbindingslijnen tussen het Z.M. en de RULg. Zo voorziet de wet in overlegorganen tussen het bestuur van het Z.M. en het bestuur van de universiteit. Onlangs is de zogenaamde Commissie van Overleg ingesteld, waarin het bestuur Z.M., het College van Bestuur en het bestuur van St. Annadal overleg voeren over de aangelegenheden die gezamenlijk beraad wenselijk maken.

De wet voorziet tevens in een mogelijkheid voor het bestuur van de faculteit een commissie in te stellen, die de belangen van de faculteit behartigt in alle zaken van het ziekenhuis, waarbij tevens belangen van het wetenschappelijk medisch onderwijs en onderzoek zijn betrokken.

Dit artikel kwam tot stand in vriendelijke samenwerking met de afdeling Algemene en Juridische Zaken.

Jaap Zuidweg.

gerard's vreugd



GERARD'S VERDRIET

èn een speciaal Maffius-nummer over Annadal: ik weet van ellende haast niet waarik over moet schrijven. Maar laat ik met een klein houvast beginnen: een motie die ik indiende bij de fakulteitsraad over de lokatie van de fakulteit der Geneeskunde. Bèr Sondeijker heeft in "De Limburger" aan die motie meer aandacht besteed dan het F-Raad Bulletin, dus zal ik voor niet-Limburger-lezers in deze Gerard Privé de achtergrond van die motie nader toelichten. Die motie was eigenlijk gebaseerd op een tot in het extreme doorgevoerde redenering. Enerzijds is het Bestuur van het ziekenhuis Maastricht, de phoenix van St. Annadal, gemachtigd vast te stellen waar het ziekenhuis Maastricht zal zijn gelegen.

Anderzijds is het de Universiteitsraad die zal bepalen waar de Rijksuniversiteit Limburg haar tenten zal opslaan. Stel nu, dat eerstgenoemde instantie de voorkeur te kennen geeft het ziekenhuis Maastricht op het terrein van St. Annadal te bouwen en dat de Universiteitsraad vóór deportatie naar Randwijck is. Als beide instanties hun poot strak houden zou dat kunnen betekenen, dat de Medische Fakulteit en het Academisch Ziekenhuis op grote afstand van elkaar gevestigd worden. Met mijn motie heb ik willen aangeven, dat de Universiteit op deze eventuele ongewenste situatie voorbereid zou moeten zijn door zich te oriënteren over de mogelijkheden van vestiging in de "nabijheid" van St. Annadal, dãn ziekenhuis Maastricht geworden. Voor het effect wat zo'n motie heeft - die overigens met algemene stemmen werd aanvaard - moeten we naar de Universiteitsraadsvergadering.

Daar realiseerde men zich wel, zij het op grond van argumenten die ik al eens eerder in Maffius belichtte, dat de keuze voor Randwijck heden ten dage zeker niet vanzelfsprekend is. Dus vroeg zij het College van Bestuur de - nieuwe ? - argumenten pro Randwijck nog eens aan het papier toe te vertrouwen en daarbij te trachten objectief te blijven. "Op grond van die nota", meldde U-raad Bulletin en De Limburger, "kan de Universiteitsraad dan voor Randwijck kiezen".

Omdat kiezen naar mijn mening nog altijd het voor handen hebben van minstens twee alternatieven inhoudt, kan hier van "kiezen" geen sprake zijn. Ik ben dan ook blij dat juist nu mijn eenmansoppositie met Pie Bartholomeus en Hans Hagen versterkt is; gedrieën zullen we alsnog trachten het ongevraagde alternatief op schrift te zetten. Net als het College van Bestuur zullen we er daarbij naar streven objectief te blijven. Het aantal vragen waarop we de antwoorden aan het koffiedik zullen moeten onttrekken, zal waarschijnlijk vergelijkbaar zijn met het aantal helderziendheden van het College van Bestuur. Wel verwacht ik dat een belangrijk accentverschil zal liggen waar het het belang van de Gemeente Maastricht als stad betreft. Wij willen er nadrukkelijk van uitgaan dat de Universiteit in Limburg is gekomen om een impuls te zijn voor de bevolking van deze provincie én die van Maastricht, zonder daarvoor als prijs het huidige karakter van haar hoofdstad geweld aan te doen.

De concentratie van stedelijke elementen zoals die nu voor de noordelijke Randwijck-lob gepland zijn (woningen, een zwembad, een ijsbaan e.d.) houden die bedreiging voor het centrum van Maastricht wel degelijk in. De achtergrond waartegen wij ons alternatief zullen presenteren is dus niet objectief = wij kiezen -subjektief- voor lokatie van de Universiteit in de binnenstad en zullen laten zien dat daar een aantal objectieve argumenten voor te geven zijn. Subjektieve achtergronden zullen ook in de nota van het College van Bestuur te vinden zijn; reden te meer voor ieder lid van deze Universitaire gemeenschap en met name de leden van de U-Raad om zich bij deze keuze betrokken te voelen. Tot slot moet ik U nog even mee terugnemen naar het begin van dit verdriet. Want de daar aangehaalde redenering over uiteenlopende plaatskeuze door Bestuur Ziekenhuis Maastricht en Universiteitsraad kan ook omgedraaid worden. Stel dat de U-Raad kiest voor het zover als mogelijk vestigen van de RULg in de binnenstad en ZM wil naar Randwijck? De U-Raad zal zich dan *aktief* sterk moeten maken om de eerste aanzet tot argumentatie van die keuze die eerdergenoemden zullen opstellen, verder uit te breiden en met nauwkeuriger gegevens te onderbouwen. Alleen dan zal de Universiteit in het overleg met het ziekenhuis Maastricht sterk genoeg kunnen staan om laatstgenoemde nieuwbouw op het terrein van St. Annadal serieus te laten overwegen.

Vergoeding kosten keuze-onderwijs

Er bestaat nog geen formele regeling voor de vergoeding van onkosten die door studenten gemaakt worden in het kader van het keuze-onderwijs. Er wordt naar gestreefd zo spoedig mogelijk, op basis van de bestaande Rijksvoorschriften een dergelijke regeling op te stellen. Vooruitlopend hierop kunnen aan studenten voorlopig de volgende kosten worden vergoed:

- de reiskosten per goedkoopste gelegenheid van openbaar vervoer; deze kosten moeten gemaakt zijn tijdens en ten behoeve van het betreffende keuzeblok;
- ad hoc en voorshands worden vergoed de kosten van overnachting indien en voor zover er redelijkerwijs extra huisvesting dient te worden gekozen; hierbij wordt wel vertrouwd op de nodige soberheid der studenten.

Voor de afhandeling van een en ander dient men contact op te nemen met de Dienst Financiële Administratie. Daar moeten ook de declaraties worden ingediend.

J.O.

Contactpersonen keuzeonderwijs

De lijst van contactpersonen voor het keuzeonderwijs is als volgt samengesteld:

1. Alg. Heelkunde	J.M. Greep
2. Biochemie	H.C. Hemker
3. Biofysica	P.A. Cuypers
4. Cardiologie	H. Wellens
5. Farmakologie	H. Thijssen
6. Fysiologie	M. Alessie
7. Gez.h.zorg onderzoek	A. Burger
8. Huisartsengeneeskunde	T. Mol
9. Inw. Geneeskunde	H.A. Hulsmans
10. Klin. Psychiatrie	cap.gr. voorzitter
11. Medische Ethiek	P. Sporcken
12. Medische Microbiologie	W. Engels
13. Medische Psychologie	M. Beekers
14. Medische Sociologie	J. Diederiks
15. Morfologie	L. Wiertz
16. Pathologie	P. van Breda-Vriesman
18. Sociale Psychiatrie	J. Lasker

Promotie

Op vrijdag, 20 mei a.s. te 16.00 uur zal in de Aula drs. A.H.J. Gijzen promoveren tot doctor in de geneeskunde. Zijn proefschrift is getiteld: "Direct solid-phase Radioimmunoassay of Cortisol". Promotor is prof. dr. H.C. Hemker. Dr. Gijzen is sinds 1969 adjunct-hoofd van het isothopen laboratorium van het De Wever-ziekenhuis in Heerlen.

Publicaties

In dit rubriekje zal voortaan worden gesignaleerd welke wetenschappelijke voordrachten er in het recente verleden door medewerkers van de universiteit zijn gehouden en welke publicaties zij deden verschijnen.

Copieën van voordrachten en artikelen zijn doorgaans verkrijgbaar bij de afdeling Voorlichting. Boeken liggen daar ter inzage.

De afdeling Voorlichting is voor het verzorgen van deze rubriek afhankelijk van de bereidheid van sprekers en auteurs, opgave van hun verrichtingen te verstrekken. Waarvoor dank!

J.O.

Bij Ambo, Baarn verscheen van Paul Sporken "Ethiek en Gezondheidszorg". Het boek wil aan de werkers in de gezondheidszorg en aan degenen die in opleiding zijn een globaal overzicht bieden van het geheel der meest voorkomende ethische problemen inzake gezondheid en gezondheidszorg.

In het Zwitserse tijdschrift "Vaterland" (nr. 60, 12. März 1977) verscheen, eveneens van prof. Sporken een bijdrage onder de titel: "Sterbebeistand, Aufgabe des Christen".

In het Tijdschrift voor Psychiatrie (1977,1) schrijft dr. M.A. Bremer-Schulte over "Is de sociaal psychiatrische dienst uitsluitend een zaak van beroepskrachten?".

In Medisch Contact, 1977, 32, 274 - 276 schrijven A.J. van Loon en H.G. Schmidt over "Opnieuw de Arts-Patiëntrelatie".

L. Lodewick, R. Lulofs en H. Schmidt: "An individualised learning-system for interviewing techniques", in J. Clarke en J. Leedham (ed.): Aspects of educational technology X: Individualised Learning, Kogan Page, 1977.

In het congresboek van de ORD 1977 (Onderwijs research dagen der Nederlandse Universiteiten en Hogescholen) leveren H.G. Schmidt en P.A.J. Bouhuijs een bijdrage onder de titel: "Effekten van structurering van patiëntproblemen op leerresultaat en satisfaktie van studenten".

Sport en Gezondheid

(Dit artikel is een bewerking en voor een groot deel een letterlijke weergave van het uitgeschreven hoofdproject "Sport en Gezondheid" J.O.)

Een van de door de Faculteit der Geneeskunde vastgestelde en goedgekeurde hoofdprojecten is "Sport en Gezondheid". Hoofdprojectleider is prof. R. Reneman.

Sport speelt in toenemende mate een rol in de samenleving. Wanneer er verdere verkortingen van de werktijd plaats gaan vinden zal het belang ervan nog toenemen. Daarbij gaat het niet alleen om topsport als professie voor weinigen en ontspanning voor velen. Van zeker zo groot belang zijn allerlei vormen van rekreatieve sportbeoefening en lichamelijke inspanning.

Sport wordt meestal gezond voor lichaam en geest geacht. Toch zitten er ook kanten aan die het lichamelijke en geestelijke welzijn kunnen bedreigen: chronische blessures, overtraining, spelverruwing, het gebruik van stimulerende middelen zijn daarvan enkele voorbeelden.

Het hoofdproject "Sport en Gezondheid" houdt zich bezig met de vragen als: hoe gezond is sport eigenlijk?, hoe kunnen de positieve kanten ervan bevorderd worden en de negatieve teruggedrongen?

Kenmerken van sportbeoefening

Bij het onderzoek dat de projectgroep verricht staan drie kenmerken van sportbeoefening centraal.

- Sportbeoefening bestaat uit een lichamelijke activiteit die een zekere mate van lichamelijke en geestelijke inspanning vraagt. De inspanning wordt niet verricht om een of ander resultaat te bereiken maar om haarzelfswille: wie vijftien kilometer wandelt bedrijft sport, maar de postbode die een dergelijke afstand aflegt niet.
- Sportbeoefening is gericht op het leveren van een prestatie. Deze is makkelijk te beoordelen in termen van winnen of verliezen, goed of slecht.
- Sportbeoefening vindt plaats binnen het kader van min of meer strikte spelregels.

Deze elementen behoeven bij de activiteiten die de projectgroep bestudeert niet alle drie in even sterke mate aanwezig te zij. In sommige studies zal de nadruk liggen op de lichamelijke inspanning zonder dat de spelregels veel aandacht krijgen; in andere zal het gaan om de effecten van de spelregels zonder dat daarbij de lichamelijke inspanning veel ter zake doet.

Bij het bestuderen van de vraag hoe sport het lichamelijke, psychische en sociale welbevinden bevordert of schaadt is niet allereerst het wel en wee van de topsporter aan de orde; er wordt veeleer aandacht gegeven aan die zaken die van belang zijn voor alle sportbeoefenaren.

Over het verband tussen sport en lichamelijke gezondheid is tot nu toe vrij veel onderzoek verricht. Toch blijven er ook op dit gebied nogal wat vraagtekens. Welke invloed heeft lichamelijke inspanning bijvoorbeeld op bloeddruk, hart- en vaatziekten of op aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Veel onduidelijker nog is de relatie tussen sport en geestelijke gezondheid of sport en psychisch functioneren. Iedereen weet dat de psychische instelling en de motivatie de lichamelijke prestatie kunnen vergroten. Ook is bekend dat psychische belasting en psychische stress ook bij de niet-topsporter een toestand van "overtraining" kunnen veroorzaken. Minder bekend is bijv. hoe het lichamelijke prestatievermogen reageert tijdens psychische belasting en omgekeerd.

Ook op de vraag welke invloed sporten heeft op het sociale aspect van gezondheid en welbevinden is nog geen klaar antwoord te geven. Bij sommige sporten vindt spelverruwing en spelbederf plaats. Betekent dat, dat sport ook nadelig kan zijn voor het sociale en psychische functioneren van mensen? Om daarover te kunnen oordelen moet men eerst op een aantal vragen betere antwoorden kunnen geven dan tot nu toe: waarom kiest een sporter een bepaalde sport; welke rol spelen de spelregels; welke invloed heeft de coach op het spelgedrag; welke maatschappelijke factoren zijn er de oorzaak van dat van sommige sporten de populariteit maar ook de commercialisering toegenomen zijn.

Een aantal vragen die leven op het vlak van sport en gezondheid hebben een wijdere betekenis. Het onderzoek dat verricht gaat worden zal ook zicht geven op meer algemene problemen zoals de vraag welke de invloed is van lichamelijke inspanning op gezondheid (arbeidsgeschiktheid en "sportgeschiktheid" zijn verwante zaken) en van welke aard de samenhang is tussen lichamelijke en psychische stress.

In het kader van het hoofdprojekt "Sport en gezondheid" wordt thans gewerkt aan een drietal deelprojekten. We geven hiervan in het kort enkele hoofdpunten aan.

Deelprojekt I: fysieke en psychische belasting (Leider: H.K. Rahn)

Bij sport (lichamelijke belasting) treedt verandering op in de functie van een aantal orgaansystemen (bewegingsapparaat, hart, bloedsomloop, ademhalingsorganen, maar ook: autonome zenuwstelsel, endocriene organen en psyche).

In omgekeerde richting kunnen stoornissen van de genoemde orgaansystemen de prestatie bij lichamelijke belasting veranderen. Hoe reageert bijvoorbeeld iemand met een gestoorde longfunctie op lichamelijke belasting. Nauwkeurige gegevens daarover zijn van groot belang voor artsen, die mensen aanbevelingen moeten geven over voor hen geschikte vormen van sport.

Lichamelijke activiteit kan in bepaalde gevallen een gunstige invloed hebben op het verloop van een ziekte of gestoorde functie: fysieke therapie (lichamelijke belasting) kan positief werken bij verlammingen. Zo zijn er ook aanwijzingen dat regelmatige lichamelijke activiteit de voortgang van sommige vormen van hoge bloeddruk kan verminderen.

Het deelprojekt Fysieke en Psychische belasting zal zich met de volgende vraagstellingen bezig houden:

1. Wat is het effect van lichamelijke inspanning op orgaansystemen en psyche?
2. Hoe reageren zieke orgaansystemen op lichamelijke beasting?
3. Hoe wordt het prestatievermogen bij sport beïnvloed door ziekte van organen?
4. Welke betekenis hebben psychische factoren op lichamelijke belasting?
5. Kunnen lichamelijke activiteiten het verloop van bepaalde ziekten beïnvloeden?

Tot op heden werden in het kader van het deelproject de volgende onderzoekselementen aangevat dan wel bij de Researchcommissie ingediend:

Belasting en prestatie (Lulofs)
Sporthart (Reneman)

De invloed van chronische fysieke belasting op de ontwikkeling van de bloeddruk en het sympatisch zenuwstelsel bij normotensieve en spontaan hypertensieve ratten (Struyker Boudier).
 De invloed van fysieke belasting op het sympatisch zenuwstelsel bij hypertensie (Rahn).

Deelproject II: Bewegingsapparaat (Leider: R. Reneman)

Voor dit deelproject is gekozen omdat aandoeningen van spieren, pezen, banden en gewrichten steeds vaker voorkomen. Een mogelijke oorzaak daarvan is overbelasting van het bewegingsapparaat. Een andere mogelijkheid is dat onvoldoende coördinatie van bewegingen tot blessures leidt. Voorlopig zullen drie onderzoekselementen binnen het deelproject "Bewegingsapparaat" worden aangevat.

1. De oorzaken van en de biochemische veranderingen bij spierverharding tijdens training (Kuipers).
2. Het voorkomen en de medische relevantie van knie- en enkelarthrosis bij sporters (nog niet vastgesteld).
3. Coördinatie van bewegingen bij verschillende vormen van fysieke belasting (Verstappen).

Deelproject III: Spelgedrag en begeleiding (Leider: H. Philipsen)

In dit deelprjekt staat centraal, dat de "opbrengst" van sport en spel (welzijn, gezondheid) tot stand komt tijdens het spel zelf.

Van een gezonde en bevredigende sportbeoefening is in het algemeen sprake

- a. als spelers en toeschouwers er tot op zekere hoogte voldoening in vinden;
- b. als er zo weinig mogelijk spelbederf is tijdens het spel;
- c. als er zo weinig mogelijk negatieve gevolgen blijken na afloop van het spel.

Voorlopig zal in dit deelproject gewerkt worden aan een drietal onderzoekselementen die in hun uitwerking op het spelgedrag kunnen leiden tot onvrede etc.

Deze onderzoekselementen zijn:

- spelregels (Philipsen)
- motivatie (Beekers)
- coaching (Janbroers)

J.O.

Werkvakantie-stop voor buitenlandse studenten in Zweden

Deze zomer zal Zweden geen buitenlandse studenten meer toelaten die in dit land een werkvakantie willen doorbrengen.

Wanneer studenten aan de grens niet kunnen aantonen in het bezit te zijn van een "rond-trip-ticket" en voldoende geld voor hun verblijf in Zweden zal de toegang geweigerd worden.

Met deze maatregel wil men een einde maken aan de grote stroom buitenlandse studenten die jaarlijks gedurende de zomervakantie in Zweden komen werken. Afgelopen zomer waren er dat meer dan 17.000 waarvan 9000 Polen.

Aangezien deze zomer het aanbod voor vakantiewerk van de Zweedse jeugd zeer groot zal zijn, acht men het niet langer redelijk dat de eigen mensen zouden moeten concurreren met buitenlandse studenten.

T.B.

Stichting Eurokinderen Nederland

Het College van Bestuur kreeg een verzoek geldelijke steun te verlenen aan de Stichting Eurokinderen Nederland uit Sittard.

Deze stichting stelt zich ten doel een aantal kinderen uit de armste wijken van het door ongeregelde geteisterde Belfast, Ierland, gedurende de vakantiemaanden huisvesting met vakantie te verlenen in gezinnen of in groepsverband. De kosten daarvan bedragen ongeveer f 1000,-- per kind per vakantie.

De universiteit beschikt binnen het kader van de haar ter beschikking staande middelen niet over mogelijkheden voor dit doel gelden te fourneren. Het streven van de Stichting Eurokinderen wordt echter zo sympathiek geacht, dat studenten en medewerkers langs deze weg op haar werkzaamheden worden geattendeerd.

Stichting Eurokinderen

Postbus 86

Sittard

A.B.N. Sittard rek.nr. 57.81.43.046 (giro bank 10.32.874)

J.O.

Maandelijks Lijst van nieuw bij de Rijksuniversiteit Limburg in dienst getreden medewerkers en medewerkers.

wie

Drs. F.B.M. Harmsze

Drs. G.M.H. Tans

wie

Mw.dr. M.A. Bremer - Schulte

wie

Mw.drs. Y.I.T. Panhuysen-Verhoeven

wat

Wetenschappelijk medewerker

Wetenschappelijk assistent

waait van

Sociale Psychiatrie

waait

Wetenschappelijk medewerkster

waar

per 1 mei 1977.

Economie van de Gezondheidszorg
Biochemie

over naar

per 1 januari 1977.

Dekanaat

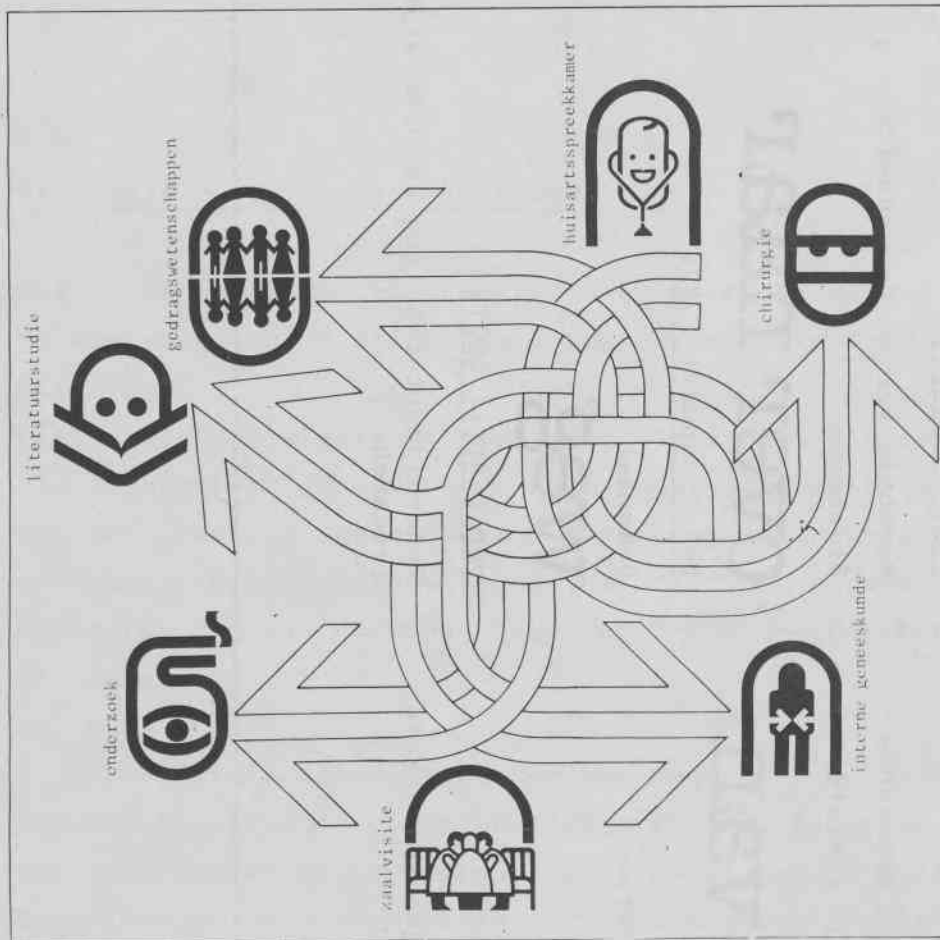
weg

per 1 april 1977.

Onderwijsontwikkeling en Onderwijs-
research.

DIENST PERSONELE ZAKEN
EN STUDENTENBELANGEN

VAN LEUZE NAAR KEUZE



 TWEDE BULLETIN VAN DE KEUZEONDERWIJS COMMISSIE

In Maffius no. 4, derde jaargang, april 1977 heeft u het stuk over het keuzeonderwijs van de hand van Mimi Bremer kunnen lezen, dat een mooi globaal overzicht geeft van de vele facetten van het keuzeonderwijs.

De K.O.C. is van plan in iedere Maffius aandacht te schenken aan een onderdeel van het keuzeonderwijs. Vandaag presenteren wij een overzicht van de indeling van de tweede- en derdejaars studenten en gaan wij in op de moeilijkheden die bij zo'n eerste opzet nu eenmaal onvermijdelijkerwijs ontstaan.

Eerst wat cijfers. De K.O.C. moest 96 studenten indelen in 71 elementen. Drieëntachtig studenten konden worden ingedeeld naar eerste keuze, twaalf naar tweede keuze en één naar derde keuze. De volgende tabel spreekt voor zichzelf. (Waar $\frac{1}{2}$ achter een naam staat wordt een tweede maand in een ander keuzeelement doorgebracht).

OVERZICHT VAN GEKOZEN ELEMENTEN EN INGEDEELDE STUDENTEN STUDIEJAAR 1977 k.o. 2e en 3e jrs.

titel element	Begeleider(s)	max.aantal plaatsen	ingedeelde studenten
Biomedisch			
Stereotactische hersenbeïnvloeding v.d. bloeddruk bij de rat	J. Smits	1	A. Crijnen (1)
Het meten van farmaca in lich.vl.st.	H. Thijssen	1	M. Meyer
Het gedrag van plasmacatecholaminen bij ergometerbelasting	K. Rahn	1	R. Starmans
Zuiveren en karakteriseren stol.fact.	H. Hemker	2	
Ultrastructuurveranderingen tijdens afstoting van niertranspl. bij de rat	F.M. Frederiks	2	
Klinische pathologie	V. Swaen, R. Visser	2	B. Lousberg, P.v.d. Knaap, R. Pasmans (1), E. Jetten (1)
Het effect van hypoxie op de vethuis-houding in de hartspier	G.v.d. Vusse	2	
Ontwikkeling electroscan	J. Somer	2	
Ontwikkeling ultrageluid systemen	A. Hoeks	2	
Adsorptie van st.fact. aan blood compatible surfaces etc.	P. Cuypers	2	
Dissipatieve structuren	G. Willems	2	
Induktie van chronische arthritis	F. Stassen	1	J. Janssen
Kwantitering van in vivo weefselneer.	W. Th. Hermens	2	
Omzetting PIVKA-II - faktor II	C. Vermeer	2	
Zuivering en karakterisering PIVKAs	M.J. Lindhout	2	
Kinetika van de thrombinevorming	J. Rosing	2	
Eiwitlipide interacties bij thrombinogenese	H.v. Zutphen	2	
Chemische identifikatie van PIVKAs	J. Kop	2	
In vivo analyse van de ontst. reactie door antigeen-antilichaam complexen	G. Majoor	1	
Ritme en ritmestoornissen	M. Allessie	2	P. Theunissen
Onderzoek van F. VIII antigeen bij leverz.	M. Kahn	2	
Zuiveren en karakt. van staphylocoagulase	W. Engels	2	
Afst. van gevasscul.orgaantranspl.	P. Hermans	2	B. Ramaekers
Antibiotikaspiegelbepaling in serum	W. Engels	1	
Sportgeneeskunde	H. Kuipers	niet opgegeven	P. Voesten, Th. Hellemons (1)
Gezondheidszorg en gedr.wetensch.			
Forensische psychiatrie	H. Baars	4	F.C.J. Sluyter, J. Le Noble
Zo gezond mogelijk	T. Mol	6-8	M.v. Hoof, L. Baur, J. Roza, Th. Hellemons (1) R.C.B. Ubachs, R. Castermans, P.v. Reedt Dortland (1) J. Metsemakers
Eval. intramurale gez.h.zorg	Cap.gr. gez.h.zorg' ondz.	2	
Begeleiding zieken/stervenden	P. Sporken	6-8	
Stage ambulante ggz	J. Scholte, Th. Kerssemakers	4-6	E.v. Wunnik, M. Spijker, R. Brouwer, M. Paques, M. Pagen
Zwakzinnigenzorg	W. Buntinx	2	W. Pesch, R. Arends
Sociale Geriatrie	P. Verkoyen	2	E. Stoep, R. Maassen
Ervaringen met patiënten uit huisartsprakt.	N. Vierhout	5-10	A. Niehot (1), E. Gorsselink (1), G. Saes (1), Fincken (1), R.v. Leendert (1), J. Janssen (1), Mannens (1), P.F.H.v. Reedt-Dortland (1), H.J. Scholte, J. Smackers (1), M. Fontilus (1), M.v. Hooff, P. Hulleman, E. Jetten (1), P. Huffman, J.J. Rethans
Economie van de gez.h.zorg	A. Ament	ongelim.	
Functietraining bij cerebraal gestoorden	J.A. Schuerman (Hoensbroek)	1	
Geschiedenis van de ziekenh.geneesk.	J. Bremer	1	
Behoeftte versus beeldvorming t.a.v. gez.h.zorg	J. Bremer	1	
Preventie van gez.h. verstorende gezinsinterakt.	M. Bremer	1	
Persoonlijkheidsfactoren en hypertensie	A. Appels	3	L. Willems, G. Saes (1), J. Rutten, E. Gorsselink (1)
Macht van de med.professie	J. Boots		
Gezinnen met een gehandicapt kind	J. Joosten	geen opgave	K. Dols
Eval. van de poliklin.hartrevalidatie	J. Diederiks	2	L. Schouten
De vrouw als patiënte etc.	M. Saenger-Ceha	min 6, max. 10	
Psoriasis projekt	M. Bremer	2	
Rampenplan	H. Philipsen	3	
Invloed spelregels op spelverruwing	H. Philipsen	3	J. Ploum
Onderwerpen uit chirurg.kliniek	H. Lemmens/J. Greep	20	R. Hulsmans (1), H. Kok, A. Frusch (1), A.v. Doorn, M.L. Nouwens (1), A. Mellink, J. Smackers (1), M. Fontilus (1), D. Hulsmans (1), A. Niehot (1) H. Köning, M. Debye, J. Pleiter P. Hulshof, G. Priem K. Klop T. Tan, J. Zuidweg (1), Ch. Bauer (1) J. Zuidweg (1), M. Hendrix, Ch. Bauer (1), J. Nijhof (1) G. Wagenaar, W. Rensma M. Kuypers
Interne geneeskunde Heerlen	P. Brombacher	6	
Kindergeneeskunde Annadal	L. Ramaekers	2	
Gynaecologie Annadal	G. Kruyver	1	
Interne Geneeskunde Sittard	J.L. Visser, M.A. Rots	2	
Neurologie Annadal	G. Padberg	3 à 4	
Voorkomen, beh. en behoog div.ziektebeelden	H. Hulsmans	7	
Kindergeneeskunde Med. Kleuterdagverblijf	Th.v.d. Kley	1	
Neurofysiologie Annadal	J. Mol	2	
Bevorderen transplantaatoverleving	J. Jeekel	1	
Cardiologie Annadal	E.v.d. Heyden, H. Frank, J. Schmitz	3	A. Bogers

Theoretisch, extern

Wijzgerige vragen m.b.t. geneeskundig handelen	W. Neefs, J. Op 't Root	6	W. Bakx, J. Nijhof, A. Crijnen, P. Bongaerts (1), P. Pasmans (1)
Gez.h. beleving bij bejaarden	P. Falger	2	J. Oosterkamp (1)
Diermodellen bij hypertensieonderzoek	H. Struyker-Boudier	1	
Relatie tussen bloedconc. en effect van geneesmiddelen	H. Thijssen	1	
Medikamenteuze therapie bij hypertensie	K. Kahn	1	Ch. Smits
Aig. en speciële ziektekunde	R. Willighagen	4	J. Weerts, P. Stegeman, M. Hendrix (1), J. Mannens
De relatie tussen diabetes mellitus en ischaemische hartziekten	G. v. d. Vusse	2	R. Hupperts A. Frusch (1)
Tegenstroomsysteem in het niermerg etc.	F. I. M. Bonke	2	M. Debie, R. Konsten
De genetische expressie	C. Vermeer	ongelim.	
Het voorkomen en functioneren van (veto)losbare vitamines	C. Vermeer	1	
Capita Selecta Biochemie	H. C. Hemker, C. Vermeer, M. Kahn, P. Cuypers, W. Engels, G. v. d. Vusse, M. J. Lindhout, J. Rosing, L. Strijbosch	20	P. Frambach, K. Hauterman, P. Freens, J. Collon, J. Oosterkamp (1), Th. Zuers, M. v. Eerd, H. Fincken, M. Havenith
Van onderz. gegevens tot computer output		min. 2	V. Sienter, C. Aussems
De diagnostiek van funktiestoornissen in het bewegingsapp.v.d. mens	P. Bartholomeus	15	
Manuele geneeskunde	J. Scholte	ongelim.	
Homeopathie	J. Hagen	6	P. Hobus, H. Feltenburg, K. v. Vught, A. de Porto
Psychiatrische kliniek Welterhof	Contactpersoon		
Konsequenties basisfilosofie	A. de Bruyne		R. Winter
Interne Geneeskunde Beersheva, Israel	W. Wijnen		D. Bremer, J. v. d. Kley
Tropische geneeskunde	M. Prywes		W. Bakx (1), A. Mellink, R. Hulsmans (1), D. Hulsmans (1), M. L. Nouwens (1)
Pathofysiologische en farmakol. aspecten van hypertensie	P. v. Arkel		R. v. Leendert (1) *
Studieattitudeontwikkeling	F. Bonke, P. v. Breda V., H. Struyker B., J. Bremer, W. Wijnen	2	F. Bongaerts (1)

* Na overleg werd besloten dat de heer R. v. Leendert bij de heren Rahn en Henquet dit element zal volgen.

Bij het indelen van de studenten werd een aantal criteria door de K.O.C. gehanteerd, nl.

1. Derde jaars studenten hebben voorrang boven tweede jaars bij de indeling in klinische stages.
2. Bij derde jaars telde de stage van vorig jaar mee, in die zin dat variatie van hoofdgroep (biomedisch, gedragsw., eerste of tweede lijn) werd nagestreefd.
3. Als er dan nog geen beslissing genomen kon worden werd o.a. aan de hand van de doelstellingen zoals ingevuld op het formulier en overleg met de student ingedeeld.
4. Formulieren, ingeleverd na de deadline (8 maart) werden het laatst behandeld (tenzij men aan het k.o. secretariaat had doorgegeven waarom te laat werd ingezonden).

Bij de indelingsprocedure zijn verschillende moeilijkheden naar voren gekomen, zoals

- a. Formulier I, het inschrijfformulier, had twee onduidelijkheden
 1. uit het formulier bleek niet of de student zijn eerste keuze twee maanden wilde doen, of wilde combineren met zijn tweede keuze;

2. het laten plaatsen van handtekeningen van begeleider en adviseur op het formulier bleek in de praktijk tamelijk omslachtig, vooral ook omdat het de indruk wekte dat de studenten al definitieve afspraken konden maken met hun begeleiders.
- b. De deadline voor inlevering van de formulieren bleek voor vele studenten te krap. Dit had twee oorzaken
1. de catalogus moest wachten op enkele aanbiedingen van begeleiders die het met de sluitdatum van inzenden van hun element niet zo nauw namen; kon hierdoor niet tijdig aan de huisdrukkerij worden aangeboden en was daarom, ondanks het voortreffelijke werk van Ben Meerstad en collega's niet op tijd klaar;
 2. vele studenten namen een karnavalsvakantie van één week en waren pas kort voor 1 maart weer in Maastricht.
- Daarom werd besloten de deadline te verleggen naar 8 maart.
- c. Enkele studenten hebben gemeld dat zij de omschrijving van diverse elementen, met name in de klinische vakken, niet duidelijk genoeg vonden. Bij het verzamelen van aanbiedingen voor een volgende catalogus zal hierop worden gelet. Dit jaar moest echter juist in de klinische sektor veel op het laatste moment geïmproviseerd worden.
- d. Bij externe stages vormen reis- en verblijfskosten van de studenten een probleem, vooral bij die stages waar men de gelegenheid krijgt mee te lopen met avond-, nacht- en/of weekenddiensten, en stages bij huisartsen in kleine dorpen in de regio. Inmiddels is een verzoek aan het College van Bestuur gericht om te onderzoeken of en hoe deze kosten vergoed kunnen worden.
- e. Over problemen met betrekking tot verzekering van de wettelijke aansprakelijkheid, ziektekostenverzekering, ongevallenverzekering etc. van de studenten, vergoeding aan externe stagebegeleiders en dergelijke zal door de afdeling Algemene en Juridische Zaken contact worden opgenomen met verschillende externe keuzeelement-begeleiders c.q. directies van ziekenhuizen.

Een globaal overzicht van de indeling in de verschillende sectoren laat zien dat de vier hoofdgroepen ongeveer evenveel aandacht kregen maar dat in de biomedische hoek de belangstelling voornamelijk theoretisch gericht is.

	Praktisch	Theoretisch	Totaal
Biomedisch	6	17	23
Eerste lijn	22	1	23
Gedragswetenschappen	15	5	20
Kliniek	27	3	30
Totaal	70	26	96

Over het algemeen is de K.O.C. niet ontevreden over het verloop van de indelingsprocedure in deze eerste keuzeonderwijsperiode.

Tot slot een opmerking die even belangrijk als vanzelfsprekend zou moeten zijn. De student heeft zich een bepaald idee gevormd van wat hij in het keuzeblok wil opsteken en de begeleider heeft eenduidelijk idee van wat hij wil aanbieden. De begeleider heeft dat verwoord in zijn aanbieding in de catalogus en de student in de doelstellingen op zijn aanvraagformulier. Die twee zullen elkaar maar ten dele dekken. Het lijkt daarom erg nuttig dat begeleider en student in een vroeg stadium de koppen bij elkaar steken en vraag en aanbod nog eens met elkaar vergelijken. Dat zal frustraties bij het werk verminderen en vooral ook de evaluatie gemakkelijker maken.

Wordt vervolgd.

Hélène Vermeer



struktureren of niet?

Reactie van een bezorgde docent.

De beschouwing van Henk Schmidt in Maffius nr. 4 nodigt uit tot enig weerwoord.

Henk begint met de opmerking dat bij sommige stafleden zo nu en dan wat vrees merkbaar is dat het Maastrichtse onderwijssysteem zal leiden tot een type arts dat minder weet en kan dan artsen die elders afstuderen.

Deze waarneming kan ik bevestigen. Ik doe dat met enig recht.

Ik beschouw me zelf als één van die 'sommige stafleden'.

Henk toont overigens alle begrip voor die vrees. Hij noemt zelfs diverse overwegingen die tot die vrees aanleiding geven. Ik wil daar aan toevoegen, dat die bezorgheid wat mij betreft, versterkt wordt door het feit, dat ik bij het uitspreken van die vrees tot nu toe als enige reacties te horen krijg 'dat het allemaal wel mee zal vallen' en 'dat dat nu eenmaal het risico van iets nieuws is'. Ik denk, dat er niet veel andere reacties zullen komen, zolang er binnen ons onderwijsstelsel geen enkele serieuze poging wordt ondernomen om tot een meer gefundeerde voorspelling aangaande het te verwachten kennisnivo te komen.

Helaas is Henk's begrip voor de twijfel van sommige stafleden van korte duur. Reeds na enkele regels bestempelt hij de vrees van de docenten als vrees 'om de controle die ze hebben op datgene wat studenten leren, te verliezen'. Erg vriendelijk klinkt dat al niet meer.

In de daaropvolgende passage is de aanvankelijk zo begripvolle benadering van Henk, geheel weggesmolten. Hij komt dan namelijk tot de strenge konstatering, dat er binnen onze fakulteit een aantal vreesachtige docenten zijn. Die docenten willen een patient-probleem zo veel mogelijk struktureren. Ze menen dat ze op die manier zelf kunnen bepalen wat studenten wèl en niet bestuderen. Ze willen dat omdat ze bang zijn dat de studenten anders de kantjes er af lopen of de verkeerde dingen doen.

Dat is een pittige konklusie, die eerder doet denken aan een streng kritiserende controleur dan aan een begrijpende observator.



De lezer moet zelf maar uitmaken wat hij van deze lezing vindt. Persoonlijk heb ik dergelijke naieve en boosaardige stafleden in onze fakulteit gelukkig nog niet ontdekt.

Daarna geeft Henk een - zoals hij opmerkt - informele en vereenvoudigde beschrijving van een experiment en vermeldt vervolgens als konklusie van dit experiment, dat de onderwijsgroepen, die aan een ongestructureerd probleem (d.w.z. zonder structurerende vragen) hadden gewerkt meer inzicht in het probleem hadden opgedaan dan de groepen aan wie het probleem in gestructureerde vorm was aangeboden.

Deze weergave van het experiment nodigt eveneens uit tot enige weerwoord:

- Uit het artikel, waarnaar verwezen wordt, blijkt dat er ten aanzien van het beschreven patientenprobleem (de stadsbuschauffeur) nu juist geen enkel verschil te konstateren viel.

Het vermelde verschil in inzicht blijkt uitsluitend op het tweede, terloops aangeduide probleem betrekking te hebben. Dat tweede probleem vindt men noch in het artikel, noch in Maffius beschreven. Hetzelfde geldt voor de bij dit probleem gebruikte tekst.

Dat verschil in inzicht beperkt zich bovendien tot de zogenaamde begripstoets. De retentietoets leverde geen verschil op. De groeps-gemiddelden van deze toets gaven voor het tweede probleem zelfs een lichte trend ten gunste van de groepen met de gestructureerde probleemversie te zien.

De uitspraak, dat er 'een significant verschil in inzicht in het probleem was in het voordeel van de groep, die geen structurerende vragen had gehad', is dus - laten we zeggen - nogal ongenueanceerd.

- In de gevolgde onderzoeksmethodiek speelt de zogenaamde begripstest een belangrijke rol. Die begripstest blijkt uit 12 begrippen te bestaan die meer of minder verband houden met het probleem en waarvan de studenten door middel van een cijfer 1, 2 of 3 de relevantie van het probleem moeten aangeven. Nu is het duidelijk, dat inzicht testen met behulp van 12 begrippen betekent, dat er keuzes gemaakt moet worden. Dat is onvermijdelijk, want elk patientprobleem vertoont een veelheid van aspecten zoals, aetiologie, pathogenese, symptomatologie, diagnostiek, therapie en prognose. Verder hangt vrijwel elk patientenprobleem samen met deelgebieden van morfologie, fysiologie, enz..

Welnu, als er effect van structurerende vragen op de leerresultaten - in dit geval de resultaten van de begripstest - te verwachten is, dan ligt het voor de hand, dat het aantonen van dat effect staat of valt met de mate, waarin de te konstrueren test is afgestemd op de aan het probleem toegevoegde vragen.

Er is nog iets: Elk blok bevat behalve patientenproblemen nog diverse andere aanwijzingen, zoals literatuur, audio-visuele middelen, e.d.. Het ligt voor de hand, dat ook die aanwijzingen invloed zullen hebben op het leerresultaat, mits die aanwijzingen opgevolgd worden.

Hetzelfde geldt voor structurerende vragen. Deze kunnen natuurlijk slechts effect sorteren als studenten er iets mee doen.

Het aantonen van een mogelijk effect van structurerende vragen op de leerresultaten, voorzover getoetst met een begripstest, wordt dus beïnvloed door allerlei nevenfactoren zoals:

- de mate van overeenstemming tussen de vragen en de begripstest;
- de mate waarin andere aanwijzingen leiden tot bestudering van dezelfde vragen;
- de wijze waarop de studenten met de aanwijzingen c.q. de structurerende vragen omspringen.

In welke mate en op welke wijze deze factoren bij het experiment een rol hebben gespeeld, is onduidelijk en het is dan ook heel goed mogelijk, dat het gekonstateerde leerresultaat nauwelijks iets met de structurende vragen te maken hebben. Desondanks biedt Henk met betrekking tot die resultaten een mogelijke verklaring aan, die er geheel van uitgaat dat het gevonden verschil te maken heeft met de toevoeging van structurerende vragen.

Ik wil daar graag een andere interpretatie tegenover stellen nl. dat de mogelijkheid volop aanwezig is dat de uitkomst van het experiment de resultante is van diverse factoren, waarvan we echter de omvang en de wijze van beïnvloeding niet kennen. De uitkomst zegt dan ook niets omtrent het effect van structurering van patientenproblemen op het leerresultaat bij studenten.

Overigens stemt de verklaring van Henk wel tot nadenken. Die verklaring luidt namelijk: als studenten met specifieke vragen of opdrachten gekonfronteerd worden, zullen ze aan het werk gaan tot dat ze bevredigende antwoorden gevonden hebben, maar ook niet langer.

Nu is het aanbieden van patientenproblemen in het kader van een blok natuurlijk ook een vorm van structurering. Men zou dit een structurering van de eerste orde kunnen noemen, het toevoegen van vragen is dan te beschouwen als structurering van de tweede orde. Als deze verklaring van Henk juist zou zijn wat betreft de structurering van de tweede orde, dan is er alle reden om aan te nemen dat die verklaring ook geldingskracht heeft ten aanzien van de structurering van de eerste orde.

In dat geval zou Henk's verklaring leiden tot de uitspraak: als studenten met specifieke patientenproblemen gekonfronteerd worden, zullen ze aan het werk gaan totdat ze bevredigende oplossingen voor de problemen gevonden hebben, maar ook niet langer.

Misschien is het maar goed, dat de fundering van Henk's verklaring wat tegenvalt.

Wim Brouwer.

Antwoord aan Wim Brouwer

Hè, wat jammer nou!

Als ik al hoop had de vrees van sommige docenten ten aanzien van de kwaliteit van ons onderwijssysteem met mijn stukje in Maffius nr.4 wat te verminderen, dan ben ik nu wel definitief van een kouwe kernis thuisgekomen. Enige maanden geleden was ik nog vol goede moed. In "Probleemgeoriënteerd Onderwijs" (dat Wim zeker ook gelezen heeft) is een heel hoofdstuk gewijd aan de bespreking van onderzoeksgegevens die de konklusie rechtvaardigen dat het met het onderwijs in Maastricht lang niet zo beroep gaat als sommigen vrezen. Ik had me echter moeten realiseren dat je, wanneer je je gewoon niet kunt voorstellen dat studenten ook zonder de strenge doch rechtvaardige hand van docenten goed werk kunnen leveren, je ook niet makkelijk laat overtuigen door een stukje als in de vorige Maffius.

Daarom, laat ik maar eerlijk zijn: het fundamentele probleem dat Wim en enkele andere stafleden met het Maastrichtse onderwijssysteem als geheel hebben, kan ik niet oplossen. Het zal waarschijnlijk Wim's probleem blijven, net zolang tot de eerste afgestudeerden soepel funktionerend hun werk in de gezondheidszorg zullen doen. Soepel funktionerend omdat ze aan de Tongersestraat een kwalitatief goede opleiding hebben gehad.

vervolg

Een aantal andere problemen kan ik echter misschien wel oplossen; problemen die te maken hebben met de opzet van het o.a. in Maffius nr.4 beschreven experiment. Ik zal mij daarbij beperken tot wat ik zie als de kern van Wim's kritiek. De hier niet besproken opmerkingen zijn makkelijk op hun juistheid of onjuistheid controleerbaar in het rapport. Kort samengevat komt die kritiek hier op neer: Niet alleen de mate van gestructureerdheid van de problemen, maar ook een groot aantal andere factoren (Wim noemt er een heel stel) kunnen invloed hebben gehad op het leerresultaat van de studenten tijdens het experiment. Je mag dus nooit zeggen dat een verschil in leerresultaat tussen twee groepen studenten het resultaat is van een verschil in de mate van gestructureerdheid van het probleem. Wim zelf formuleert het zo:

"In welke mate en op welke wijze deze factoren bij het experiment een rol hebben gespeeld, is onduidelijk en het is dan ook heel goed mogelijk, dat het gekonstateerde leerresultaat nauwelijks iets met de structurerende vragen te maken hebben. Desondanks biedt Henk met betrekking tot die resultaten een mogelijke verklaring aan, die er geheel van uitgaat dat het gevonden verschil te maken heeft met de toevoeging van structurerende vragen".

Mijn reactie daarop is het volgende: *De door Wim genoemde factoren (en nog een groot*

aantal andere variabelen) kunnen niet verantwoordelijk gesteld worden voor het in het experiment gevonden verschil, omdat hun invloed vóór, tijdens en ná het experiment onder controle gehouden werd. Om dat duidelijk te maken zal ik voor de lezer globaal proberen toe te lichten op welke wijze onderzoekers te werk gaan wanneer ze experimenteel proberen na te gaan of een bepaalde variabele invloed uitoefent of een andere variabele. Uiteraard hebben oneindig veel factoren (of variabelen) invloed op de prestaties van een student: zijn vooropleiding; zijn intelligentie; de aard van het aangeboden probleem; de onderwijsgroep waar de student in zit, de wijze waarop de tutor funktioneert; het tijdstip van de dag waarop de prestatie geleverd wordt; en alle door Wim genoemde variabelen; en ga zo maar door.

Als je echter -zoals wij- vooral geïnteresseerd bent in de invloed die de mate van gestructureerdheid van een probleem uitoefent op het leerresultaat, dan heb je als onderzoeker twee instrumenten in handen om de invloed van de andere variabelen te controleren. Het eerste instrument is de direkte experimentele controle, het tweede de statistische controle. Sommige variabelen laten zich makkelijk experimenteel controleren. Het konstant houden van temperatuur en vochtigheidsgraad tijdens een laboratoriumexperiment zijn voorbeelden van experimentele controle; om te voorkomen dat deze variabelen een storende invloed op de uitkomsten van het experiment hebben, controleert men ze. Dat wil niet zeggen dat ze geen invloed meer uitoefenen op het resultaat; ze oefenen geen differentiële invloed meer uit. Een eventueel in een experiment te vinden verschil kan niet meer verklaard worden uit de invloed van deze variabelen, want die invloed was tijdens het experiment konstant!

Variabelen die zich niet zo makkelijk direkt laten controleren, kunnen statistisch worden gecontroleerd. Een voorbeeld uit ons onderzoek: Het is bekend dat de intelligentie van een student een sterke invloed uitoefent op zijn prestaties. Wanneer je deze variabele experimenteel wilt controleren dan moet je er voor zorgen dat beide groepen (de 'ongestructureerde' en de 'gestructureerde' groep) in ieder geval gemiddeld dezelfde intelligentie bezitten. Is dat niet het geval, dan kan een in het experiment gevonden verschil in gemiddelde leerprestatie tussen beide groepen alleen al uit hun verschil in intelligentie verklaard worden. Nu is het lastig om groepen te 'matchen' (zoals dat heet) op variabelen als intelligentie. Vooral ook omdat je dat dan moet doen voor alle variabelen, waarvan je er een groot aantal niet eens kent!

Afsluitend.

Een alternatief is dat je studenten random over de verschillende taakkondities verdeelt. Dan kunnen er 'toevallig' wel verschillen in intelligentie ontstaan tussen de groepen, maar die 'toevallige' verschillen zijn onder toevals- of kanscontrole gebracht.* Hun invloed kan niet anders zijn dan toevallig, en de kansberekening dient om na te gaan hoe groot de kans is dat een eventueel te vinden verschil in leerresultaat op toeval berust. Dat laatste gebeurt met een statistische toets.

*Datzelfde geldt uiteraard ook voor alle andere variabelen.

Vandaar: statistische controle.

Uiteraard hebben wij in ons experiment zorgvuldig gerandomiseerd. En dat brengt mij ertoe om, tegen Wim's kritiek in, staande te houden dat de door ons gevonden verschillen in leerprestatie het resultaat zijn van verschillen in structurering van de problemen. Het is evident dat de hele methodologie van het wetenschappelijk onderzoek juist ontwikkeld is om tegemoet te komen aan bezwaren zoals die door Wim geformuleerd worden!

Voor alle volledigheid moet ik er nog bij vermelden dat er 5% kans is dat ik het bij het verkeerde eind heb met mijn konklusie dat leerprestatie het resultaat is van structurering. Maar de docent die mij de inductieve statistiek bijbracht, merkte over die 5% kans op een foute uitspraak het volgende op: "Stel je voor dat je een bak met geel zand hebt, met daarin een kleine hoeveelheid blauw zand. Schud nu de bak met zand. Het is mogelijk dat er nu in blauw zand 'hartelijk gefeliciteerd' staat maar dan heb je wel ontzettend veel geluk gehad".

Henk Schmidt.



tranendal

krijtland

Krijtland, uitgemergeld door wie?

Woensdag 20 april, Hoofdgebouw ENCI. Ik wacht in de hal tot de heer Stevens mij komt halen. Naast de lift hangt een kruis. Als onderdirecteur Stevens (vriendelijk, joviaal bijna) er is gaan we naar boven. Vanuit zijn kamer op de zesde verdieping heb je een mooi uitzicht over de Maas. Na een gastvrije opening (koffie en sigaren) gaan we praten over de ENCI concessie-aanvraag tot afgraving van het Mergelland boven Margraten.

Nu, een week later, zie ik vanuit gezondheidsbunker Vijverdal de Maasdalwand van Terblijt tot Cadier. Wat moet er verdwijnen: de Rasberg of het land daarachter, of misschien niets als het onmogelijke gebeurt en de concessie niet verleend wordt?

Wat zijn feiten?

Eind vorig jaar kwam ENCI met het plan het plateau van Margraten af te graven ten behoeve van de mergelwinning. De concessie St. Pietersberg loopt in 1991 af. De concessie aanvraag voor Margraten omvat 433 HA land, goed voor zo'n 130 miljoen m³ mergel, dat wil zeggen 40 jaar grondstofvoorziening bij gelijkblijven van het huidige productiepeil.

De huidige werkgelegenheid bij ENCI is 900 arbeidsplaatsen plus indirect 450 plaatsen bij toeleveringsbedrijven. In 1973 werkten nog 1097 mensen bij ENCI. Een daling van + 18% in 3 jaar ten gevolge van efficiency verhogende maatregelen en productieinkrimping. Van ENCI zijde verwacht men dat de directe werkgelegenheid bij realisering van Margraten 700 à 900 arbeidsplaatsen zal omvatten, rekening houdend met het feit dat verdere mechanisatie nauwelijks mogelijk is en de productie niet verder zal dalen (De bouwmarkt trekt weer iets aan).

Behoud van werkgelegenheid is voor de ENCI een belangrijk argument, aldus de heer Stevens. De 78 boeren die op het plateau geheel of gedeeltelijk hun arbeid moeten staken staan in geen verhouding tot de door ENCI geboden werkgelegenheid. Bovendien is - economisch

gezien - de toegevoegde waarde van de mergelwinning vele malen groter dan die van de huidige landbouwproductie.

Er zijn ook minder enthousiaste stemmen dan die van ENCI te beluisteren: op de concessieaanvraag volgden ongeveer 8000 bezwaarschriften, o.a. een van de gemeente Maastricht. In een rapport van de hoofddirecteur openbare werken aan het college van B. en W. worden de bezwaren op een rij gezet. Hieronder een korte samenvatting:

1. Cement is in Europa geen schaars produkt. In Duitsland is een grote overproduktie, Duits cement is goedkoper dan de door ENCI geproduceerde. Het argument van ENCI, dat afhankelijkheid van het buitenland m.b.t. de mergelwinning tot stagnatie van de aanvoer zou kunnen leiden, lijkt weinig acceptabel (vergelijk positie Mosa, KNP, Sphinx).
2. Cementproductie is energieverblindend, schadelijk voor het milieu, een bedreiging voor de drinkwatervoorziening, flora en fauna en oorzaak van landschapsverlies.
3. Het transportprobleem Margraten - fabriek is in alle gevallen zeer problematisch. (tunnel via Gronsveld is zeer duur, over de weg geeft ontoelaatbare verstoring van de nu al moeilijke verkeersafwikkeling en door de lucht is esthetisch onaanvaardbaar).
4. Er kunnen twijfels rijzen m.b.t. het behoud van werkgelegenheid.
 - ENCI is een dochteronderneming van een buitenlands bedrijf (CBR) te Brussel.
 - recentelijk werd het personeelsbestand aanzienlijk ingekrompen.
 - per 1 oktober 1975 stelde ENCI 4 ovens buiten gebruik (totale capaciteit 1000 ton klinker per dag) terwijl ongeveer gelijktijdig een nieuwe oven met een capaciteit van 3000 ton klinker per dag te Lixhe in België in bedrijf werd genomen.
 - de afzet staat onder druk van hevige concurrentie uit Duitsland
 - men zal voortgaan met zoeken naar verhoging van de efficiency en verdere automatisering

5. Afgraving is volledig in strijd met het voornemen van de overheid dit gebied tot nationaal landschapspark aan te wijzen.

Duidelijk is dat voor de ENCI bij de beoordeling van haar plannen alleen de eigen bedrijfseconomische argumenten meespelen. De heer Stevens: "wij hebben de plicht onze economische belangen duidelijk te maken, dat doen we. Wij kunnen niet de verschillende belangen (bedoeld worden: ecologische, esthetische, sociale etc.) afwegen tegen onze economische belangen?" Vreemd genoeg worden niettemin uitspraken op deze andere terreinen gedaan zoals het voortdurend herhaalde werkgelegenheidsargument en opmerkingen als: "wij vernietigen het landschap niet, we veranderen het alleen maar". Buitendien is de vraag gewettigd tegenover wie de ENCI genoemde plicht meent te hebben. Gaat het alleen om haar eigen economische belang, dan kan het antwoord slechts luiden: ten opzichte van de CBR in België. De CBR gaat gekleed in de schaapskleren van werkgelegenheid, afhankelijk van het buitenland enz.! Het argument, dat macro-economisch de ENCI produktie toch maar betekent dat geen cement ter waarde van rond 200 miljoen gulden hoeft te worden ingevoerd gaat slechts ten dele op. Immers de werkelijke macro-economische winst zit in de toegevoegde waarde, groot f 78,3 miljoen in 1976. Zo luidt ook het ENCI-standpunt. Ook hier is nog wel wat op af te dingen, namelijk dat wat van deze bruto toegevoegde waarde afgetrokken moet worden:

- afschrijvingen = f 11,9 miljoen
- de winst vloeit af naar het buitenland = f 12,4 miljoen
- 3,5% van de werknemers is afkomstig uit België = f 1,3 miljoen.

Resteert 52,7 miljoen gulden. Bovendien spelen nog een aantal andere factoren, m.n. in de situatie na 1991 (Margraten):

- dat de bouw bij de teruglopende bevolkingsprognoses en de economische teruggang op het recordpeil

van 1973 blijft is onwaarschijnlijk. Overproduktie op de cementmarkt leidt dan onvermijdelijk tot nog heviger concurrentie uit Duitsland. Het prijsverschil van + 5 à 10% dat nu bestaat zal dan nog groter kunnen worden.

- de ENCI-kosten zullen stijgen ten gevolge van hoge transportkosten.
- de toegevoegde waarde die het plateau thans produceert vervalt (toerisme, landbouw).

Het totale effect van deze drie zou zelfs het macro-economische effect kundendoen dalen tot + 30 miljoen gulden.

Als laatste maar misschien belangrijkste "kostencomponent" zal dan het hele complex factoren op het gebied van milieu en ecologie in de beschouwing betrokken moeten worden. De waarde van flora en fauna, van stilte en landschapsschoon weegt steeds zwaarder. Een moeilijk punt is ook het "gezondheidseffect" van de ENCI. Ca. 4% van de werknemers vloeit jaarlijks af naar de WAO. Belangrijke vragen zijn, in hoeverre het werken bij ENCI hier schuldig aan zou kunnen zijn en of de hieruit voortkomende maatschappelijke lasten de opgebrachte WAO-premie's overtreffen. Dit afgezien van niet-meetbare effecten. In dit verband mag ook de lawaaidoofheid van de werkers bij de cementmolens worden vermeld.

De conclusie moet m.i. zijn, dat op grond van een nauwkeurige analyse van de kosten en baten de concessieverlening wel eens maatschappelijk onverantwoord zou kunnen blijken te zijn. Een aantal indicaties daartoe zijn gegeven. Beslissingen m.b.t. zo'n ingrijpende ingreep in het Zuid-Limburgse mogen niet op grond van pure bedrijfseconomische overwegingen worden genomen. Wie daarop aanstuurt pleegt bedrog. De provincie zou er verstandig aan doen zich bij haar meningsvorming niet slechts door de heer Meyer Viol c.s. te laten voorlichten, maar zich zo breed mogelijk te informeren.

Hans Hagen



KOKO • DRUTS

Hier weer een bericht van jullie KOKO-correspondent uit de binnenlanden van donker-Afrika waar de frustratie-tolerantie stukken hoger ligt. Vandaar dus:

Niets dan goed nieuws overigens, dat de klok slaat maar hoe kan dat ook anders met zo'n weer.

Het boerderijweekend belooft een succes te worden; dit ter verlekking voor degenen die zich niet ingeschreven hebben.

Er is een plan om een fotoclub op te richten. Geïnteresseerden kunnen zich opgeven bij Joop Collon, Peter Frambach of Peter Freens. Ook kun je jezelf inschrijven op een van de lijsten, die aan de prikborden hangen. De eigen bijdrage is afhankelijk van de hoeveelheid subsidie die KOKO krijgt. Dus geef je op, zelfs als je geen fototoestel hebt! (er zijn nl. nog andere mogelijkheden zoals een DOKA die volgend semester misschien al aanwezig is).

Er is een comité (geen commissie dus!) gevormd ter voorbereiding van het komende eindfeest.

De volgende mensen zitten daar (over)in: Joep Offermans, Marijke v.d. Berg, Ton v.d. Bogaard, Eugène Herens, Marcel Herpers, Wim Weber, Leo Baur, Leo Schouten en Paul Huffman.

Verder is er vooral een tekort aan vrouwelijk volume (in de goede zin van het woord uiteraard) in het nieuw opgericht KOKO-koortje o.l.v. een heuse dirigent. Repetities elke dinsdagavond van 18.00 uur tot 20.00 uur op het oksaal (= volgens Wolters-Noordhof: 1) galerij in R.K. kerken, dienende voor de zangers en het orgel, achter in de kerk 2) zangerskoor; niet te verwarren dus met oksel = hoek door 2 verschillende delen) in de aula.

Dus geëmancipeerde en andere R.K. vrouwen laat Uw stem niet verloren gaan maar geeft U op voor dit koor. Heren zijn natuurlijk ook nog welkom.

Dit was het weer; volgende keer meer in KOKO-privé. Denk aan de ideeënbus. Ideeën en andere roddelverhalen kunnen jullie nog steeds daarin kwijt.

Your KOKO-parrot

P.S.: ik hoor net dat het boekenburo in de KOKO-kamer voortaan alleen Donderdagmiddag van 13.15 uur tot 13.45 uur geopend is.

el es dee

ik hep een vogel

een blauwe

zit ie zomaar

op mun kop

zagtjes te

ouwe

hoeren

ik weet van geen prins

ik hep een vogel

een blauwe

zit ie zomaar

op mun kop

te poepen

John



POPAGENDA PLUS.

POPAGENDA.

- 7 mei Veronique Sanson, Salle Omni Sport Charleroi (Blg)
- 11, 12
- 13 mei Eagles & Dan Fogelberg, Ahoy Sportpaleis, Rotterdam
(uitverkocht)
- 15 mei George Benson, RAI Congrescentrum Amsterdam
- 16 mei J.J. Cale, Theater Carré Amsterdam
- 18 mei Chris Hillman Band, Roger McGuinn Band en Gene Clarke
Band, IJsselhal Zwolle
- 19 mei Chris Hillman Band, Roger McGuinn Band en Gene Clarke
Band, Evenementenhal Groningen
- 20 mei Chris Hillman Band, Roger McGuinn Band en Gene Clarke
Band, Concertgebouw Amsterdam
- 21 mei Chris Hillman Band, Roger McGuinn Band en Gene Clarke
Band, Schouwburg Venlo
- 22 mei Chris Hillman Band, Roger McGuinn Band en Gene Clarke
Band, De Doelen Rotterdam
J.J. Cale, Congresgebouw Den Haag
- 23 mei Ange, Koninklijk Circus, Brussel (Blg)
- 25 mei Jean Luc Ponty & Larry Coryell/Phillipe Catherine,
Congresgebouw Den Haag
- 30 mei Pinkpop Geleen
- 1 juni Jethro Tull, Jaap Edenhal Amsterdam (onder licht
voorbehoud)
- 10 juni Alan Stivell, Schouwburg Sittard
- 11 juni Alan Stivell, De Doelen Rotterdam
- 15, 16
- 17 juli Northsea Jazz Festival, Congresgebouw Den Haag.

Stadsschouwburg, Achter de Comedie 1, Maastricht.

- 7 mei: 20.00 uur: Robert Long en Nelleke Burg
"En dat is twee"
Combo: Henk de Jonge
- 10 mei: 20.00 uur: Seth Gaaikema
"De familie Willekeur"
- 11 mei: 12.30 uur: Lunchpauzeconcert
- 13 mei: 20.00 uur: Jasperina de Jong
"Jozefien en Jasperien"
- 14 mei: 20.00 uur: Jasperina de Jong
"Jozefien en Jasperien"
- 15 mei: 14.30 uur: Jeugdvoorstelling
"Paulus de Boskabouter"
- 17 mei: 20.00 uur: Literair mozaïk
Gerard Heystee
- 18 mei: 12.30 uur: lunchpauzeconcert
- 20 mei: 20.00 uur: "Spelenderwijs"
Blijspel van Roger Hanin
regie: Ko van Dijk
- 21 mei: 20.00 uur: "Spelenderwijs"
Blijspel van Roger Hanin
regie: Ko van Dijk
- 23 mei: 20.00 uur: "Mono-Sterio"
Toneelgroep Centrum
- 25 mei: 12.30 uur: Lunchpauzeconcert
- 26 mei: 20.00 uur: "Medea"

Klassieke tragedie van Euripides

uitvoering: Publiekstheater

regie: Ton Lutz

8 mei: 12.00 uur: Familieconcert door het Limburgs
Symphonie Orkest

Gastdirigent: Jan Korazolla

Solist : Alirio Diaz, gitaar

Programma:

Thomas : Overture "Mignon"

Rodrigo : Concierto de Aranjuez voor
gitaar en orkest

Massenet : Scènes Alsaciennes

Charbrier: Espana, rhapsodie voor orkest

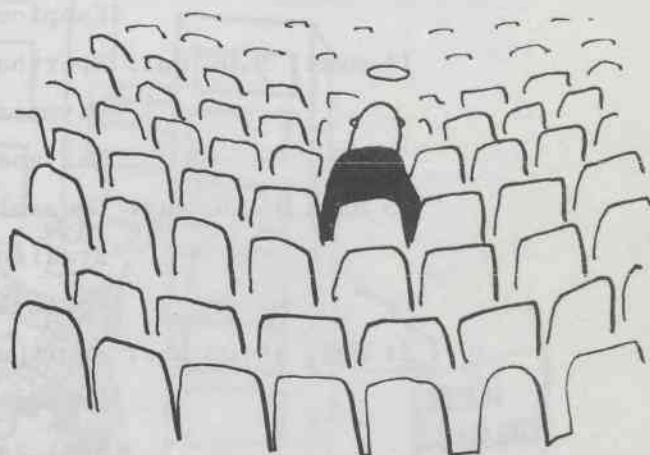
20 mei: 20.15 uur: Pianorecital

Jeremy Menuhin speelt o.a. Bartok,
Schubert en Chopin Débussy,

21 mei: 20.30 uur: Concert in de Serie Musica Viva

Limburgs symphonie orkest

Gastdirigent: Lucas Vis

Staargebouw,Henric van Veldekeplein 25, Maastricht.

Sportactiviteiten:

- 7 mei: 10-12.00 uur: Sportpark Jekerdal
Mergelweg, Maastricht
Belangstellenden kunnen de "Kenneth-Cooper-
test" (conditietest) afleggen en ontvangen
adviezen over conditietraining
- 9 mei: 20.00 uur: Sporthal Geusselt
Olympiaweg 81, Maastricht
Zaalvoetbalwedstrijd Kimbria-Ned. mil.team
- 13 mei: 18.15 uur: St. Pietersberg, Maastricht
Wielervedstrijden voor amateurs
Kampioenschap van Limburg
- 14 mei: 9.00 uur: Sporthal Geusselt
Olympiaweg 81, Maastricht
Zaalvoetbaltournooi
- 15 mei: 14.30 uur: Geusseltstadion
Stadionplein, Maastricht
Voetbal M.V.V. - FC Vlaardingen
- 21 mei: 10.00 uur: Sporthal Geusselt
"Mosam-tournooi"
Int. zaalhandbaltournooi voor dames
Westeuropese landskampioenen 1977
- 22 mei: 10.00 uur: idem
14.30 uur: Geusseltstadion
Voetbal: M.V.V. - Exelsior

Inlichtingen omtrent wandel- en fietstochten in de buurt van
Maastricht bij: VVV Maastricht

Vissersmaas 4 - 6

Maastricht.

Telefoon: 043 - 19363

*Manjke, lief van je dat je
geholpen hebt bij het
samenstellen van deze 'maffius'-uitgave!*

Inge.