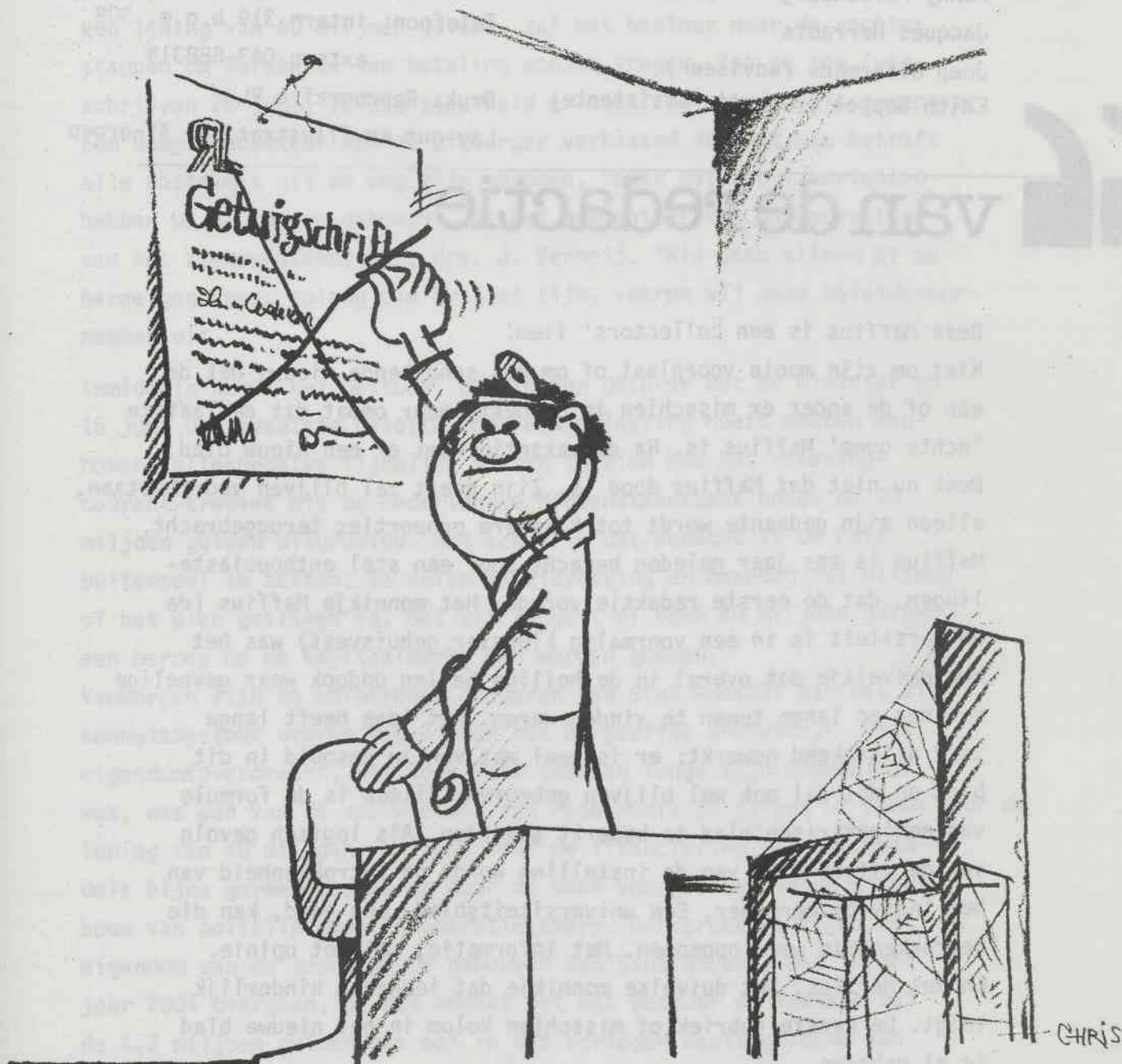


MAFFIUS

MAFFIUS, maandelijks verschijnend informatie- en
opinieblad van de Rijksuniversiteit Limburg

Maffius nr. 7
6de jaargang, juli 1980



Ultimatum aan Pais verstrikt pag.3 * 1500 arbeidsplaatsen minder in WO pag.5 *
Uitslagen verkiezingen pag.7 * Limburgse gezondheidszorg 1850-1940 als onderwerp
van proefschrift pag.9 * Extra-honorering pag.12 * Nogmaals de medische overbe-
volking pag.13 * Akademisch ziekenhuis en basifilosofie pag.22 * Een briefwis-
seling pag.26 * Amnesty International in Zaïre pag.29 * Officiële informatie pag.31 *

redactieleden Maffius

Sluitingsdatum kopij:

21 juli 1980

Kees Schröer
Ger van der Vusse

Kees Ruissen
Els Schoenmakers

Henny Peltenburg

Jacques Herraets

Joep Offermans (adviseur)

Edith Goppel (redactie-assistente)

Eindredactie: Jacques Herraets

Redactieadres: Edith Goppel

Hoofdgebouw, kamer 304

Telefoon: intern 319 b.g.g. 309

extern 043-888319

Druk: Reprografie RL

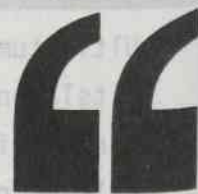
Lay-out en illustraties: AV-groep



van de redactie

Deze Maffius is een collectors' item!

Niet om zijn mooie voorplaat of om het schokkende nieuws dat de een of de ander er misschien in ontdekt, maar omdat dit de laatste 'echte ouwe' Maffius is. Na de vakantie komt er een nieuw blad. Denk nu niet dat Maffius dood is. Zijn geest zal blijven voortbestaan, alleen zijn gedaante wordt tot kleinere proporties teruggebracht. Maffius is zes jaar geleden bedacht door een stel enthousiastelingen, dat de eerste redactie vormde. Het monnikje Maffius (de universiteit is in een voormalig klooster gehuisvest) was het kwelduiveltje dat overal in de heilige hallen opdook waar gevoelige schenen en lange tenen te vinden waren. Het idee heeft lange tijd uitstekend gewerkt: er is heel wat venijn gespuid in dit blad en dat zal ook wel blijven gebeuren. Alleen is de formule van een 'satirisch'blad te beperkt geworden. Als logisch gevolg van de uitbreiding van de instelling wordt de betrokkenheid van het individu geringer. Een universiteitsblad, een goed, kan die betrokkenheid weer oppeppen. Met informatie, met met opinie. En met Maffius, het duivelse monnikje dat iedereen hinderlijk volgt. De eerste rubriek, of misschien kolom in het nieuwe blad is al geboren....



Ultimatum aan Pais verstrikt

Het gevecht Pais-Annadal met als inzet een bedrag van zo'n slordige 40 miljoen gulden nadert met rasse schreden zijn ontknoping. Op 1 juli verstrikt het ultimatum dat het ziekenhuisbestuur vorige maand heeft gesteld: als op die dag geen zekerheid bestaat dat de overheid (in dit geval staatssecretaris Veder-Smit) garant staat voor een lening van 40 miljoen gulden, zal het bestuur naar de rechter stappen om surséance van betaling aan te vragen. Tot nu toe (wij schrijven 26 juni) is die zekerheid er niet. Wel heeft Pais tegenover een Haags redakteur van de Limburger verklaard dat wat hem betreft alle obstakels uit de weg zijn genomen, "maar dat soort berichten hebben we al eerder gehoord", is het commentaar van de voorzitter van het ziekenhuisbestuur, drs. J. Verheij. "Wij gaan alleen af op harde gegevens, zolang die er niet zijn, voeren wij onze beleidsvoornemens uit."

Inmiddels heeft het bestuur, dat in een gesprek met de minister op 16 juni de zoveelste belofte voor een oplossing heeft moeten aanhoren, allesbehalve lijdelijk zitten toezien hoe het rekeningcourant-krediet bij de Nederlandse Middenstandsbank boven de 90 miljoen gulden uitgroeide. Het scenario dat bedacht is om Pais buitenspel te zetten, is volop in uitvoering en maandag zal blijken of het plan geslaagd is, dat wil zeggen, of voor 40 miljoen gulden een beroep op de kapitaalmarkt kan worden gedaan.

Vanmorgen zijn de onroerende goederen van Sint Annadal aan het ziekenhuisbestuur overgedragen door het Burgerlijk Armbestuur. Deze eigendomsoverdracht, die door Pais' toedoen lange tijd onmogelijk was, was een van de voorwaarden van Veder-Smit om garant te staan voor de lening van 40 miljoen, bestemd voor de financiering van de inmiddels bijna gereedgekomen en door de bank voorgefinancierde nieuwbouw van poliklinieken en operatiekamers. Oorspronkelijk zou de eigendom van de grond en de gebouwen van Sint Annadal pas in het jaar 2004 overgaan, op het moment dat het bestuur de laatste van de 4,3 miljoen gulden die het in het verleden heeft geleend van het Burgerlijk Armbestuur, terugbetaalt. Het Armbestuur beschouwde dus de onroerende goederen als onderpand voor het geleende bedrag. Om de eigendom over te dragen wenste het een andere zekerheid, bijvoorbeeld een garantiestelling door een derde. Het Annadalbestuur heeft daarvoor mevrouw Veder-Smit benaderd, maar deze verlangde instemming van minister Pais, na de akademisering verantwoordelijk voor het ziekenhuis.

Pais heeft zijn instemming nooit uitdrukkelijk geweigerd, maar de zaak hopeloos getraineerd, zozeer zelfs, dat betwijfeld mag worden of hij het bestaansrecht van een academisch ziekenhuis in Maastricht wel erkent. Zo ontving het Annadalbestuur vorige maand een brief van de minister met de vraag om opheldering over een "onduidelijkheid". De overdracht zou toch 'om niet' geschieden, was afgesproken in de overeenkomst Rijk-Annadal, waarvoor was nu dat geld dan nodig? Waarop het ziekenhuisbestuur moest antwoorden dat er nooit om geld voor dat doel gevraagd was, alleen om een kredietgarantie. Toch verklaarde Pais op 20 juni tegenover de Limburger dat het ziekenhuis "rijkelijk laat" deze onduidelijkheid uit de weg had genomen.

De vertragingstaktiek van de minister beu, heeft het bestuur de Nederlandse Middenstandsbank bereid gevonden de lening van het Armbestuur aan Annadal te garanderen, zodat vanmorgen de akte van eigendomsoverdracht kon passeren. De bank, die niet in de laatste plaats uit eigenbelang heeft gehandeld, heeft onmiddellijk daarna per telex aan het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne de voorwaarden bekend gemaakt waaronder zij 40 miljoen gulden op de kapitaalmarkt denkt te kunnen lenen. Stemt het ministerie met die voorwaarden in en stelt het zich garant voor de lening, dan kan de zaak maandag rond zijn. Maar helemaal gerust op de uitslag is het Annadalbestuur nog niet. Het ministerie van Financiën zou immers roet in het eten kunnen gooien....

JH



1500 arbeidsplaatsen minder in WO

De bezuinigingsdrift van het kabinet-van Agt dreigt ingrijpende gevolgen met zich mee te brengen voor de werkgelegenheid in het wetenschappelijk onderwijs. Op grond van de cijfers, die vermeld staan in het onlangs verschenen voorlopige Algemeen Financieel Schema 1982-'85 kan berekend worden dat in 1981 ruim 700 formatieplaatsen minder betaald kunnen worden en in 1985 zelfs 1524 minder. Hoe de werkgelegenheid precies verminderd zal worden is een zaak van de instellingen. Het departement kent immers geen formatieplaatsen toe, maar bedragen waarmee afgesproken taken naar zijn mening kunnen worden uitgevoerd. De instellingen moeten die taken nu met minder mankracht uitvoeren. Men denkt daarbij niet aan gedwongen ontslagen, maar aan maatregelen als vaturestops, het niet verlengen van tijdelijke aanstellingen en het verhogen van de onderwijslast van 40 tot 50 procent. Niettemin heeft Pais aangekondigd dat hij gedwongen ontslagen als uiterste konsekwentie van zijn beleid bereid is te aanvaarden, zo slecht staat de nationale economie er voor.

In vergelijking met andere instellingen komt de Rijksuniversiteit Limburg 'n beetje met de schrik vrij. Tot 1985 worden de toezeggingen uit de Meerjarenaafspraken 1980-1984 gehonoreerd, daarna is de rek er absoluut uit. Geneeskunde en Sociale Gezondheidskunde blijven voorlopig buiten schot dankzij hun status van 'nieuwe studierichtingen' die nog in een groeistadium verkeren. Vanaf 1985 valt die bescherming echter weg. Dit tot groot ongenoegen van het College van Bestuur en de faculteitsvoorzitters die op 18 juni bij het bilateraal overleg tussen het departement en de universiteit aanwezig waren. De RL heeft zich bij de gelegenheid bereid getoond grotere aantallen eerstejaars op te nemen voor de studierichting Sociale Gezondheidskunde op te nemen in de jaren vanaf 1983, maar het departement heeft daar blijkens het verslag van het overleg 'terughoudend' op gereageerd. Meer optimisme bestaat er over de tweede fase-opleidingen Sociale Gezondheidskunde.

Een apart geval vormt de studierichting Rechtsgeleerdheid die in 1982 start met 100 eerstejaars. In het ontwerp-Algemeen Financieel Schema wordt uitdrukkelijk genoemd als een nieuwe activiteit die bekostigd wordt door bij bestaande activiteiten te bezuinigen. Maar de aantallen studenten die de RL in de 'Schets voor een Juridische Studierichting' voorgesteld heeft toe te laten, zijn door het departement belangrijk gereduceerd.

De PL had voorgesteld in 1982 honderd eerstejaars toe te laten, in 1983 driehonderd en in 1984 en volgende jaren vijfhonderd. Het departement daarentegen gaat uit van honderd toelatingen in 1982, tweehonderd in 1983 en driehonderd in 1984 en volgende jaren.

De Universiteitsraad heeft het College van Betuur in de vergadering van 19 juni gevraagd bij volgende gelegenheden, wanneer onderhandeld wordt over de definitieve verdeling van de beschikbare gelden voor het wetenschappelijk onderwijs een beroep te doen op de gelden die het ministerie heeft gereserveerd voor wetenschapsdynamica en vrouwenstudies. Het College heeft toegezegd contact op te nemen met de fakulteiten om te bezien of zij dergelijke activiteiten in hun programma wensen op te nemen.

JH



Uitslagen verkiezingen 1980

Van de verkiezingen voor de fakulteitsraad van de medische fakulteit en de studentengeleding van de universiteitsraad waren weinig schokkende resultaten te verwachten. Er was volop keuze, dat wel, maar die had vooral betrekking op personen en niet zozeer op verkiezingsprogramma's. Van 'aardverschuivingen' is dan ook in geen enkele kieseenheid sprake. De enige eenheid waar echt iets te beleven viel was die van de geleding wetenschappelijk personeel in de fakulteitsraad, waar een lijst onder aanvoering van de gynaecoloog J. de Haan in de slag was met een aantal niet-lijstgebonden kandidaten. Als de kiesgerechtigden in Annadal, waar ook de overige kandidaten van die lijst werkzaam zijn, gedisciplineerd hadden gestemd, waren zij zeker geweest van een sterke vertegenwoordiging in de raad. Maar alleen lijstaanvoerder de Haan is nu gekozen, overigens samen met maar liefst vier kollega-hoogleraren en één medewerker (Ton Schmidt). De verklaring voor het geringe succes van de Haan en de zijnen is wellicht te vinden in het hoge aantal ongeldige stemmen (16) in zijn kieseenheid. Deze zouden wel eens afkomstig kunnen zijn van de arts-assistenten of andere nieuwkomers, die niet goed op de hoogte zijn van het vrij ingewikkelde kiesstelsel.

Een ander aspekt aan deze verkiezingen dat het vermelden waard is, is de dalende belangstelling van de kiezers. In 1978, toen vergelijkbare verkiezingen werden gehouden, leverde 73,8% van de kiesgerechtigden voor de fakulteitsraad zijn stembiljet korrekt in. Dit jaar deed dat maar 64%. De daling is minder markant als men rekening houdt met het grote aantal ongeldige stemmen bij het wetenschappelijk personeel. De 16 mensen die daar ongeldig gestemd hebben worden niet tot de opkomers gerekend.

Bij de universiteitsraad werd een opkomstpercentage geboekt van 61%. In 1978 was dat nog 74,4%. Een gevoelige daling, door betrokkenen geweten aan het "de helden worden vermoeid"-syndroom. Maar Maastricht steekt al met al nog erg gunstig af bij andere plaatsen. In Tilburg bijvoorbeeld kwam het voor dat van de zes studentenzetels in de sociale fakulteitsraad er door zetelkorting (de kiesdeler was bij lange na niet gehaald) maar vier konden worden bezet. Maar er waren niet meer dan twee studenten bereid gevonden die te bezetten....

Bij de verkiezingen voor de fakulteitsraad en de universiteitsraad (studentengeleding) zijn de volgende personen gekozen:

I. Fakulteitsraad van de fakulteit der geneeskunde

a. Geleding wetenschappelijk personeel

1. J. de Haan
2. T. Schmidt
3. W. Brouwer
4. J. Drukker
5. A. van der Linden
6. M. Romme

b. Geleding niet-wetenschappelijk personeel

1. Loes van Benthem
2. Jacques Lambregts
3. Herman Baars

c. Geleding studenten

1. Wip Bakx
2. Rian van Houweligen
3. Gerard Bos

II. Universiteitsraad

Geleding studenten

1. Luc de Witte
2. Paul Zwietering
3. Leo Schouten
4. Daniëlle Peet
5. Paul van der Linden

		VERKIEZINGEN 1980						
	Kieseenheid	zetels	kiesgerechtigden	opkomst	geldig	blanco	ongeldig	opkomst-percentage
Fakulteitsraad (fakulteit der geneeskunde)	a. wetenschappelijk personeel	6	278	189	189	0	16	68%
	b. niet-wetenschappelijk personeel	3	147	91	89	2	0	62%
	c. studenten	3	355	218	214	4	5	61%
Universiteits- raad	studenten	5	355	216	213	3	7	61%

J. Philips promoveert op de gezondheidszorg in Limburg.

De armen zijn dood en de historicus schrijft de geschiedenis der rijken, zelfs als hij dat niet wil.

Honderd jaar geleden was Nederland een langzaam overeindkrabbeland ontwikkelingsland. Het grootste deel van de bevolking vegeteerde voort in een ontstellend pauperisme en slechts honderdduizend mensen genoten van wat onze generatie, 'welvaart' zou noemen. Een wurgende landbouwkrisis dreef ieder jaar talloze boerenarbeiders naar de overvolle stenden, waar ze werk hoopten te vinden in de beginnende nijverheid. Ze kregen er de ellende van het wonen met hele gezinnen in één bedompte kamer, de onderbetaling en de karige uitdelingen van het Armbestuur, die net voorkwamen, dat de mensen van honger stierven.

Er waren genoeg andere dingen om aan te kreperen. Epidemieën bezochten vooral de volksbuurten. Kindersterfte zorgde er voor, dat er weinig weken voorbij gingen zonder een paar 'engelenmissen' in de parochiekerk. Tuberculose had vrij spel in een samenleving, waar de meeste mensen zich in leven moesten houden op een dieet van aardappelen en azijn

Tegen dat decor is de moderne gezondheidszorg van Nederland ontstaan. Daarover bestaan al wat deelstudies en sinds 12 juni is in dezen ook de provincie Limburg geen witte plek op de kaart meer. Op die dag promoveerde aan de hogeschool de heer J.F.R. Philips op het proefschrift, *Gezondheidszorg in Limburg. Groei en akseptatie van de gezondheidsvoorzieningen. 1850-1940*. Zijn promotor was Prof. dr. H.F.J.M. van Eerenbeemt.

Het is een echte dissertatie geworden, dik, netjes gedrukt en in een slappe groene kaft. De inhoud getuigt van ouderwetse degelijkheid. Stap voor stap gaat Philips na hoe het moderne gezondheidsapparaat, dat vandaag de dag tot in alle hoeken van de Limburgse samenleving reikt is ontstaan.

Het staat allemaal niet zo duidelijk in de geschiedenisboekjes, maar Nederland was na de val van Napoleon één van de armste gebieden van Europa geworden. Geen docent zal de Ierse



Dr. J. Philips, voormalig directeur van het Sociaal-Historisch Centrum, die 12 juni in Tilburg promoveerde.

hongersnood van 1845 vergeten. Dat in Nederland vergelijkbare omstandigheden heersten, is vrijwel onbekend. Voor zulke dingen heeft het vaderland een soort doofpot. Weet dan, dat de levensstandaard vergelijkbaar was met die in Ierland, terwijl de elite zijn forse kapitalen liefst in het buitenland belegde. De begroting kon slechts sluitend worden gemaakt dank zij de 'Indische baten' en op een gegeven moment had de gezeten burgerij zo weinig vertrouwen in het koninkrijk, dat een staatslening alleen maar werd voltekend, nadat de betrokken minister had gedreigd met invoering van de gruwel die eeuw: *direkte inkomstenbelasting*.

Er werkten toen in Nederland talloze gastarbeiders die meestal uit Duitsland kwamen. Ze verrichtten niet de minste baantjes zoals tegenwoordig, maar deden gekwalificeerd werk, waar je een vakopleiding voor nodig had. In Nederland waren geschoolden nauwelijks te vinden. *Inderdaad het leek de Derde Wereld wel.*

Daar is betrekkelijk snel verandering in gekomen. Na 1870 ongeveer begon in Nederland de industriële revolutie met alle gevolgen van dien. De samenleving verstedelijkte, de inkomsten namen toe en het algemeen welvaartspeil steeg voor iedereen. Dat zegt weinig over de menswaardigheid van het bestaan rond 1880, dat zegt meer over de volkomen verdierlijking van de generaties daarvoor. Limburg vormt op dit beeld min of meer een uitzondering. De toestanden in deze afgelegen landbouwprovincie staken gunstig af bij die in de rest van Nederland en dat veranderde juist in de jaren zeventig. De produkten van de Amerikaanse gemechaniseerde landbouw, die toen de Europese markten bereikten, zorgden voor een enorme crisis op het Europese platteland, die Limburg met zijn gebrek aan economische alternatieven extra hard trof. Van mijnbouw was nauwelijks

sprake. Alleen Maastricht bezat van oudsher industrie. Daar had een deels verfranste bourgeoisie al heel vroeg de kansen aangegrepen die de industriële revolutie hen bood. Ze zijn nog steeds berucht, ondanks het standbeeld dat men in Maastricht heeft opgericht ter herdenking van de heer Regout en niet van de talloze armoedzaaiers die achter zijn helse keramiekovens in een paar jaar hun gezondheid verspeelden.

De medische zorg was - legt Philips uit - volstrekt onvoldoende. De meeste artsen verdomden het om zich in die afgelegen negorij te vestigen, terwijl de heelmeesters die na een beperkte opleiding in de dorpen geneeskunde uitoefenden uitstierven. De overheid wilde, dat geneeskunde slechts door universitair geschoolden werd uitgeoefend zonder zich ervan te vergewissen, wat dit kon betekenen in een land waar slechts zo weinig mensen de kans kregen om te studeren. In de toenmalige nachtwakersstaat zou dat de overheid trouwens een zorg zijn. Voor de armen was er nauwelijks medische bijstand. Alleen in de steden had men armendokters die voor rekening van het Burgelijk Armbestuur behoeftigen behandelden. Ze kregen daar hoe dan ook een vast bedrag voor, wat hun zorg voor deze mensen niet ten goede kwam.

Wilden zij als heer leven, dan was het broodnodig om hun kostbare tijd te besteden aan types als de Regouts, die tenminste een behoorlijke rekening konden

betalen. Het ziekenhuis van Maastricht heette niet ten onrechte Kalvariënberg. Het was voor de meeste patiënten eindstation in hun leven. Hospitalen waren in die dagen van gebrekkige medische kennis voornamelijk haarden van infectie waar lijdens aan allerlei kwalen dooreen lagen en de verzorging afhing van grotereels ondeskundig personeel. Een vorige generatie had voor zulk werk trouwens tuchthuisboeven gerekruteerd. andere mensen vond je niet voor dit gevaarlijke werk in een omgeving, waar je talloze ziektes op kunt lopen.

Philips legt uit, hoe daar verandering in kwam. Hij schildert de komst van een nieuw soort artsen, leerlingen van de positivistische school, die juist in de tweede helft van de negentiende eeuw zoveel medische geheimen ontsluitden. Vaklieden waren het, patriarchen, allesweters en als het moest tyrannen, die de gewoontes van eeuwen herwisten te doorbreken. Slechts één ding kostte echt moeite: de gemeentelijke overheden brengen tot het nemen van hygiënische maatregelen. Dit werd door de lakse bestuursleden konsekwent op de lange baan geschoven, tot onderwerp gemaakt van ellenlange discussies of gewoonweg gesaboteerd. In Venlo werd er pas serieus iets aan gedaan, toen een plaatselijke apotheker en gezondheidsvoorvechter Van Rijn daar burgemeester was geworden. Deze Van Rijn probeerde zelfs te komen tot gemeentewoningbouw, wat in die dagen toch zelfs in het verlichte Holland als socialistische gruwel werd beschouwd. Zijn plan werd door een onwillige gemeenteraad getorpedeerd.

OPBLOEIEND ZUILENSYSTEEM

De dokters-alleenheersers werden opgevolgd door de organisators: geestelijken en katholieke leken die het opbloeiende zuilensysteem van een gezondheidskomponent wilden voorzien. Philips' boek is voor een groot deel gewijd aan de groei, bloei en onderlinge ruzies van zulke instellingen, die na de eerste wereldoorlog een vaste greep op de samenleving kregen. Minder aandacht besteedt hij aan de mijn en de sociale revolutie die de komst van deze grootindustrie te weeg bracht.

De mensen voor wie het allemaal bedoeld was, de gewone Limburgers, komen maar zelden uit de alinea's naar voren. En dan ziet Philips ze door de bril van de beter gesitueerden. Twee citaten over de armenzorg in de negentiende eeuw: "Het kon niet uitblijven, dat in dit systeem ook groepen binnenslopen, die geen echte paupers waren of die de armoede aan zichzelf te wijten hadden: luiaards, drankzuchtigen, ongeletterden, zwervers, criminelen, werkschuwen of andere marginale groepen. Tegen die misbruiken werd herhaaldelijk fel gefulmineerd, zonder dat de overheid daar veel aan veranderde."

"Dagloners en kleine zelfstandigen, inwijkelingen en gestrande militairen, losse arbeiders, bedelaars en paupers. Zij hadden naar hier de wijk genomen en bleven in de stad hangen om er gretig te profiteren van de vaste bedelingen door het Burgelijk Bestuur, dat vanwege zijn rijke fondsen in staat was een groot percentage van de bevolking bijstand te verlenen."

Nu werden in die goede oude tijd armenzorgers maar door een ding beziggehouden: hoe te voorkomen, dat er misbruik van hun karige uitkeringen gemaakt werd. Vóór je een beroep kon doen op het burgelijk armbestuur, moest je volledig en helemaal en definitief aan de grond zitten, mocht je eigenlijk niets meer hebben dan de kleren aan je lijf. En dan nog werd de steun - principeel zou je haast zeggen - slechts verstrekt op een manier, die het slachtoffer zoveel mogelijk van zijn menselijke waardigheid beroofde. O, de welvarenden, de vromen op de eerste rij in de kerk, die zich tijdens de preek zo gaarne vergeleken met de tollenaar en niet met de farizeeër, o deze lieden wisten talloze manieren om de behoeftigen in te peperen, dat armoede wél een schande was, een stigma dat je duidelijk moest dragen.

Het lastige is, dat er haast geen tegenspraak bestaat. De armen zijn dood. De armen schreven niet. Naamloos zijn zij gekrepeerd aan de silicose, opgelopen bij Regout, of aan de TBC, opgelopen in hun eigen stinkende krot. Zwijgend zijn zij heengegaan, net als de soldaten die kreupeerden op de grote veldtochten

uit de wereldgeschiedenis. De historicus buigt zich over de memoires van de generaal en de rekeningen van het armbestuur. Hij schrijft de geschiedenis der rijken, zelfs als hij dat niet wil. De stem van de armen is verklonken.

Want de geschiedenis kent wel een zwijgende meerderheid.

Wie het daarbij liet, zou Philips onrecht doen. Er staan genoeg passages in zijn boek die het vermoeden wettigen, dat die citaten uitglifiers zijn. Wie het boek op nog meer klakkeloosheden doorzoekt, vindt eerder het tegendeel of het moest een opmerking zijn over de menselijke lotsverbondenheid in tijden van sociale nood, die immateriële lotsverbetering teweeg brengt. Philips schrijft bovendien vanuit de optiek der katholieke sociale leer en daar wordt altijd te schamper over gedaan.

Maar een geschiedenis van de gewone Limburgse mensen heeft Philips niet geschreven. Dat moeten anderen doen. Sinds een klein jaar bestaat in Nederland de Vereniging voor mondelinge historische dokumentatie, die juist de kleine mensjes, degenen die de samenleving werkelijk met hun handen bouwen, aan het woord wil laten. De leden leggen de stemmen van de naamlozen op de band vast, ze tikken hun getuigenissen uit, ze schrijven hun geschiedenis. Hier in Tilburg doet dat bijvoorbeeld Ton Wagemakers, die de geschiedenis van de stad bestudeert in de optiek van de wolarbeiders. Zo'n geschiedschrijving zou aan Philips' nauwkeurige studie van de instellingen en de regenten moeten worden toegevoegd. Er zijn nog genoeg mensen in leven die de tijd vanaf de eerste wereldoorlog hebben meegemaakt, patiënten, wijkverpleegsters, mijnwerkers. In talloze Limburgse achterkamers zitten nog oude mensen - al dan niet met de zuurstoffles onder handbereik - die een verhaal kunnen vertellen. Het verhaal van kleine, machteloze mensen die vechten voor een beetje persoonlijke waardigheid.

Han van der Horst (Tilburgs Hogeschoolblad).

Extra-honorering onaangetast

Onlangs heeft het College van Bestuur een voorstel op tafel gelegd ten aanzien van de extra honorering van kroondocenten en wetenschappelijk personeel van de niet-klinische capaciteitsgroepen van de Medische fakulteit. Deze extra honorering heeft te maken met het al jaren slepende probleem van het verschil in inkomen tussen een zogenaamde vrije specialist en een medikus in dienst van de universiteit. Daarbij speelt het begrip "marktwaarde" een belangrijke rol.

De salariëring van medewerkers van de universiteit, dus ook van kroondocenten en ander wetenschappelijk personeel, wordt geregeld door bezoldigingsbesluiten van de Rijksoverheid.

Een specialist in de klinische gezondheidszorg verdient echter meestal aanzienlijk meer; de verschillen bedragen gemiddeld vaak minstens 50%.

Het is voor medici dus vaak financieel niet zo aantrekkelijk om bij een universiteit te gaan werken; zijn "marktwaarde" ligt veel hoger dan de universiteit kan uitbetalen. Om medici nu toch zover te krijgen dat ze een functie bij de RL aanvaarden, wil het College van Bestuur de marktwaarde van zo'n medikus proberen vast te stellen - hoewel dat door allerlei vertroebelende factoren bijna een ondoenlijke zaak is - en dan door middel van een extra honorering boven op zijn salaris de verhoudingen een beetje gelijk trekken. Waar komt dat geld voor deze manoeuvre nu vandaan? Juist, uit de gezondheidszorg, om hun vaardigheid en deskundigheid op nivo te houden. Voor die activiteiten laten zij zich natuurlijk ook betalen, waardoor de universiteit - omdat zij immers in dienst zijn van de universiteit - de beschikking krijgt over een niet onaanzienlijke en voortdurende geldstroom.

Het College van Bestuur vindt nu, dat door de specifieke situatie in Maastricht, het niet redelijk is dat alleen uitkeringen worden gedaan aan degenen die direkt in de gezondheidszorg werkzaam zijn, de "veroorzakers", maar ook aan mensen die achter het front een belangrijk aandeel leveren aan het frontwerk. Het College van Bestuur vreest dat anders door grote inkomensverschillen het samenwerkingsverband gevaar loopt.

Daardoor nu kunnen ook wetenschappelijke medewerkers van niet-klinische capaciteitsgroepen voor een ekstra toelage in aanmerking komen. Dat bij de mensen die "achter het front" werken ook niet-wetenschappelijk personeel zit wordt gemakshalve maar vergeten.

Uiteindelijk komt het erop neer dat degenen die al over een niet onaanzienlijk inkomen beschikken (je moet minstens vijf jaar ervaring hebben, gepromoveerd zijn (of bijna)), nog een extra bonus kunnen krijgen.

Wie sprak daarover onevenredige inkomensverschillen?

Des te vreemder wordt het, als je in overweging neemt, dat al sinds 1969 wordt gepoogd om dit soort praktijken uit te bannen.

Een brief van de toenmalige staatssecretaris Klein uit 1974, vermeld al dat hij sterk voorstander is om allerlei "ad hoc" regelingen op te heffen en één en ander via een ambtelijke toelage te regelen, ook de partikuliere inkomsten van specialisten in de academische ziekenhuizen.

Het College van Bestuur had er wellicht beter aan gedaan, met haar voorstellen in te haken op deze tendens, nu er in Maastricht nog iets te regelen valt.

Ook bij sommige capaciteitsgroepen, waarvan medewerkers in aanmerking zouden komen voor zo'n toelage, leeft het idee dat zulke gelden veel beter besteed kunnen worden om bijvoorbeeld formatieplaatsen te scheppen. Dat heeft een positief resultaat t.a.v. de krappe arbeidsmarkt en de werkzaamheden die met behulp van zo'n extra formatieplaats kunnen worden uitgevoerd komen ten goede van de gehele universitaire gemeenschap, bijvoorbeeld in het onderwijs. De persoonlijke bevoordeling van enkelingen is in de huidige maatschappelijke verhoudingen bijna iets onethisch.

Voor ons was het artikel van Greep over de medische overbevolking (Medisch Contact, 16 (1980) pp 481-484) aanleiding, om reacties te vragen. In de vorige Maffius plaatsten we de reacties van Ament en Tans.

Voor Ed Beuker, mede betrokken geweest bij de rekensommetjes van Prof. Greep, was dit weer aanleiding, om ook te reageren. In zijn bijdrage geeft hij aan wáár naar zijn mening de problemen liggen, waar iets aan gedaan moet worden.

Medische overbevolking: medische, economische en politieke fictie of ?

Dat het artikel van Prof. Dr. J.M. Greep (Medisch Contact 16, (1980), pp 481-484) reacties zou oproepen, is even begrijpelijk als wenselijk.

Na lezing van het tweetal reacties, in Maffius nr. 6 van André Ament en Dr. J. Tans (om de inleider Ger van der Vusse in zijn aanduiding van personen voor de eenvoud maar gewoon te volgen) komt bij mij het gevoel op, dat deze eveneens een gepaste reactie verdienen.

Met deze reactie hoop ik duidelijk te maken, dat de discussie die nu ontstaan is, de feitelijke problemen verdoezelt. Is de behoefte aan artsen nu wel of niet te bepalen? Is de prognose wel of niet juist? Is het probleem nu wel of niet integraal benaderd? Allemaal zeer belangrijke vragen. Maar de praktijk van vandaag (middels een aantal voorbeelden toegelicht) leidt tot een eenzijdig beleid, n.l. een beleid uitgestippeld door de beroepsverenigingen (van huisartsen en specialisten). En dan komen de problemen (werkeloze basisartsen) wel erg dicht bij huis.

Artsenbehoefte: wel of niet te bepalen?

Is het nu wel mogelijk, of niet mogelijk, om de behoefte aan artsen vast te stellen? André Ament zegt eerst: als artsen dit doen, is het behoeftecijfer snel overtroffen. Dan, via de opmerkingen "de behoefte aan artsen is van talloze factoren afhankelijk" (sic), en "het beste kan men de werkgelegenheid in de gezondheidszorg vergelijken met een spons met oneindige opnamecapaciteit", komt hij bij : "..., dat er werk genoeg is voor artsen".

Zijn conclusie is hier dan: -bepaling van de behoefte aan artsen voor de toekomst is een hachelijke zaak.

-er zijn geen criteria aanwezig op basis waarvan de behoefte geobjectiveerd kan worden.

De reactie van Dr. J. Tans leidt tot een soortgelijke konklusie: het gaat om een fundamentele zaak; deze is onoplosbaar, wanneer die niet integraal wordt benaderd. En hij stelt : de behoefte aan artsen heeft alles te maken met de wijze waarop de gezondheidszorg is gestructureerd en functioneert.

En André Ament besluit zijn verhaal met te verwijzen naar de noodzaak van manpowerplanning, dat echter een moeizaam en tijdrovend proces is, aangezien veel aandacht moet worden besteed aan de onderbouwing van de behoefte. (En daarmee weer terug naar Af?).

Laat ik vooropstellen: ik geef niemand ongelijk. Om iets over de toekomst te zeggen, moet je gebruik maken van gegevens uit het verleden en heden. En dan nog: er zijn altijd factoren, die je niet juist hebt ingeschat, en die je prognose onmiddellijk in het hoekje van futurologische prullaria doen belanden.

Planning en beleid

Prognoses maken is geen doel op zich. Het is een onderdeel van een planningsproces, waarbij -uiteraard zo goed en betrouwbaar mogelijk- een toekomstbeeld wordt geschapen. Nadat dit toekomstbeeld is geschapen komt de vraag: zijn we tevreden met dit toekomstbeeld? En aan de hand van pluriforme objectieve, subjectieve en hybride criteria wordt, naast het eerder geschetste toekomstbeeld, een nieuw gecreëerd: het doel dat we wensen te bereiken.

En het volgende onderdeel van het planningsproces (het ontwerpen van maatregelen, die genomen moeten worden om het gestelde doel te bereiken), leidt (gehoord hebbende, ... gezien hebbende, ... in overweging nemende...) tot een of meerdere beleidsmaatregelen, die dan worden uitgevoerd.

Volledigheidshalve: dit proces wordt uiteraard periodiek herhaald.

Als ik de reacties van André Ament en Dr. J. Tans nogmaals bekijk, konkludeer ik dat:

- André Ament zijn twijfels heeft bij de methode van prognostiseren
- André Ament tevens zijn twijfels heeft bij de criteria (objectieve zijn er niet) om een prognose te beoordelen (laat staan een gewenst toekomstbeeld op te bouwen)
- Dr. J. Tans eveneens de methode van prognostiseren aanvecht (je moet er meer zaken bij betrekken, het onderlinge verband niet verliezen en de zaak integraal bekijken).
- Dr. J. Tans ook een stelsel van samenhangende beleidsbeslissingen wenst en niet één enkele: beperken van het aantal studenten

De praktijk van vandaag

Helaas wordt het nadenken over de toekomst pas gedaan, als er vandaag iets fout gaat, en je dat tracht voor morgen te voorkomen. Pijnstillers zijn een oplossing, maar voorkómen van de pijn is natuurlijk beter. Daarom een tweetal -niet al te theoretische- casussen.

a. De overwerkte huisarts.

Per jaar worden ruim 500 huisartsen door de huisartsinstituten 'afgeleverd'.

Zij willen (vrijwel allemaal) een praktijk beginnen. Het aantal praktijken dat vrijkomt (pensionering), uitbreidt, of nieuw ontstaat (nieuwe woonwijken) is echter duidelijk minder: ruim 200.

Gevolg: over een reeks van jaren worden er meer huisartsen op de markt gezet dan er plaats voor is. Dus werkeloosheid?! Niet alleen dat!

Zodra een huisarts zijn praktijk neerlegt, wordt deze 'in de verkoop' gebracht. In het algemeen: de hoogste bidder krijgt de praktijk. En

zoals een ieder begrijpt: bij zoveel bidders op de markt, gaat de prijs omhoog! En de nieuwbakken huisarts ziet zich gesteld voor de

zware financiële opgave, zijn aankoop terug te verdienen. Dus:

vergroting van zijn praktijk, uiteraard het liefst met particulier verzekerden.

b. De overwerkte arts-assistent.

Een maatschap van een aantal chirurgen, met een aantal assistenten in opleiding tot chirurg: dit is het scenario van het volgende bedrijf.

Allemaal harde werkers, 60 uur per week is normaal. De arts-assistenten in loondienst bij het ziekenhuis, maar de maatschap betaalt de salaris-kosten weer terug aan het ziekenhuis. Een detail, maar niet onbelangrijk.

Na verloop van een-twee jaar blijkt het werk te zijn toegenomen. Een lichte toename van het aantal opnamen, het aantal operaties en het aantal polikliniek bezoeken.

Het inkomen (van de specialisten) stijgt wat, de workload voor de gehele groep (specialisten en assistenten) ook. Niet alleen door de toename van patienten (verrichtingen), maar ook 'bestuur en beheer' neemt toe: meer administratie, meer overleg. Hoe vang je als maatschap nu die extra belasting op?

Een specialist erbij (dus de maatschap uitbreiden) is van de een op de andere dag een gevoelige klap in inkomen! Een extra assistent: kan wel veel minder, doet ook veel minder, maar kost ook veel minder!

En (mede?) door deze gedachtengang zien we, dat in de afgelopen jaren het aantal artsen in opleiding tot specialist sterk is toegenomen. Tot vreugde van de basisarts, die nu toch nog een specialistenopleiding kan gaan volgen.

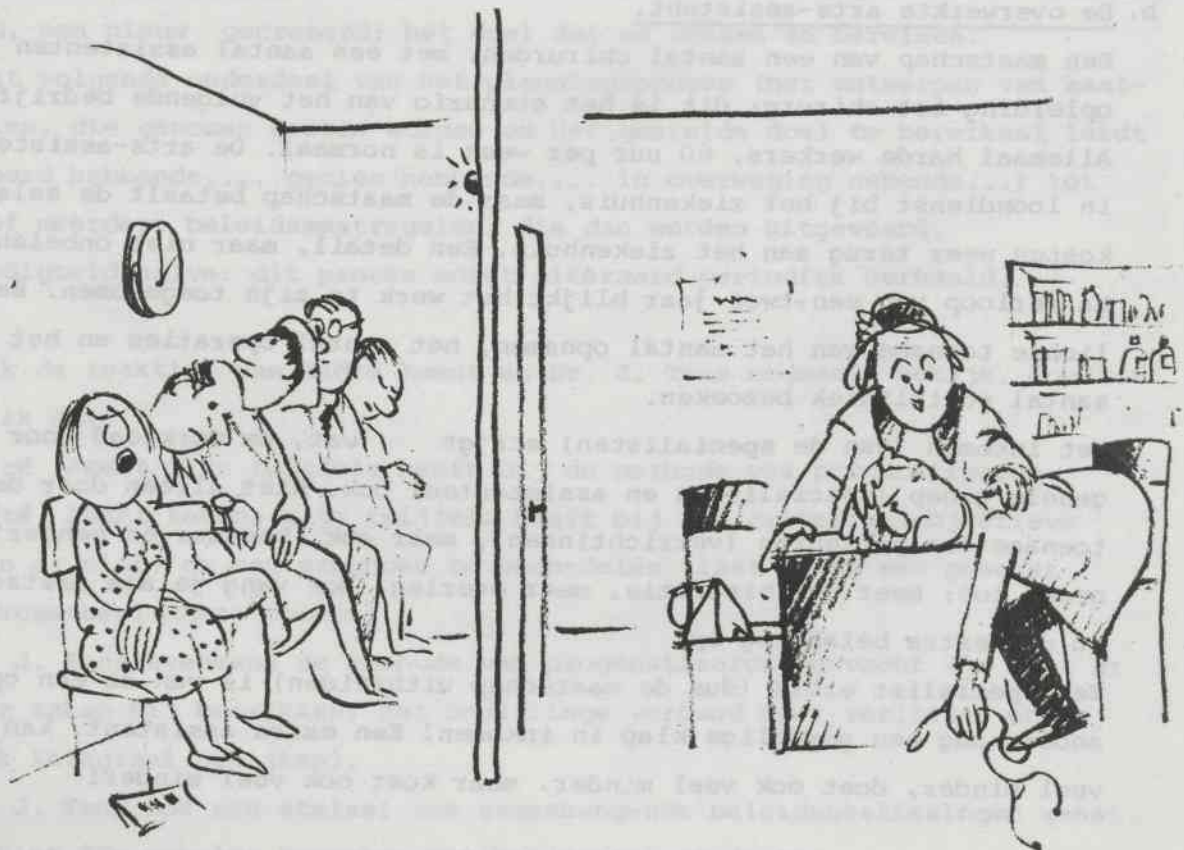
De praktijk - vandaag: de consequenties

a. De huisartsen

Het voorbeeld van de overwerkte huisarts geeft aan, hoe in de huidige maatschappelijke structuur, en in het bijzonder de economische structuur van de gezondheidszorg, het marktmechanisme precies verkeerd uitpakt.

Reden, om veel aandacht te besteden aan deze problematiek. De vele artikelen rondom overnameprijs van praktijken, praktijkomvang en vestigingsbeleid zijn er een gevolg van. En uiteraard de honoreringsstructuur, en de hoogte van de inkomens van huisartsen komen hierbij ter sprake.

En niet alleen beroepsverenigingen (LHV, KNMG) zijn er mee bezig, ook daarbuiten worden studies gemaakt en voorstellen gedaan (Ziekenfondsen, overheid). Maar het zijn nog maar studies, ideeën, voorstellen. En het 'verkeerd-om' effect gaat inmiddels ongewijzigd voort.



b. De specialisten.

Hier is waar te nemen, dat er steeds meer artsen in opleiding worden genomen, en dus steeds meer specialisten opgeleid worden. Voor hen is moeilijk een plaats te vinden, want deze wordt (qua workload) opgevangen door een aantal arts-assistenten! Of de kers-verse specialist blijft korte of lange tijd als -relatief- laag betaalde specialist werken of hij wordt werkeloos.

Voor de chirurgen reeds eerder aanleiding om e.e.a. in studie te nemen, welke studie nu wordt uitgebreid tot alle snijdende specialismen. De doelstelling van de specialisten -hoe die ook door anderen gezien wordt- leidt tot voorstellen, om de opleidingscapaciteit te beperken. Voorzover zij er via het principe van collegialiteit in zullen slagen dit te bereiken, wordt het probleem 'doorgeschoven' naar de basisarts, die geen mogelijkheid meer zal zien, een vervolgopleiding te gaan volgen.

c. De werkeloze arts.

Als je je rijbewijs haalt, en dit maar om de vijf jaar verlengt, ben je verzekerd van het recht auto te mogen rijden. Of je nu veel of weinig rijdt, of misschien vrijwel helemaal niet: je mag rijden. Pas op oudere leeftijd worden aanvullende eisen gesteld. Vrijwel iedereen vindt dit systeem niet zo goed: ook slechte rijders mogen (bij wet) achter het stuur: ze vormen een gevaar voor zichzelf, en voor de omgeving. Mensen in die omgeving (voetgangers, fietsers, andere automobilisten) kunnen wel anticiperen op het soms vreemde gedrag van die enkeling, en zo brokken voorkomen.

En de arts die een tijd werkeloos is geweest, of slechts zeer weinig heeft gedaan? De specialistenregistratiecommissie heeft de mogelijkheid, om de inschrijving als specialist ongedaan te maken "als hij gedurende 5 jaar of langer het specialisme, waarvoor hij is ingeschreven, niet regelmatig heeft uitgeoefend" (artikel 1023, lid 2 sub a, "Erkenning en registratie van Medisch Specialisten").

Dat er eisen gesteld worden aan de handvaardigheid, zal bij niemand vreemd overkomen. Als patient heb je vertrouwen in de arts, en zeker op de operatietafel kun je niet meer anticiperen!

Vooralsnog zijn het de beroepsorganisaties zelf die de minimumeisen opstellen. Als de consument hierbij inspraak zou krijgen, kunnen de eisen alleen maar strenger worden, en het aantal werkeloze artsen ook!

Wat gebeurt er bij 'geen beleid'?

Zoals in paragraaf 2 reeds aangegeven, moet als eerste stap van planning een prognose worden opgesteld. En onmiddellijk komen we in grote definitieproblemen. Het is wel mooi, om Nederland te vergelijken met andere landen, maar zijn de artsen van verschillende landen met elkaar vergelijkbaar? Wat is hun opleiding, in welke vorm 'doen' zij patientenzorg? Is de artsendichtheid in de USSR niet zo hoog, omdat daar de 'bare foot doctor' in de cijfers meetelt, terwijl zijn activiteiten bij ons door de kraamhulp, de EHBO-er, de verpleegkundige, worden uitgevoerd?

Het door André Ament opgenomen staatje (tabel 1: verdeling artsen per 1-1-'78) geeft exact de kern van de problematiek aan: op iedere 10.3 werkzame arts zijn 6,9 artsen met hun opleiding bezig (alles p. 10.000 inw.)

De gemiddelde opleidingstijd zal tussen de 1 jaar (huisartsen) en 4,8 jaar (het gemiddelde van de specialistenopleiding) liggen. Stel dat het gemiddeld 3 jaar is, dan komen er ieder jaar 2,3 artsen bij! Bij een gemiddelde arbeidsduur van 30 jaar, is dit 'voldoende' om een bestand van 69.0 artsen in stand te houden, waar er nu kennelijk 10.9 zijn. Het aantal artsen groeit dus toe naar een dichtheid van $69.0 + 6.9 = 75.9$ (d.i. meer dan 2x zoveel als de USSR, en bijna 3x zoveel als Zweden).

Ik betwijfel, of de door André Ament aangereikte spons wel zoveel aankan!

Is dit een zeer eenvoudige -en niet geheel korrekte- rekenpartij, zoals André Ament ze in zijn reactie in Maffius weergaf, en is het rekensommetje, dat aan de basis ligt van de cijfers van het artikel van Greep, its uitgebreider, in wezen is het van dezelfde eenvoud. En die eenvoud geeft 'slechts' aan, dat, met de huidige opleidingscapaciteit het aantal huisartsen, specialisten en sociaal geneeskundigen enorm toeneemt.

Daar staat dan inderdaad simpelweg bij: "bij ongewijzigd beleid en fixatie van het huidig aantal opleidingsplaatsen."

Om nog meer realistisch te worden een voorbeeld bij de huisartsen. Stel (inderdaad: een aanname!) dat de huidige opleidingscapaciteit op 526 (het cijfer uit het artikel van Greep) gehandhaaft blijft. Stel, dat het lukt (middels maatregelen als afschaffing goodwill, vestigingsbeleid etc), om al deze huisartsen aan een praktijk te helpen.

Bij een 'werkzame leeftijd' van zo'n 32 jaar betekent dit, een doorgroei naar zo'n 16.800 huisartsen (nu : 5.350 !) De bevolking groeit ook nog wat, zeg naar 14,5 miljoen. Resultaat: een gemiddelde huisartspraktijk van \pm 865 inwoners (waaronder dan nog onterecht meegemeld diverse kategoriën inwoners).

Voor de consument, de patient, mag dit wel ideaal lijken. Maar is dit wel zò? Ik ben geen medicus, maar voel wel aan, dat er iets is als een 'minimale vaardigheid', te vertalen in een minimale praktijkomvang.

Voorlopig zijn we **nog niet** zover. Er moeten nog vele, vele maatregelen genomen worden, wil er een uitbreiding van het huidige aantal mogelijk zijn. Zoals gezegd: afschaffing goodwill, een vestigingsbeleid, een ander inkomensbeleid. De beroepsgroep is er druk mee bezig. Maar één maatregel zal ongetwijfeld genomen worden: vermindering van het aantal opleidingsplaatsen.

Nóg een realistische rekenpartij. Het zij mij vergeven, dat de cijfers die ik nu gebruik, niet in het artikel van Greep te vinden zijn, hoewel ze mede aan de basis hebben gelegen.

De hierna gebruikte cijfers zijn ontleend aan een studie, verricht o.l.v. Greep, m.b.t. in- en uitstroom algemeen heekkundigen.

Het aantal arts-assistenten in opleiding tot algemeen chirurg bedraagt momenteel ca 390. Gemiddeld worden er dus (zolang deze capaciteit niet wijzigt) 65 nieuwe chirurgen per jaar 'afgeleverd'. Dit is, aangezien chirurgen zo'n 30 jaar werken, voldoende om een bestand van 1950 chirurgen in stand te houden. Nú zijn er nog geen 700.

De Nederlandse chirurg doet gemiddeld per jaar zo'n 300 operaties. Dat gaat (aannemende dat het totaal aantal operaties niet wijzigt) naar beneden tot nog geen 110 operaties per chirurg per jaar (dus om de drie dagen een operatie')

Ook hier de vraag: is dit ideaal voor de patient? Ook hier: ik ben geen medicus, maar dit cijfer van 110 lijkt me wel wat laag.

Ook hier: voorlopig zijn we nog niet zover. Er worden door de specialisten zelf ook plannen uitgedacht. Dat een toename van het aantal chirurgen zal leiden tot een toename van (onnodige?) operaties, lijkt geen twijfel. En welke maatregelen de beroepsgroep nu ook uitwerkt, en hoe ook de structuur in de maatschappij en gezondheidszorg (lees: inkomensvorming) gewijzigd wordt, de kans is groot, dat de specia-

listen er toe over gaan hun opleidingscapaciteit te fixeren, en wellicht terug zullen brengen. En dat leidt op korte termijn dan niet tot werkeloze specialisten, maar tot werkeloze basisartsen, die (althans in Nederland) niet verder opgeleid kunnen worden.

En het beleid?

Ik ben het met Andre Ament eens, dat we de moeilijke weg op moeten van manpowerplanning. En met Dr. J. Tans, dat het probleem integraal moeten worden bekeken, proefschrift of niet.

Maar voorlopig gebeurt er nog weinig: het zijn de beroepsgroepen, die akties ondernemen, die plannen maken. En een van die akties zal zijn: beperken van de opleidingscapaciteit. En daarmee is het probleem verschoven. Geen werkeloze huisartsen, geen werkeloze specialisten maar basisartsen, die geen vervolgopleiding kunnen volgen.

Nu al is het zeer, zeer moeilijk voor de basisarts, om een vervolgopleiding te gaan volgen. Een wachttijd is al niet ongewoon meer. Ook niet het neveneffekt, dat medisch studenten vlak voor hun co-schappen de studie onderbreken: ze starten pas hun 1½ jaar co-schapsperiode zodra ze zeker weten, dat ze onmiddellijk dóór kunnen.

De beleidsvraag moet nu gesteld worden (en is gelukkig al enkele malen ter discussie geweest) of wij in Maastricht nu iets extra's moeten doen voor onze basisartsen. Het mag dan wel zo zijn, dat formeel de Fakulteit der Geneeskunde en de Universiteit alleen te maken hebben met de opleiding, en niet met de kansen die het eindprodukt heeft. Maar de RL, met zijn specifieke kenmerken, moet verder kijken dan de opleiding tot basisarts. Pas in de praktijk (de patientenzorgpraktijk) zal blijken, of onze opleiding ook beter is. Het is zaak, en om dit te bestuderen, maar tevens, om de basisarts te helpen verder te komen. Dan valt er nog wat te bestuderen!

Last-but-not-least: in het artikel van Greep wordt gesteld, dat de opleidingscapaciteit van de Medische Fakulteiten beperkt moet worden. Uiteraard is de berekening niet 'nauwkeurig' (zoals André Ament zegt) en uiteraard moet er meer bekeken worden dan de capaciteit alleen (zoals Dr. J. Tans aangeeft). Maar vanuit de beroepsgroepen is een planning mogelijk, heeft men criteria, en kan men een aantal maatregelen nemen.

Het gaat niet aan, om de rekenpartij als onjuist te bestempelen, of de rekenaar te verwijten, de zaak niet integraal te bekijken. Mijn opvatting is, dat én vanuit de wetenschap, én vanuit de politiek, samen met de medische wereld, gestudeerd moet worden op de problemen, en gezamenlijk een beleid moet worden ontwikkeld.

In het verleden is dat kennelijk niet gebeurd. En is het niet juist de Rijksuniversiteit Limburg, en juist deze Fakulteit der Geneeskunde die vanuit de basisfilosofie werkend, dit probleem moet aanpakken?

Waar blijft het projektvoorstel?

Ed Beuker

RECTIFICATIE

De redactieleden van dit blad zijn bij toerbeurt eindredakteur; (bij het vorige nummer was ik dat). Eindredakteur zijn houdt in dat je de uiteindelijke verantwoordelijkheid hebt voor de inhoud van Maffius; geen verantwoordelijkheid waar je nachten van wakker ligt, maar het heeft wel enkele praktische konsekventies.

Eén daarvan is dat de eindredakteur *alle* kopij gezien moet hebben zoals die uiteindelijk in het blad terecht komt; het is ontoelaatbaar dat naderhand nog zaken worden weggelaten of toegevoegd buiten zijn medeweten.

In de A.V. groep, die de technische lay-out van Maffius verzorgt, schijnt iemand te denken dat deze alleszins redelijke spelregels niet voor hem gelden; hij misbruikt zijn positie om bepaalde opmerkingen en ideeën in dit blad te laten afdrukken.

Ik meen daarom dat het gerechtvaardigd is ook openlijk, middels dit blad, mijn ongenoegen daarover uit te spreken, en te verklaren dat ik mij volledig distantieer van de opmerking, zoals die onder het afscheidswoord van Emile Berger is geplaatst.

Kees Ruissen

Konseptplan Academisch Ziekenhuis versus Basisfilosofie

De eerste plannen van de bouw van een nieuw Academisch Ziekenhuis te Maastricht heeft van de verschillende zijden nogal wat kritiek ontvangen; kritiek variërend van bezwaren gebaseerd op planologische en stedenbouwkundige overwegingen tot en met inhoudelijke argumenten betreffende de invulling en ontwikkeling van de universiteit in Maastricht.

De kritiek vanuit de capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie op de gepresenteerde plannen zullen hieronder weergegeven worden. Getracht zal worden deze kritiek principieel op te bouwen en daartoe worden nogmaals de fundamenteën van de achtste fakulteit vergeleken met het bouwwerk wat nu beoogd wordt; deze twee lijken niet bij elkaar te behoren.

Dat inhoudelijke kritiek juist vanuit Sociale Psychiatrie geformuleerd wordt is niet vreemd als men bedenkt hoe vanuit de Basisfilosofie deze capaciteitsgroep - samen met huisartsengeneeskunde - als een van de wezenlijke onderdelen gestalte heeft gekregen.

Een korte terugblik naar de Basisfilosofie lijkt dienstig.

De keuze om in Maastricht een achtste medische fakulteit te vestigen is in eerste instantie gebaseerd op economische motieven - stimulering van de economie in deze regio ter compensatie van de mijnsluitingen. De beslissing om überhaupt een achtste medische fakulteit op te richten stoelde aanvankelijk op de bevolkingsprognoses die toentertijd een bevolking van 18 miljoen in 2000 te zien gaven. Bij deze hoge bevolkingsaantallen behoorden uiteraard ook hoge aantallen artsen (in opleiding); bovendien waren de andere fakulteiten reeds volgelopen. Als op het moment van konkretisering van de achtste fakulteit in Maastricht de bevolkingsprognoses drastisch herzien moeten worden, valt één van de belangrijkste bases voor een nieuwe opleiding van artsen weg. De nieuwe aanleiding wordt gekreëerd in de, ondanks een aantal goede ideeën, haastig gekoncipieerde Basisfilosofie; een filosofie die van een geheel nieuwe wijze van onderwijs en van anderssoortige relatie met de gezondheidszorg (instellingen) gewaagde.

De bedoeling was het aan de nieuwe fakulteit een nieuw soort arts op te leiden; hiertoe werd een verbinding vanuit de traditionele klinische disciplines naar de gedragswetenschappen gedacht. Bovendien zou de arts in opleiding probleemgericht leren denken en handelen. De voordelen, de doeleinden zouden tweeledig zijn. Enerzijds was al eerder geconstateerd dat slechts een beperkt gedeelte van de klachten op het spreekuur van de huisarts een puur somatisch karakter kenden. De inbreng van de

gedragwetenschappen is uit dien hoofde onvermijdelijk. Anderzijds zou het probleemgericht denken beter aansluiten bij de moeilijkheden zoals patiënten deze ervaren. De ontwikkeling van een juiste attitude wordt vanwege dezelfde reden gestimuleerd.

Via beide opties wil bereikt worden dat het individu centraal komt te staan; dit in tegenstelling tot de meer traditionele beoefening van de geneeskunde waarbinnen men juist vastgelopen is in een "gereduceerde" benadering van de patiënt. Immers, daar krijgt de patiënt als individu met een eigen subjektieve zingeving, met een eigen betrokkenheid tot zijn probleem geen of te weinig aandacht. Binnen deze technokratische benadering, met zijn vaak zeer geavanceerd en hoog-gespecialiseerd kunnen, overweegt een houding t.o.v. de patiënt als die t.o.v. een kapot mechanisme dat gerepareerd dient te worden. Het zijn vooral deze hoog-gespecialiseerde disciplines, die tot dan uitgebouwd zijn en die veel geld, energie en intellect gevergd hebben. Weliswaar leveren deze disciplines de beoefenaren veel status, maar zij doen tegelijkertijd de kosten van de gezondheidszorg onevenredig sterk stijgen. De vraag of deze manier van "zorg" aansluit bij de werkelijke behoeften van (eventuele) gebruikers wordt nauwelijks gesteld.

Met de oprichting van de achtste medische fakulteit wordt dan ook beoogd een vernieuwing aan te zetten. Zowel wat betreft het onderwijs, maar vooral wat betreft de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg. Wij kunnen achteraf de Basisfilosofie dan ook beschouwen als een progressief produkt, aansluitend bij knelpunten in de gezondheidszorg.

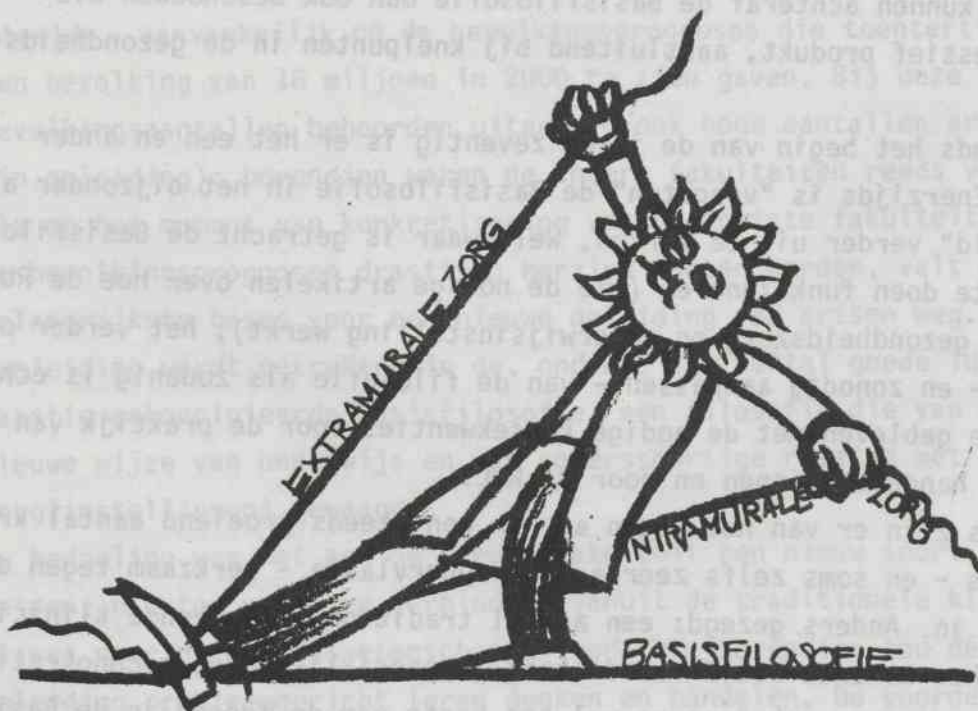
Echter sinds het begin van de jaren zeventig is er het een en ander gebeurd. Enerzijds is "vergeten" de Basisfilosofie in het bijzonder als "denkwereld" verder uit te werken. Weliswaar is getracht de Basisfilosofie konkreet te doen functioneren (zie de nodige artikelen over hoe de RUL als research, gezondheidszorg en onderwijsinstelling werkt); het verder ontwikkelen - en zonodig aanpassen - van de filosofie als zodanig is echter achterwege gebleven met de nodige konsekventies voor de praktijk van het dagelijks handelen binnen en door de RUL.

Anderzijds zijn er van het begin af aan een steeds groeiend aantal krachten onderhuids - en soms zelfs zeer aan de oppervlakte - werkzaam tegen de filosofie in. Anders gezegd: een aantal traditioneel denkende klinici trachten het bekende beeld van de hoog-gespecialiseerde, technokratische zorg naar voren te schuiven en wel ten koste van de ideeën in de Basisfilosofie. Het meest symptomatische - en op lange termijn de zorg op een

technokratische wijze vastlegend - van deze ontwikkeling wordt geschetst in de konseptnota betreffende het Akademisch Ziekenhuis.

De Sociale Psychiatrie is in de Basisfilosofie genoemd als een van de kerndisciplines (samen met Huisartsengeneeskunde/Interne Geneeskunde en Chirurgie/Biochemie en Pathologie). Dit omdat de psychosociale begeleiding van de patiënt in de 1e lijn en verwijzing (zowel horizontaal alsook vertikaal) als een steeds relevanter item gezien wordt. Sociale psychiatrie werd gezien als een van de konstituerende onderdelen binnen de opleiding tot (basis)arts.

De ontwikkeling van de RUL vertrekkend bij de Basisfilosofie zou zodanig gedacht kunnen worden, dat de klinische zorg niet verder uitgebouwd wordt; dat de zorg juist in de 1e lijn (en aanpalend in de ambulante geestelijke gezondheidszorg) verbeterd wordt; dat naast de veelal aanwezige hoogspecialistische zorg aangevuld wordt met de nu rudimentair aanwezige structuur wat betreft de psychosociale zorg. Konsekwenties hiervan zouden kunnen zijn: gebruik maken van de voorzieningen zoals die in de regio aanwezig zijn, of indien deze niet of van een onvoldoende kwaliteit aanwezig zijn, een uitbreiding/nieuwe opzet van functionele eenheden welke op alternatieve wijzen bepaalde zorgtaken op zich kunnen nemen (b.v. dagziekenhuis); versterking van de 1e lijn (konsultatiemogelijkheden voor de huisarts



bij de diverse specialisten; mogelijkheden voor onderzoek aan te vragen rechtstreeks in de 2e lijn; meer tijd/mankracht voor de 1e lijn). Kortom: een versterking van de extramurale zorg tegen een mogelijke afbouw (of minder grootse uitbouw) van de intramurale zorg. Juist om de extramurale zorg te ondersteunen zal het veelal nodig zijn de semimurale zorg op een hoger plan dan nu te brengen.

Ook binnen deze gedachtengang is het werk binnen een capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie relevant in zijn eigen doelstelling de klinische geestelijke gezondheidszorg waar mogelijk terug te dringen en de zorg over te dragen aan de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Tot nu hebben wij getracht een schets te geven van het begin en de te bereiken doeleinden van de RUL zoals die neergelegd zijn in de Basisfilosofie; de hier weergegeven ideeën leven nog altijd sterk in de capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie, maar ook andere groepen zullen zich hierin kunnen vinden.

Onze kritiek op het konseptplan voor het Akademisch Ziekenhuis is vanuit het bovenstaande tweeledig. Enerzijds onze kritiek op het plan als zodanig, anderzijds onze kritiek op het feit dat Sociale Psychiatrie momenteel kennelijk als zo marginaal beschouwd wordt dat deze groep in het plan geheel niet opgenomen is.

- ad 1) Het konseptplan houdt een Akademisch Ziekenhuis "oude stijl" (als verkleinde versie) in; hoog technokratische, specialistische zorg kan gegeven worden; een aansluiting met vermoede behoeften in de populatie wordt niet gezocht; de Basisfilosofie wordt in het plan vaak genoemd, maar niet inhoudelijk vertaald naar het konkrete plan. Basisfilosofie en konseptplan zijn twee losse indentiteiten die niets met elkaar te maken hebben.
- ad 2) De Sociale Psychiatrie - beter de trend de psychosociale zorg zowel in de opleiding alsook in de zorg in de diverse echelons te versterken - is als gedachtenwereld zover uitgebannen dat zelfs een ruimtelijke uitsluiting overwogen wordt.

Hub Hamers, socioloog, c.g.
Sociale Psychiatrie.

Een brief

beste Hans,

Mijn dank voor je brief van 6 juni over het tutorschap aan de Algemene Faculteit. Ik was aangenaam verrast weer iets van je te horen. De laatste keer dat ik een brief van je kreeg was, meen ik, 3 jaar geleden. Het was een uitnodiging om samen met de overige leden van de 1^e Universiteitsraad bij traiteur Mol te gaan eten. Een feestje met boekenbonnen en pindaschaaltjes. Maar ter zake. Ik kan helaas geen tutor worden in jouw faculteit. Ik heb het ontzettend druk met allerlei bezigheden voor de Medische Faculteit. Commissies, verbruikersraden, plannings groepen, jaarcoördinator, inhoudsdeskundige, tutor, research, onderwijs; meer dan 100% bezet. Ik heb op mijn werk voorzichtig bij andere WP'ers geïnformeerd of zij zich al hadden aangemeld als tutor bij de AF.

Het resultaat van deze kleine enquête vervingde mij met grote somberheid. Op deze manier krijg je die mensen nooit bij elkaar. Dat lijkt me niet zo best voor het onderwijs in de sociale gezondheidkunde, maar misschien kan ik je een paar suggesties aan de hand doen voor toekomstige acties. Probeer het eens in de exclusiviteit. Stuur aan alle WP'ers de volgende brief.

Zeer Geachte Dr.,

Hierbij feliciteer ik U met het feit dat U door ons uitgekozen bent om toe te mogen treden tot de groep der tutoeren van de Algemene Faculteit. Wij hebben onze keuze gemaakt na breedvoerige overwegingen binnen onze staf. Onze beslissing is mede gebaseerd op onderzoek dat verricht is door medewerkers van het Tutorensysteem. Aangezien het hier om zeer vertrouwelijke informatie gaat, ingezameld door de heren De Volder en Schmidt, verzoeken wij U het hierna volgende niet in grote kring te verspreiden. Uit het onderzoek blijkt dat U over gaven beschikt die U ver boven de grauwe middelmaat van Uw collega's uittillen. Vooral Uw vermogen om op enthousiasmerende wijze met jonge mensen om te gaan en de grote kwaliteit die U aan de dag legt bij het zowel inhoudelijk als procesmatig begeleiden van groepen, hebben mij er toe gebracht U deze uitnodiging te schrijven. Aangezien ik ten alle tijden wil voorkomen dat sommigen van Uw collega's door jalouzie gedreven zich ook als tutor voor de Algemene Faculteit aan mij op gaan dringen, verzoek ik U zo weinig mogelijk ruchtbaarheid te geven aan deze brief en Uw positieve reactie op mijn aanbod in de bijgesloten blanco envelop met antwoordnummer 42, Maastricht aan

mij toe te zenden.

Met de verschuldigde hoogachting.

Prof. Dr. H. Philipsen

Voorzitter Faculteitsbestuursoverleg Algemene Faculteit

Ik denk dat als je deze brief met de hand schrijft, het aantal reacties niet gering zal zijn. Een geheel andere taktiek is je richten op bepaalde doelgroepen. Bijvoorbeeld de psychologen, sociologen, ethici e.d. Deze brief kan je laten stencillen op kringlooppapier en zou als volgt kunnen luiden:

Beste Mensen,

Zoals jullie waarschijnlijk ook al gemerkt hebben is de situatie binnen de Medische faculteit voor jullie niet al te rooskleurig. Wat de research betreft deelt Rob Reneman een aantal zeer rake klappen in jullie richting uit in het concept ontwikkelingsplan voor de MFM, terwijl binnen het onderwijs het voor jullie steeds moeilijker wordt om aan de bak te komen. Planningsgroepen geven geen gehoor aan jullie verzoek daarin zitting te mogen nemen. Terwijl alle tekenen ervan weg hebben dat F.V. alsnog de discussie van M.B. gaat winnen en de tutor aan de Medische Faculteit voornamelijk als inhoudeskundige bezig moet zijn. Steeds meer studenten vragen om een arts of een zo breed mogelijk geörienteerde biomedicus als tutor. Wacht niet tot het te laat is. Geef je nu op als tutor voor de Algemene Faculteit. Een goede procesbewaarder wordt bij ons zeer gewaardeerd. Aarzel niet te lang en laat me even weten wanneer je komt. Je kunt ook een berichtje bij mijn secretaresse achterlaten.

Groeten,

Hans Philipsen, socioloog.

p.a. Algemene Faculteit

Als je denkt op deze wijze niet het benodigde aantal tutoren te verwerven, raad ik je aan ook een brief te sturen naar de WP'ers van een aantal biomedische capaciteitsgroepen. De toon dient wel anders te zijn. Je kunt het beste kiezen voor het keiharde onderhandelen.

Beste,

Zoals U uit de ontwikkelingsplannen van de Medische Faculteit bekend is, zal de instroom van nieuwe studenten jaarlijks fors toenemen.

Een brief

Dat betekent dat er steeds vaker een beroep op U gedaan zal worden om tutor te zijn. Het is U ook bekend dat U van de Medische Faculteit per blok 120 uren op Uw onderwijskaart mag bijschrijven. Binnenkort begint aan de Algemene Faculteit de opleiding in de Sociale Gezondheidskunde. Het onderwijs vindt ook in groepen plaats. Voor deze groepen hebben wij tutores nodig. Aangezien wij een belasting van 120 uren voor een blok aan de krappe kant vinden, bieden wij U 180 uur per blok. Als U voor 2 blokken inschrijft krijgt U een extra bonus van 10%. Voor 3 blokken bedraagt de bonus 20%, etc. Wij kunnen het zo regelen dat U meerdere groepen op een dag tutort, zodat U met een maximaal aantal uren zo weinig mogelijk tijd verdoet en U ruime aandacht aan Uw research project kunt blijven besteden.

Met vriendelijke groeten.

H. Philipsen

Dekaan Algemene Faculteit.

P.S. Eventueel valt er over die 180 uren en de hoogte van de bonussen nog te praten. Compensatie plaatsen kunnen we helaas niet verstrekken. Die zijn al weggegeven.

Ik kan je niet garanderen of je met deze manier van werven alle benodigde tutores bij elkaar krijgt. Het lijkt me wel de moeite van het proberen waard.

Gegroet.

Ger van der Vusse

Van de dienst financiële administratie bereikte ons dit bericht:

Betreft: wijzigingen bedragen reisbeschikking Nederland.

De etmaalvergoeding is m.i.v. 1 mei 1980 gewijzigd:

- voor categorie A van f93.00 naar f96.00 en
 - voor categorie B van f80.00 naar f82.00
-

AMNESTY INTERNATIONAL EN ZAÏRE



Ook al in Zaïre?

Ja, vandaar dit stukje.

Ik wil jullie en u er namens Amnesty International even op wijzen, dat -ook- in Zaïre op vrij grove wijze mensenrechten worden geschonden.

Voor diegenen echter, die nog niet of niet meer precies weten waar Amnesty International (AI) voor werkt, zal ik dat eerst kort schetsen om daarna de situatie in Zaïre toe te lichten.

AI is die organisatie, die met argusogen de wereld rondkijkt op zoek naar schendingen van de in 1948 door de Verenigde Naties vastgelegde Rechten van de Mens. Wordt ergens op onze aardkloot een schending gekonstateerd, dan vindt eerst een solide, consciëntieus en betrouwbaar onderzoek plaats. Pas wanneer mensenrechtenschendingen met zekerheid zijn aangetoond, brengt AI ze in de openbaarheid.

Het wereldkundig maken van schendingen van de mensenrechten heeft een groter effect dan op het eerste gezicht misschien lijkt. Veel regeringen zijn nl. gevoelig voor een aanklacht van AI, omdat de organisatie zich door haar onpartijdigheid en betrouwbaarheid de afgelopen twintig jaar een reputatie van groot moreel gewicht heeft opgebouwd. Daarbij heeft AI een raadgevende bevoegdheid bij de Verenigde Naties, UNESCO en de Raad van Europa.

De activiteiten van de organisatie zijn uitsluitend gericht op gevangenen:

- zij werkt voor de vrijlating van mannen en vrouwen die vastgehouden worden, waar ook ter wereld, wegens hun overtuiging, huidskleur, sexe, etnische afkomst, taal of geloof, mits zij geen geweld gebruikt of gepropageerd hebben,
- zij bepleit eerlijke processen binnen een redelijke termijn voor alle politieke gevangenen en werkt voor politieke gevangene die zonder aanklacht of proces gevangen zitten,
- zij verzet zich tegen de doodstraf en marteling en andere wrede, onmenselijke of vernederende behandeling of straf voor alle gevangene, zonder uitzondering.

Maar nu Zaïre.

Wat heeft AI daarover te melden?

Eind februari 1980 overhandigde AI een memorandum van 23 pagina's aan president Mobutu, waarin de organisatie haar bezorgdheid uitsprak over de mensenrechten in Zaïre en een reeks aanbevelingen gaf om grotere eerbied voor de mensenrechten te waarborgen en verdere schendingen tegen te gaan. De Zaïrese president werd gevraagd commentaar te leveren bij dit memorandum en stappen te ondernemen om de mensenrechtensituatie in Zaïre te verbeteren. Eind april 1980 was er nog geen antwoord.

De mensenrechtenschendingen waar het om gaat zijn vooral aanhoudingen zonder proces, barre gevangenoestanden, politieke moorden en het verbod om oppositie te voeren.

Enkele voorbeelden:

- 1) Op 4 februari 1980 gaf president Mobutu in Kinshasa een toespraak waarin hij sprak over beleid. Een aanzienlijk aantal personen in Zaïre zelf en veel ballingen in het buitenland hadden

gehoopt dat de president liberale maatregelen zou aankondigen, waaronder de erkenning van verscheidene politieke partijen, naast zijn regerende partij, de "Mouvement populaire de la révolution" (MPR). Alhoewel de president hervormingen in het leger, de gendarmerie en de nationale veiligheidspolitie, de "Centre Nationale de Documentation" (CND) aankondigde, waarbij hij voorstelde het recht van de CND om verdachten voor onbepaalde tijd aan te houden, te beteugelen, zei hij dat, zolang hij leefde, geen andere politieke partijen erkend zouden worden. Tijdens de maanden die volgden na deze toespraak kreeg AI berichten over arrestaties van verdachte leden van illegale oppositiepartijen.

2) Eind oktober 1979 betoogden studenten van het "Institut Supérieur des Techniques Appliquées" te Kinshasa. Zij eisten uitbetaling van hun beurzen. Onmiddellijk werden troepen van het militaire kamp van N'Dolo aangevoerd om de betoging de kop in te drukken en de deelnemers te arresteren. Eind december werden volgens berichten nog 15 ISTA-studenten gearresteerd en het instituut werd door de universiteits-autoriteiten gesloten na ernstige verwickelingen op 22 januari 1980. Tegen de studenten die in november en december gearresteerd werden, werd geen beschuldiging neergelegd, maar in plaats daarvan werden ze naar CND-hoofdkwartieren gebracht en geslagen en met velen in een kleine cel gestopt. Sommige studenten werden ernstig gefolterd. AI weet niet wat er met deze studenten gebeurd is, maar onderzoekt wel individuele gevallen, waarvan de namen bekend zijn.

3) Naast de onlusten in scholen en op universiteiten werd de onrust eind december nog verscherpt door de invoering van nieuwe bankbiljetten, wat de sluiting van de internationale grenzen en de opheffing van de handel tot gevolg had. Alle "Zaire"-biljetten van vijf en tien werden omgeruild. Er waren echter niet voldoende nieuwe biljetten voorzien en alle personen die hun oude biljetten (die nadien waardeloos waren) niet hadden kunnen ruilen, protesteerden. Zij werden gearresteerd of mishandeld door de veiligheidstroepen. In Kinshasa begonnen gendarmes boven de hoofden van mensen te schieten, die samengekomen waren uit protest. In Lubumbashi werden verscheidene mensen gedood na een incident voor de Banque du Zaïre.

4) Tussen november 1979 en april 1980 kreeg AI rapporten over andere willekeurige en politiek-gemotiveerde arrestaties in Kinshasa en ook over de dood van verscheidene studenten die in december 1979 gearresteerd waren, en over arbeiders die in september 1979 aangehouden waren en beschuldigd van aansporen tot staking. Een ex-gevangene van Ekafera die het kamp verlaten had, rapporteerde begin maart 1980, dat de toestanden van het kamp nog steeds heel hard waren (slechts 3 tot 4 keer voedsel per week), en dar er nog steeds gevangenen stierven ten gevolge van honger, ziekte en mishandeling.

Tot zover de voorbeelden. Ze spreken voor zich. Op 20 mei 1980 is Amnesty International een internationale aktie gestart, gericht tegen schendingen van de Rechten van de Mens in Zaïre. Eén van de doelen van de aktie is bekendmaking van de situatie omtrent de mensenrechten in Zaïre. Vandaar dit stukje.

Peter Heuts, namens de informatie-groep van Amnesty International, afdeling Maastricht.



**AMNESTY
INTERNATIONAL**

Uitslag cross

dames

1. Ilja Keizer
2. Ineke Husaarts
3. Marian Majoie

heren onder 30 j

1. Raymond Huppertz
2. Frans Cortenraad
3. Piet Portegijs

heren boven 30 j

1. Hans Keizer
2. Hans Wenting
3. Ton Mulders

Trimfietstocht

1. Leo Schouten
2. Veronique Buys
3. Daniëlle Peet

Wandeltocht

1. Yvonne Derckx
2. Eric Faay
3. Ria Kersemakers

Prestatiefietstocht

1. Sjef Schlooz
2. H. Jas
3. Guy Costongs

G.J. van der Heyden

CONTACTLENZENDRAGERS OPGELET !

Veiligheid bij het dragen van contactlenzen

Tijdens de vergadering van de veiligheidskommissie d.d. 21 maart heeft de bedrijfsarts, de heer de Bok, gewezen op de gevaren en de risico's die verbonden zijn aan het dragen van contactlenzen. In het Britse tijdschrift "The Practitioner" worden de volgende werksituaties met name als riskant genoemd:

1. Werk met verhoogde ongevalskansen.

Het is moeilijk, vaak onmogelijk de contactlens te lokaliseren of uit het oog te verwijderen.

2. Stoffig werk, slijpen, buitenwerk in wind.

Kleine stof- of materiaaldeeltjes kunnen onder de contactlens terecht komen en zo het oog of de lens beschadigen.

3. Werk in chemische gassen/dampen.

Deze kunnen de contactlens beschadigen of een tranenvloed veroorzaken, die een verplaatsing van de contactlens en dus een onveilig gezichtsvermogen tot gevolg heeft.

4. Laswerkzaamheden.

Elektrische lasflitsen kunnen een vasthechting van de contactlens op het hoornvlies veroorzaken.

5. Veilig werken.

Contactlenzen kunnen onverwacht verplaatst of verloren worden met als gevolg een plotselinge verslechtering van het gezichtsvermogen. (Daarom mogen in de VS piloten geen contactlenzen dragen.)

In sommige gevallen is een beperkte beveiliging mogelijk door het voorschrijven van een (sluitende) veiligheidsbril met plan-glazen.

bekijk't maar

Informatie over exposities doorspelen naar:
Guus van Rooy, Planetenhof 75, Maastricht.
Informatie over theater, muziek, film en
lezingen doorspelen naar:
Jacques Reiners, Lage Barakken 48, Maastricht.

TOETANCHAMON IN KEULEN

21-6 tot 19-10-'80

in het Kölnisches Stadsmuseum

Zeughausstrasse 1-3.

WAARSCHIJNLIJK LAATSTE TENTOONSTELLING EGYPTISCHE KUNSTSCHATTEN IN HET BUITENLAND

In verband met beschadigingen van, aan het buitenland uitgeleende, kunstschatten heeft het Egyptische parlement besloten niets meer van hun kunstwerken uit het oude Egypte uit te lenen aan het buitenland. Men dringt er zelfs op aan, de zonet geopende tentoonstelling in Keulen vroegtijdig terug te halen. Dus.... misschien de laatste kans om deze prachtige tentoonstelling, zo dichtbij, te gaan bekijken.

