

Relatie eerste en tweede lijn

Het ziekenhuis geen middelpunt maar ook geen knelpunt van de zorg

Het is interessant te merken dat sinds enkele jaren ziekenhuisinstanties zich bewust zijn geworden dat zij niet meer over eigen functioneren kunnen nadenken en discussiëren zonder daarbij de relatie met de eerste lijn te betrekken. Daar zijn goede redenen voor: het zich geconfronteerd zien met overwegend beperkende overheidsmaatregelen, bezorgdheid over de kwaliteit van de te geven zorg bij enerzijds beddenreductie, anderzijds vergrijzing van de bevolking, de realiteit van budgettering, specialis-tentoelating, blijvende bezuinigingen en dergelijke meer.

De eerste lijn krijgt nu vanuit het ziekenhuis bewust aandacht, omdat zich vragen voordoen omtrent mogelijke herschikking in de onderlinge taakverdeling, die inmiddels ook oplossingen voor beddenreductie en budgettering met zich zou kunnen meebrengen. Een dergelijke herschikking heeft ook reeds lang de belangstelling van huisartsen en andere werkers in de eerste lijn. Er bestond in huisartsenkring een ambivalente houding tegenover de tweede lijn: enerzijds de noodzaak zien van een samenwerking en zelfs een verleiding kennen het moeilijke, gecompliceerde of bewerkelijke aan de tweede lijn over te dragen, anderzijds van oordeel zijn dat de tweede lijn te veel taken van de huisarts heeft overgenomen. De behoefte aan en de bereidheid tot overleg groeit dus, ook al zijn er wel emotionele gevoelens, verschillen van inzicht en – niet in de laatste plaats – ook belangentegenstellingen te overwinnen. Het gaat hier dus over de vraag welke plaats het ziekenhuis in de gezondheidszorg dient in te nemen. De plaats die het ziekenhuis in het kostenpatroon inneemt is bekend: 63% van de totale kosten van de gezondheidszorg wordt door de intramurale gezondheidszorg in beslag genomen; 25% door de extramurale zorg. Nu de budgetfinanciering is ingevoerd verschuiven deze verhoudingen, maar globaal gesproken is de verhouding 2½ op 1.

Hoe is de vraag naar hulp op het gebied van de gezondheidszorg? Het is niet zo gemakkelijk daarover exacte en verge-

Prof. Dr. J. C. van Es

'Het ziekenhuis in de jaren negentig', zo luidde de titel van het symposium, georganiseerd ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van het streekziekenhuis 'Prinses Beatrix' te Gorinchem. Op dat symposium was MC-hoofdredacteur Prof. Dr. J. C. van Es een der woordvoerders. Hij nam bij deze gelegenheid de relatie tussen de eerste en tweede lijn als uitgangspunt voor een verhandeling, die tot de conclusie voert dat het ziekenhuis niet moet worden beschouwd als middelpunt van de gezondheidszorg en zeker geen knelpunt mag vormen.

lijkbare getallen te vinden, desondanks is enig inzicht te verwerven. Onlangs promoveerde Eloy van de Lisdonk op het proefschrift: 'Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk'. Door middel van een dagboek hadden de deelnemers aan haar onderzoek hun klachten, verschijnselen en actie die daarop werd ondernomen dagelijks vastgelegd, een methode overigens die al eerder is gebruikt. Het bleek dat slechts in tien procent van de gevallen waarbij zich klachten voordeden professionele hulp werd ingeroepen. Bij ander onderzoek is dit percentage wat hoger.

TOPJE VAN DE IJSBERG

Hoe dan ook, dat wat artsen aan ziekten en klachten zien is slechts een topje van de ijsberg. Waarom een deel van de klachten onder water blijft en andere boven water komen wordt door tal van factoren bepaald: gevoelens van onzekerheid en bezorgdheid, maar ook het ongemak dat de klachten teweegbrachten spelen een belangrijke rol, evenals de frequentie waarmee deze optreden. Be-

palend is ook hetgeen patiënten van professionele hulp verwachten. Natuurlijk speelt de ernst, maar ook de duur een belangrijke rol in het zoeken naar hulp, evenals persoonlijke kenmerken. Iedere huisarts weet dat: er zijn klagers en er zijn mensen die tot voorbij het uiterste zelf hun problemen willen oplossen.

De eerste taak voor de huisarts is na te gaan of er sprake is van een klacht of een symptoom waarbij medische hulp inderdaad nodig is. Om dat te kunnen bepalen moet een klacht wel verder worden uitgevraagd en kan ook een nader onderzoek nodig zijn. In de huidige tijd vragen patiënten meer en meer om het zelf dragen van verantwoordelijkheid. Die moet hun dan ook worden toegekend, desondanks is het vaak moeilijk patiënten duidelijk te maken dat er geen sprake is van een medisch probleem. In een aantal gevallen is reeds van de aanvang in het contact met de patiënt duidelijk dat er geen medisch-somatische problemen bestaan. De patiënt is zich dat ook bewust, maar lang niet altijd. In veel gevallen bestaan er ook lichamelijke klachten die eerst moeten worden geëxploreerd alvorens deze kunnen worden toegeschreven aan onderliggende psychische of psychosociale problemen. Het gaat om een niet gering percentage: afhankelijk van het oordeel van huisartsen over dergelijke klachten is een schatting – op basis van diverse studies – van 30% van alle contacten niet overdreven. Juist deze categorie patiënten levert uit een oogpunt van beleid niet zelden problemen op. De huisarts komt niet zelden voor het dilemma te staan dat hij de vrije keuze van de patiënt wil erkennen, mede op grond van het recht op zelfbeschikking. Als dit echter leidt tot het stellen van eisen op het gebied van onderzoek en behandeling dan kan dit in strijd komen met zijn medische inzichten. Immers, patiënten met klachten die niet op somatische afwijkingen berusten behoren niet in de tweede lijn thuis, hoogstens voor een eenmalige expertise.

In welke mate een patiënt het hulpverleningsproces zelf mede stuurt bleek uit een recent onderzoek van Krol, dat aan-

geeft dat van alle verwijzingen naar een kinderarts de helft op verzoek van de ouders plaatsvond. Ikzelf deed meer dan vijftien jaar geleden een onderzoek naar de motieven bij een verwijzing en reeds toen bleek dat 20% van de verwijzingen op verzoek van de patiënt plaatsvond. Met deze opmerking wil ik de volgende stap inleiden: de huisarts die een aantal problemen naar de specialist verwijst. Het verwijscijfer van ongeveer vijftig per honderd patiënten geeft daar geen goed beeld van: in dat geval zijn immers ook alle verwijskaarten vervat die ter verlening van een behandeling na een jaar worden uitgeschreven. Bovendien is al 20% van alle verwijzingen bestemd voor de oogarts. Gegeven het feit dat vrijwel geen huisarts meer een bril aanmeet – wat hij overigens best zou kunnen – vertekent deze 20% het totaalbeeld. Naar schatting wordt ongeveer 15% van alle problemen die aan de huisarts worden gepresenteerd vroeger of later verwezen. Per klacht of ziekte varieert dit percentage verregaand: van de infectieziekten wordt 1,5% verwezen, van de maligne aandoeningen 100% (zie tabel 1). Echter: 85% wordt door de huisarts zelf afgehandeld.

Laten we nog eens kijken naar de aard van het ziektepatroon in de huisartspraktijk (zie tabel 2). Bijna 30% van de incidentie beslaat aandoeningen van de luchtwegen. Een huisarts met een gemiddelde praktijk ziet dus ongeveer 30 patiënten met deze klachten; 27 hiervan hebben betrekking op aandoeningen van de bovenste luchtwegen, aandoeningen van de onderste luchtwegen worden in hoofdzaak door acute bronchitis gevormd. Een huisarts ziet gemiddeld een tot tweemaal per jaar een maligne aandoening van de luchtwegen. Weinig voorkomend, maar van het grootste belang deze tijdig te ontdekken. Ik geef u nog één ander voorbeeld. Een huisarts ziet circa acht patiënten met nieuwe klachten aan het bewegingsapparaat. Zes van de acht hebben betrekking op een weke-delen-aandoening. Eens in de veertien dagen ziet de huisarts een nieuw geval van artrosis deformans, terwijl een reumatoïde artritis een- tot tweemaal per jaar wordt gediagnostiseerd. Op grond van dergelijke gegevens kan men vaststellen dat een huisarts veel ziekten van relatief geringe ernst en weinig ziekten van relatief grote ernst behandelt. De Engelse huisarts Hodgkin heeft daar een aardige analyse van gemaakt, die het volgende laat zien: Een huisarts werkt met ongeveer 500

Tabel 1.

diagnose	% verwijzingen op totaal aantal gevallen (incidentie)
- infectieziekten (exclusief tbc en geslachtsziekten).....	1,5
- pneumonie, acute bronchitis.....	4
- ziekten van blaas en urethra.....	4
- alle vormen van artritis, artrose, fibrositis, myositis, myalgie.....	8
- alle psychische stoornissen (exclusief depressie en psychose).....	8
- hooikoorts, astma, allergische dermatosen.....	15
- hypertensie.....	17
- otitis (alle vormen).....	17
- alle vormen van eczeem, dermatitis, psoriasis.....	19
- ziekten van perifere zenuwen, rugpijn, hernia nucleii pulposi, spit.....	21
- depressie (endogeen en reactief).....	23
- menstruatiestoornissen.....	24
- angina pectoris.....	48
- schizofrenie en andere psychosen....	51
- diabetes mellitus.....	68
- ziekten van de schildklier.....	68
- benigne tumoren (exclusief verrucae).....	77
- steriliteit.....	90
- hartinfarct.....	100
- maligne tumoren.....	100

Tabel 2. Ziektepatroon huisartspraktijk

tractus respiratorius	28%
huid, onderhuids bindweefsel	15%
psychische stoornissen	9%
traumata, vergiftigingen	9%
bewegingsapparaat	8%
tractus urogenitalis	5%
tractus digestivus	4,5%
infectieziekten	1,5%
overige 9 hoofdstukken van de ICD	8,5%
symptomen	5%
preventieve maatregelen	6%

diagnosen. Van alle gestelde diagnosen behoort 11% tot de 'minor diseases', 72% tot matig lichte gevallen die echter wel aandacht verdienen in verband met mogelijke complicaties, recidieven of verwarring met mogelijke ernstige aandoeningen, bij 11% van de diagnosen kan vroege herkenning ernstige gevolgen voorkomen, bij nog geen 5% is sprake van een chronische of progressieve aandoening met belangrijke gevolgen voor de gezondheidstoestand, terwijl in minder dan 1% van de gevallen sprake is van een levensbedreigende toestand.

Welk percentage van die 500 diagnosen vergt ook eventuele of zekere hulp van specialisten? Het is duidelijk dat de levensbedreigende toestanden in overgrote meerderheid specialistische hulp vergen. Chronische progressieve aandoeningen zullen in een vroeger of later stadium ook wel het oordeel of de behandeling van specialisten nodig hebben. Beide categorieën samen vormen ruim 5% van de gevallen. Daarnaast is er een aantal gevallen waar vroege diagnostiek nodig is, of waar om differentiaal-diagnostische overwegingen het onderzoek en het oordeel van een specialist is vereist. Alles bijeen genomen is het niet onredelijk ervan uit te gaan dat in 10% van de gevallen een of meer specialisten bij diagnostiek en/of behandeling van een patiënt worden betrokken.

NIET LOGISCH

Uit het voorgaande rijst een beeld op van een situatie waarin mensen voor een groot deel hun klachten en storingen in de gezondheidstoestand zelfstandig, althans zonder professionele hulpverlening oplossen. Als ze die hulp wel nodig hebben dan wenden ze zich – zo is nu eenmaal de structuur in Nederland – tot hun huisarts die in wezen 90% van de problemen zou kunnen afhandelen. De overige 10% heeft tijdelijke of blijvende hulp van specialisten nodig.

De vraag dringt zich nu op of een en ander ook in werkelijkheid zo logisch en rationeel in elkaar zit als werd beschreven. De vraag stellen is de vraag beantwoorden: nee, dat is niet het geval. Waarom niet? Wel, dat weten we allemaal wel, maar het is goed dit nog eens op een rijtje te zetten.

In de eerste plaats is het denken van ons allen veel technologischer geworden. We zijn gewend geraakt aan telefoon en televisie, aan satelliet en weersvoorspelling, aan auto en vliegtuig en aan al die kleine

apparaten die ons leven verlichten. De acceptatie van de technologie strekt zich ook uit tot de geneeskunde, zo sterk, dat ook bij veel patiënten het vertrouwen in het instrument groot is. Onvermijdelijk is er een tegenbeweging die zich daarvan afkeert, maar dat doet aan de beweging niets af. De vraag naar het zekerheid verschaffende instrument komt bij veel patiënten niet zelden naar voren waar de huisarts de zin daarvan niet ziet.

Het ziekenhuis bezit daardoor een bepaalde aantrekkingskracht die nog een zekere versterking ondergaat omdat een aantal specialisten een soortgelijke appreciatie van de technologie heeft, zij het dan op het professionele vlak. Dit samenspel maakt dat in het ziekenhuis vaak patiënten worden onderzocht, onder controle gehouden en zelfs behandeld die daar in wezen 'displaced' zijn. Een van de gevolgen daarvan is dat bij een aantal hulpzoekenden de hulpvraag ten onrechte wordt gemedicaliseerd.

Gedeeltelijk als reactie op dit proces zijn ook huisartsen geneigd geraakt patiënten eerder en vaker te verwijzen dan strikt geïndiceerd zou zijn. Dit heeft ten dele te maken met een 'push-pull' mechanisme: het ziekenhuis trekt, maar de huisarts wordt ook geduwd door het grote aantal tijdrovende problemen die hij moet helpen oplossen en die hij niet zonder meer kan negeren.

Bij dit alles komt nog eens het honoreringssysteem, dat nog steeds het verwijzen eerder bevordert dan afremt.

Tenslotte zijn huisartsen en specialisten het vaak niet eens over hun taakverdeling.

Als het werk van huisarts en specialist goed op elkaar zou zijn afgestemd, dan zouden zij complementaire rollen moeten vervullen. Complementariteit is alleen mogelijk als beide acteurs het eens zijn over de eigen rol en die van de ander. Deze beelden kunnen echter nogal uiteenlopen; met alle mogelijke variaties tussen de huisarts als leverancier van patiënten voor de specialist en de specialist als technisch assistent voor de huisarts. Een goede samenwerking die niet die samenwerking *sec* tot doel heeft, maar een optimale taakverdeling tussen huisarts en specialist en – a fortiori – tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, is echter pas mogelijk als de rolverdeling wederzijds wordt aangevaard, waardoor deze rollen complementair zijn.

Huisarts en specialist, met ieder zijn eigen vertrekpunt, kunnen het daar moeilijk over eens worden. Het ooit zo fraaie

samenwerkingsexperiment in Hoogeveen liep uiteindelijk niet stuk op allerlei consequenties van samenwerking, ook niet op de nadelige financiële gevolgen voor de deelnemers, maar op het verschil van inzicht in de taakafbakening. De uitersten zijn duidelijk: de chirurg moet de appendix verwijderen en de huisarts moet de verkoudheid behandelen, maar er bestaat een breed, grijs grensgebied waarin de taakverdeling discutabel is. In dit grijze gebied zijn huisarts en specialist niet complementair, maar concurrerend. Dát er zo'n grijze zone bestaat is verklaarbaar. Een groot deel van de verklaring kan worden ondergebracht bij de opdracht die huisarts en specialist zichzelf stellen: de huisarts wil een mogelijke ziekte aantonen, een specialist wil deze uitsluiten. De vraag hoe ver men in zijn diagnostisch handelen moet gaan wordt vooral bepaald door het vertrekpunt dat men kiest. De huisarts zal daarom vaak genoegen nemen met een minder vérgaand onderzoek dan de specialist, die bovendien in de verleiding komt de indicatie voor modern diagnostisch onderzoek steeds verder te verruimen: de beschikbaarheid bepaalt mede de indicatie.

TRADITIES

Het is begrijpelijk dat binnen specialisten en binnen de huisartsgeneeskunde al snel uiteenlopende tradities ontstaan die grondig van elkaar kunnen verschillen. De beoogde complementariteit van huisarts en specialist wordt daardoor in veel gevallen een illusie. De grijze zone tussen huisartsgeneeskunde en specialisme wordt daardoor een niemandsland dat van beide kanten op de ander wordt bevochten.

Er is nog een factor die de concurrerende verhouding van huisarts en specialist bevordert: de huisartsgeneeskunde is een horizontaal generalisme, in tegenstelling tot de verticale specialismen. De huisarts komt met klachten en aandoeningen in aanraking die hun uitlopers in verschillende specialismen hebben. Huisartsen zijn in de gelegenheid uitingen van verschillende terreinen met elkaar in verband te brengen, maar hun breedheid belemmert hen al te zeer de uitlopers naar de talloze specialismen te volgen. Het raakvlak met de verschillende specialismen is hierdoor verschillend van grootte: met de internist heeft de huisarts door de frequentie en de aard van aandoeningen die beiden aangaan een groter raakvlak dan met bijvoorbeeld de neuro-

chirurg. De consequenties van een bepaalde taakverdeling tussen huisarts en internist is dus ingrijpender dan de taakverdeling met de neurochirurg.

Daarbij komt nog het volgende: de internist – om nog bij dit voorbeeld te blijven – moet uit de aard van de ziekten waarmee hij bemoeienis heeft ten behoeve van een adequaat onderzoek en een zinvolle behandeling zich breed over de patiënt oriënteren. Bij hypertensie komt de factor leefwijze, bij nierziekten dieet, bij een mogelijke tropische aandoening vroegere verblijfplaatsen, bij infectieziekten mogelijke contacten aan de orde. Dit zijn gebieden waarop de huisarts zich juist in het bijzonder thuis voelt, waardoor het concurrerende karakter manifest kan worden, hoewel men ook moet zeggen: juist bij vakken met een groot raakvlak is het mogelijk om bij een juiste complementaire rolverdeling te komen tot een ideale samenwerking, of wel: het ene specialisme is horizontaler dan het andere, interne geneeskunde meer dan cardiochirurgie. De taakverdeling tussen huisarts en neurochirurg behoeft nauwelijks verandering: hun terreinen liggen ver genoeg van elkaar om niet concurrerend te zijn.

Er zijn specialisten met wie de relatie nog anders ligt: röntgenologen, klinisch-chemici, pathologen-anatoom en in de toekomst wellicht endoscopisten; zij leveren uitsluitend diagnostische gegevens die de huisarts in zijn beleid kan inpassen.

Dit alles gezegd zijnde komen we tot de vraag welke plaats het ziekenhuis in de gezondheidszorg moet innemen. Gezondheidszorg wordt heel vaak identiek geacht aan ziekenhuisgeneeskunde. Dat is om reeds genoemde redenen niet onbegrijpelijk. Daarnaast is het beslag dat de ziekenhuisgeneeskunde op de beschikbare middelen legt zeer groot. Wat zo duur is lijkt dan ook het centrum van de gezondheidszorg te moeten zijn. Het is echter duidelijk dat de gezondheidszorg niet vanuit het ziekenhuis gedacht moet worden opgebouwd. Het ziekenhuis is immers slechts nodig voor de hulpverlening bij een beperkt aantal stoornissen in de gezondheid. Er is alles voor te zeggen om die functies die het ziekenhuis naar aard en mogelijkheid bezit goed door het ziekenhuis te laten vervullen. Echter: zodra het ziekenhuisgeneeskundig denken en handelen zich op andere terreinen zou begeven zou dit enerzijds tot een oneigenlijk gebruik van het ziekenhuis leiden en anderzijds tot een verandering van ziekten en klachten in een vérgaand me-

dicaliseringsproces. Laat me dit met een eenvoudig voorbeeld toelichten:

De Engelse huisarts Fry heeft destijds in zijn praktijk in een longitudinaal onderzoek het beloop van ziekten nagegaan. Het bleek dat van alle kinderen die als zuigeling of als peuter een 'wheezy chest' vertoonden – piepen op de borst op z'n Hollands gezegd – 20% op het veertiende jaar nog CARA-verschijnse- len vertoonde en op het achttiende jaar nog maar 4%. Als al deze kinderen volgens specialistische normen onder controle zouden zijn gehouden zou er een medicalisering van de klachten hebben plaatsgevonden. De criteria voor de hulpverlening aan alle piepende kinderen moeten in de situatie waarin zij zich bevinden extramuraal worden vastgesteld en dáár moet ook de indicatie worden gesteld voor een onderzoek of een behandeling in het ziekenhuis. Het zwaartepunt van de gezondheidszorg moet *buiten* de muren van het ziekenhuis liggen.

AANVULLEND ONDERZOEK

Het is wél noodzakelijk dat de lijnen van extramuraal naar intramuraal en omgekeerd zo goed mogelijk zijn getrokken. Er zijn wel discussies geweest over de vraag of huisartspraktijken niet als een soort polikliniekjes tegen het ziekenhuis zouden moeten worden aangebouwd, zo-

als de kapellen van een kathedraal rondom het schip van de kerk. Als argument diende dat dan de lijn tussen binnen en buiten zo kort was als men maar kon bedenken. Nog afgezien van het probleem van de in geografisch opzicht sterke concentratie van de hulpverlening die dan voor velen moeilijk bereikbaar zou worden, zou het voor het werk van de huisarts niet goed zijn. Het is van belang dat een huisarts een werkwijze heeft waarvan de reeds bestaande voorkennis, de anamnese, het gesprek met de patiënt en het lichamelijk onderzoek het hart vormen. Aanvullend onderzoek moet echt aanvullend zijn. De huisarts moet niet aan de verleiding worden blootgesteld te snel de technologie te hulp te roepen. (Dit doet niets af aan de waarde voor de huisarts van laboratoriumonderzoek, röntgenonderzoek, ECG en ander aanvullend onderzoek; zonder deze faciliteiten 'kan de huisarts niet functioneren.)

De gezondheidszorg moet ook naar de patiënt toe een zo vertrouwd mogelijk gezicht hebben en dat kan worden bevorderd door deze zo dicht mogelijk bij de patiënt te huisvesten. Wel dient de communicatie tussen eerste en tweede lijn te worden geoptimaliseerd, maar daarvoor behoeft je tegenwoordig niet meer onder één dak te zitten.

Ik verwacht dat de moderne methoden in informatica en communicatie daarvoor

zeer praktische mogelijkheden bieden. Toffer verwacht in zijn boek 'The third wave' dat moderne fabrieken en andere bedrijven het werk sterk kunnen spreiden door middel van onder andere bij personeelsleden thuis geplaatste terminals. Die ontwikkeling is al gaande. Naar analogie daarvan zal ook de samenwerking van eerste en tweede lijn, van huisarts en specialist, van wijkverpleegkundige en hoofdverpleegkundige, van huisarts en wijkverpleegkundige en zo meer, zeer sterk worden vergemakkelijkt door deze moderne ontwikkelingen.

Het ziekenhuis dus *niet* als *middelpunt*, maar het mag natuurlijk ook *geen knelpunt* zijn. Wanneer zou een ziekenhuis dat zijn? Wel, ik ben van oordeel dat als het ziekenhuis bereid is een plaats buiten het centrum van de gezondheidszorg in te nemen het risico om knelpunt te zijn al aanzienlijk is verminderd. Zodra er een overeenstemming bestaat tussen eerste en tweede lijn over de eigen en de wederzijdse rollen, zodra eerste en tweede lijn echt complementaire taken en functies vervullen, kan er in principe geen sprake van zijn dat het ziekenhuis een knelpunt vormt. Er moet dan vanzelfsprekend wel een voortdurend proces van wederzijdse aanpassing op gang blijven, maar dat is dan alleen nodig om tot een voortdurende bijstelling te komen. □

Epilepsieonderzoek (herplaatsing wegens misstelling) – De Commissie Landelijk Epilepsie Onderzoek TNO (CLEO) stelt in 1986 de inschrijving open voor aanmelding van nieuwe onderzoekvoorstellen, betrekking hebbende op alle terreinen van epilepsie en haar bestrijding. Bij de toekenning van subsidie zal, naast de eis van kwaliteit, het onderzoekerterrein in tweede instantie als criterium gelden. De commissie wil langs deze weg trachten onderzoek te stimuleren op die gebieden die naar haar inzicht te weinig aandacht krijgen; hieronder vallen onder andere epidemiologische studies en onderzoek naar de psychosociale facetten van epilepsie. Er wordt op gewezen dat de subsidie een aanvullend karakter heeft, waarbij als uitgangspunt geldt dat de instelling waarbij de onderzoeker werkzaam is een belangrijke inbreng in het te subsidiëren onderzoek heeft. In maart 1986 zal een besloten hoorzitting worden gehouden waarop de subsidieaanvragers de gelegenheid hebben hun onderzoekvoorstel voor de commissie toe te lichten. De uiterste inzenddatum voor de subsidieaanvragen is gesteld op 1 februari 1986. Subsidieaanvraagformulieren en alle nadere informatie kunnen worden verkregen bij het bureau van de CLEO, Postbus 188, 2300 AD Leiden, tel. 071-214441.

DIJVERSEN

Coma . . . wat is dat? – De onlangs opgerichte Coma Vereniging Nederland (CVN) heeft als eerste publikatie de brochure 'Coma . . . wat is dat?' het licht doen zien. Dat dit boekje kon verschijnen noemt de anesthesioloog Prof. Dr. B. Smalhout in zijn voorwoord een symptoom van een verandering in onze beschouwing van onze maatschappij. In de schitterend uitgevoerde brochure komen achtereenvolgens aan de orde: medische achtergronden, sociale aspecten van coma en de Coma Vereniging Nederland. De vereniging is op een enorm gebrek aan literatuur over coma gestuit, reden waarom ze ieder jaar vier brochures wil gaan uitgeven; per nummer zal een aspect van de comaproblematiek worden uitgediept. Geïnteresseerden, leken zowel als deskundigen, worden uitgenodigd uitgebreid op deze publikaties te reageren. De brochure 'Coma . . . wat is dat?' is voor niet-verenigingsleden voor f 7,50 (exclusief portokosten) verkrijgbaar; voor f 30,— abonneren ze zich op een hele jaargang (vier nummers, portokosten niet meege-

rekend). De Coma Vereniging Nederland is te bereiken via Postbus 12, 6990 AA Rheden; het secretariaat van de CVN berust bij Mw. Elly Hartman, tel. 085-244710 (werk)/08309-1656 (thuis).

Symposium over AIDS – Op 25 januari 1986 is er een symposium over AIDS in de Utrechtse Jaarbeurs. Volgens organisator VVAA zal het programma met name zijn afgestemd op medische en paramedische beroepsbeoefenaren. Aanleiding waren de onrust die door onbekendheid met de ziekte óók onder gezondheidswerkers is ontstaan en de behoefte aan duidelijkheid over de stand van zaken rond het AIDS-onderzoek en -activiteiten in ons land. Kosten: f 195,— (VVAA-leden f 170,—) per deelnemer; inbegrepen zijn koffie, thee, lunch, een congresverslag en een boek over AIDS onder redactie van Dr. S. A. Danner en Drs. J. M. A. Lange. Contactpersoon: Anneke Hermesen (VVAA), tel. 030-45441.