

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Inventarisatie van onderzoek op het gebied van de medische technologie

De Commissie Medische Technologie van de Raad voor Gezondheidsresearch TNO, een landelijk onderzoek-coördinerend lichaam, heeft eind 1975 een inventarisatie uitgevoerd van het medisch-technologisch onderzoek in Nederland. Het opgebouwde bestand werd voor computerverwerking geschikt gemaakt, waarna een uitdraai aan alle projectleiders werd toegestuurd en een begin kon worden gemaakt met het met elkaar in contact brengen van onderzoekers op relevante deelgebieden.

Omdat het bestand langzamerhand veroudert, is de Commissie Medische Technologie opnieuw gaan inventa-

riseren. Zij heeft hiertoe vragenformulieren met toelichting verzonden aan alle onderzoekers die haar uit de oorspronkelijke inventarisatie bekend waren. Graag nodigt de Commissie allen die medisch-technologisch onderzoek doen, maar niet door haar benaderd zijn, uit, zich met haar in verbinding te stellen. Door hieraan gevolg te geven bereikt men niet alleen dat het onderzoek in de inventarisatie wordt opgenomen, maar ook dat men na voltooiing van de inventarisatie, naar te hopen is over enkele maanden, deze toegestuurd krijgt.

Aanvragen kunnen worden gericht tot dr. J. G. A. LUIJTEN, Bureau van de Raad voor Gezondheidsresearch TNO, Postbus 297, 's-Gravenhage; tel. 070-814481, toestel 230.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Het oncologisch team

LINDERT, BARENTS en PINEDO (1978) verdienen een gelukwens met het fraaie therapeutische succes dat zij bij hun patiënte met een ovariumcarcinoom bereikten. Ik heb alleen bedenkingen bij hun eerste zin: „Een eerste vereiste voor een juiste behandeling van de carcinoompatiënt is, dat deze geschiedt door een team o.a. (!) bestaande uit een oncologisch chirurg, radiotherapeut, internist, patholoog-anatoom, verpleegkundige, maatschappelijk werker en geestelijk verzorger.” In het artikel wordt niet beschreven hoe deze behandeling zich vanuit de patiënt gezien afspeelt en het is best mogelijk dat mijn bezwaren in Utrecht al lang onderkend en opgelost zijn.

De vraag is namelijk: wie ziet de patiënte aan haar bed? Met wie praat ze over haar angsten, problemen, vooruitzichten en zorgen? Wie legt aan de familie uit wat er aan de hand is en waarom bepaalde dingen moeten gebeuren? Is dat nu eens de internist, dan weer de gynaecoloog, dan weer de verpleegkundige, maatschappelijk werker of geestelijk verzorger? Een dergelijke gang van zaken is m.i. rampzalig omdat ieder van genoemde werkers het probleem en de patiënt op een andere wijze zal benaderen en ook anders ziet. Dat kan met de meest intensieve team-besprekingen niet veranderd worden. Ik weet uit de praktijk wat voor een verwarring en onrust er kan ontstaan zelfs als er maar twee of drie mensen met de patiënt praten, ook al is tevoren goed onderling overleg gepleegd.

Ik ben het dus eens met de behandeling van „de carcinoompatiënt” door een oncologisch team en het is ook goed dat de patiënt weet, door een team behandeld te worden, maar er moet m.i. maar één persoon zijn, die met de patiënt praat, alles uitlegt, alles wat de patiënt te zeggen heeft aanhoort en goed beantwoordt. Die persoon moet goed met de patiënt kunnen praten en goed kunnen luisteren en alle tijd hebben die nodig is, dat is de allereerste eis. Ook moet de persoon voldoende van de ziekte en de therapeutische mogelijkheden weten, dat is ook een belangrijke, maar toch secundaire eis. Welk lid van het team zal deze rol op zich nemen? Dat is waarschijnlijk van geval tot geval verschillend, dat wordt vaak door het „toeval” bepaald. Ik

denk, dat in veel gevallen de verpleegkundige de meest geschikte persoon is en het is jammer dat zij (hij) deze taak nog veel te zelden krijgt toebedeeld.

Literatuur: LINDERT, A. C. M., J. W. BARENTS en H. M. PINEDO (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 65.

Amsterdam, februari 1978

A. P. OOMEN

Collega OOMEN heeft begrijpelijk zijn bedenkingen tegen onze persoonlijke benadering van „de mens in nood”. Ik denk dat in vele „workshops” dit probleem zich voordoet.

Wij hebben het op de Afdeling Gynaecologie aldus opgelost: De oudste assistent-geneeskundige, die de afdeling onder zijn verantwoording heeft, spreekt in refracta dosis dagelijks met patiënte: over wat gevonden is, wat gedaan moet worden, te verwachten narigheden, ook enigszins haar toekomstverwachtingen in allerlei opzicht enz. Wekelijks hebben wij, behalve de medisch-technische zg. „papieren visite”, een aparte psychosociale bespreking, waaraan deelgenomen wordt door verpleegkundigen, de dominee, de maatschappelijk werkster en de betrokken artsen en co-assistenten. Op deze bijeenkomst worden de specifieke problemen besproken van elk der (kanker-)patiënten; in de zin van wát weet mevrouw, hóe neemt zij het op, wát zeggen de echtgenoot, zoon enz. ervan? Wat wordt haar nu verder meegedeeld? Zeer vaak is geestelijke steun hierbij nodig. Wanneer de patiënte ontslagen zal worden is de opvang thuis of in het verpleegtehuis van belang.

Later in de „follow-up” wordt zij ook meestal door één der haar bekende artsen gecontroleerd en geadviseerd. Dit alles om zo'n goed mogelijke continuïteit te verkrijgen.

Wij menen dat met deze benadering de mens in nood zo goed mogelijk wordt begeleid. Deze methode van aanpak kan o.i. voor aanstaande artsen en specialisten leerzaam zijn.

Utrecht, Februari 1978

J. W. BARENTS
A. C. M. VAN LINDERT
H. M. PINEDO