

Mediator

Informatieblad van het Ignatius Ziekenhuis

22e jaargang; nr. 4, april 1991



IGNATIUS
ZIEKENHUIS BREDA

Directeur Patiëntenzorg J.D. van de Linde maakt na anderhalf jaar balans op

'JE MOET DUIDELIJK VOOR OGEN HEBBEN WAT JE NOU WILT MET HET ZIEKENHUIS'

Anderhalf jaar geleden is het nu dat de heer dr. J.D. van de Linde zijn werkzaamheden begon als directeur-patiëntenzorg. Een periode die wordt gekenmerkt door stormachtige ontwikkelingen in en rondom het Ignatius Ziekenhuis Breda.



Van de Linde: 'We hoeven echt niet landelijk te scoren'.

De bezuinigingen in de gezondheidszorg, de acties van de medewerkers en de medisch specialisten vanwege de toenemende ontevredenheid over de arbeidsomstandigheden en honoraria, het beëindigen van het samenwerkingscontract met de Stichting Medische Laboratoria en de voorbereidingen om de organisatie een nieuw gezicht te geven zijn enkele van de onderwerpen die de afgelopen anderhalf jaar nadrukkelijk op de agenda stonden. Reden voor MEDIATOR om uitvoering met de heer van de Linde te praten. Ontspannen zit de heer van de Linde aan de punt van de rechthoekige tafel in zijn werk-kamer in de leerlingenflat. Links van hem een schilderij in uitbundige kleuren. Vóór hem een dampende kop thee. Bedachtzaam maar vooral openhartig beantwoordt hij de vragen.

- U heeft als directeur Patiëntenzorg te maken met verschillende afdelingen, de medische staf, de ondernemingsraad, vrijwilligers, de belangenverenigingen, de burgers. Heeft u bij het uitvoeren van uw taken niet dikwijls het gevoel dat u gevangen zit in een soort web?

Van de Linde: 'Je speelt enerzijds een rol intern. Je bent bij alle kanten van het beleid van het ziekenhuis betrokken: wat betreft je specifieke aandachtsgebied als directeur, maar ook als onderdeel van de directie word je bijvoorbeeld gevraagd voor gesprekken over beheersmatige aspecten. Anderzijds heb je ook extern een aantal verbindingen omdat je als directeur afstemming wilt hebben met collega's van andere ziekenhuizen, of omdat je gemeenschappelijk naar buiten wilt treden. Een belangrijk voorbeeld is het

samenwerkingsoverleg tussen alle ziekenhuizen in West-Brabant (ROOZ). Tijdens de CAO-besprekingen van vorig jaar liepen de Westbrabantse ziekenhuisdirecties met span-doeken mee richting het Turfschip om aan te geven dat wij als werkgevers op dezelfde manier dachten, maar onvoldoende mogelijkheden hadden om zelfstandig een verhoging van salarissen te geven.

'Ik vind het belangrijk om als directeur-patiëntenzorg vaste externe contacten te hebben, je leert enerzijds allerlei mensen kennen die van belang zijn in het gezondheidszorg-wereldje en anderzijds moet je ook weten wat zich in je omgeving allemaal afspeelt. Ik heb eigenlijk wat dat betreft nog te weinig externe taken.'

- Er zullen nu misschien mensen zijn die denken dat u

kwalificaties uitgebreid zou beschrijven, vraag je iets wat geen mens redelijkerwijs op kan brengen. Dat is ook één van de grote problemen in het ziekenhuismanagement.'

- Maar dat zijn dingen die je weet als je eraan begint.

Van de Linde: 'Je weet natuurlijk nooit iets helemaal precies. Als je erover hoort, denk je dat je alles weet, maar als je een paar jaar bezig bent, dan weet je eigenlijk pas wat het vak inhoudt. Je kunt je op kennismatig gebied van alle kanten laten voorlichten, maar wat je mist is de ervaring. Achteraf blijkt dat een aantal zaken door jou toch heel anders gezien en beleefd worden. Als je gaat trouwen denk je ook alles te weten. Nou, dat merk je wel als je enige tijd samen bent.'

- Wat bezielt een neuroloog om directeur te worden? Hij kon misschien niet helemaal overzien wat hem te wachten stond maar hij wist wel dat er een duizendpoot werd gevraagd.

Van de Linde: 'Je wilt op een heel andere wijze in de gezondheidszorg staan. Als specialist heb je te maken met de directe patiëntenzorg, je bent ook degene die voor jouw vakgebied van belang is wat betreft apparatuur, mankracht, etc. Als je ziekenhuismanager wordt, ben je met soortgelijke zaken bezig, maar dan in afgeleide vorm. Het gaat niet zozeer meer om de individuele relatie specialist-patiënt, maar om ziekenhuis-faciliteiten voor de specialist en de patiënt. Faciliteiten die voor de behandeling door de specialist noodzakelijk zijn, maar die vooral beantwoorden aan de zorgvraag in zijn totaliteit.'

- Ik kan me voorstellen dat u als directeur profijt hebt van uw ervaring als specialist. Bent u nu ook van mening dat het

vervolg op bladzijde 3.

te weinig te doen heeft. Er zit natuurlijk een andere bedoeling achter deze uitspraak.

Van de Linde: 'Het ziekenhuis heeft er belang bij dat de directieleden in een aantal externe overlegstructuren en externe werkgroepen activiteiten verrichten. Vooral vanwege de informatie die je vroegtijdig krijgt. Met die informatie kun je proberen je zaken voor je ziekenhuis sneller te regelen. En daar gaat het om. We hoeven echt niet landelijk te scoren in van alles en nog wat op persoonlijke titel. Je moet het evenwicht zien te bewaren tussen intern en extern.'

- Een directeur is eigenlijk een soort duizendpoot. Hij moet diplomaat zijn, politicus, econoom, bureaucaat, bemiddelaar.

Van de Linde: 'Als je die

IGNATIUS ZIEKENHUIS

STRUCTUUR VAN PATIËNTENORGANISATIES

Patiëntenorganisaties zijn de laatste decennia in aantal sterk toegenomen. De grote groei heeft geleid tot een ondoorzichtige structuur.

Hulpverleners en andere betrokkenen hebben, mede hierdoor, vaak geen goede informatie over patiëntenorganisaties. Dit artikel geeft een beknopt overzicht van de structuur van patiëntenorganisaties en heeft ten doel een enigszins duidelijk beeld te geven aan hulpverleners en andere betrokkenen.

■ Geschiedenis

In het begin van de 20ste eeuw ontstonden in Nederland

In de jaren '70 en '80 is een groot aantal plaatselijke afdelingen van patiëntenorganisaties opgericht. Deze afdelingen stellen zich ten doel om de belangen van patiënten op plaatselijk niveau te behartigen. Pas in de jaren '80 zijn de patiëntenorganisaties zich in platformen gaan groeperen.

Het aantal patiëntenorganisaties is zeer groot. Door de explosieve groei in de laatste decennia is er een ondoorzichtige structuur ontstaan. Het werkgebied kan landelijk, provinciaal, regionaal en gemeentelijk zijn. Een landelijke organisatie kan op al deze niveaus zelfstandige of onzelfstandige afdelingen hebben. Er is een grote verscheidenheid in aandachtsgebieden. De meest voorkomende rechtsvormen zijn de vereniging en de stichting. De wijze van besturen verschilt per patiëntenorganisatie.

■ Soorten patiëntenorganisaties

De patiëntenorganisaties zijn op basis van hun doelgroep of werkgebied onder te verdelen in verschillende soorten. Hieronder volgt een opsomming, met bij ieder soort patiëntenorganisatie een voorbeeld.

■ Algemene patiëntenorganisaties

Onder deze noemer vallen organisaties, die zich niet op een bepaalde groep patiënten richten, maar die de algemene belangen van patiënten en potentiële patiënten behartigen. Meestal gaat het om plaatselijke organisaties. Zij richten zich op gezondheidsvoorzieningen in de eigen plaats of regio, patiëntenrechten en gezondheidsvoorlichting.

Een voorbeeld van een dergelijke organisatie in Breda is de Consumentengroep Gezondheidszorg Breda. Er zijn twee landelijke algemene patiëntenorganisaties: De Nederlandse Vereniging van

Algemene Patiëntenorganisaties, NVAP, is een bundeling van ruim 60 aangesloten plaatselijke, algemene patiëntenorganisaties. De Nederlandse Patiëntenvereniging, NVP, heeft een groot aantal plaatselijke verenigingen met christelijke achtergrond.

■ Thematische patiëntenorganisaties

Dit zijn organisaties, die zich richten op een thema of een deelreken van de patiëntenzorg. Een voorbeeld hiervan is de Landelijke Vereniging Kind en Ziekenhuis.

■ Sectorale patiëntenorganisaties

Deze organisaties behartigen belangen van (ex-)patiënten en hun familieleden, in de geestelijke gezondheidszorg en de zwakzinnigheidszorg. De Nederlandse Stichting voor Manisch-Depressieven (NSMD) is een dergelijke organisatie, die onder andere het inzicht van de patiënten in hun ziektebeeld wil vergroten.

■ Categorale patiëntenorganisaties

Hieronder worden alle organisaties verstaan, die zich op een bepaalde categorie patiënten richten en gegroepeerd zijn rond een bepaald ziektebeeld. Voorbeelden hiervan zijn: De Diabetes Vereniging Nederland of de Nederlandse Stoma-vereniging Harry Bacon.

■ Platforms

De laatste jaren is zich een aantal patiëntenorganisaties gaan groeperen in een platform. Er ontstaan platformen op provinciaal, regionaal en plaatselijk niveau (dit zijn decentrale platformen).

Een platform is een overkoepeling van een aantal patiëntenorganisaties, die bijvoorbeeld in een gemeente gevestigd zijn.

Een platform vertegenwoordigt de aangesloten patiëntenorganisaties en geeft aan de aangesloten organisaties ondersteuning en voorlichting. Een voorbeeld hiervan is het Patiënten Gehandicapten Platform Breda.

Op landelijk niveau is het LP/CP, het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform, werkzaam. Het Landelijk Overleg Decentrale Platformen (LO-DEP) is een samenwerkingsverband van decentrale platformen in Nederland. Het behartigt de belangen van decentrale platformen op landelijk niveau en bevordert de samenwerking van decentrale platformen.

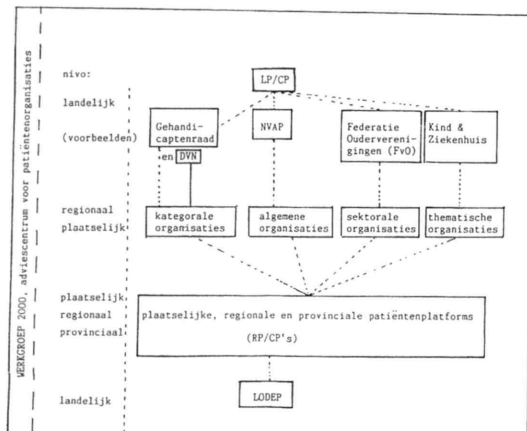
■ Ondersteuning en informatie

Werkgroep 2000

Dit is een organisatie, die patiëntenverenigingen ondersteunt op allerlei gebied. Er worden juridische en bestuurlijke adviezen gegeven en cursussen georganiseerd in het kader van deskundigheidsbevordering. De werkgroep geeft het blad Nieuwsbrief 2000 uit en stelt ieder jaar een catalogus samen, waarin alle patiëntenorganisaties in Nederland staan vermeld.

De catalogus van de Werkgroep 2000: "Gids patiënteninformatie voor patiënt, consument en intermediair", ligt in het Ignatius Ziekenhuis ter inzage bij de coördinator patiëntenvoorlichting, mevrouw B. Marijnissen. Zij beschikt tevens over allerlei informatie-materiaal met betrekking tot patiëntenorganisaties.

Laura Plezier.



Structuur Patiëntenorganisaties

Colofon

Redactie

Luc Demarbaix, hoofdredacteur
Johan Guddé
Maartje Jacobs
Bob Leclercq
Nel van Well-Cornet

Fotografie

Luc Demarbaix

Redactieadres

Afdeling Public Relations
Wilhelminasingel 33
4817 JX Breda
Tel. 076-233000

Druk

Drukkerij West-Brabant b.v.
Breda

MEDIATOR is het informatieblad van het Ignatius Ziekenhuis Breda. Het verschijnt tien maal per jaar in een oplage van 2500 exemplaren en wordt verspreid onder medewerkers, specialisten, huisartsen, diverse hulpverlenende instanties en externe relaties.

Overname van artikelen mag alleen met toestemming van de redactie. Graag ontvangen wij een kopie van de desbetreffende publicatie.

De realisatie van deze publicatie is mede mogelijk gemaakt door een donatie van de Rabobank te Breda.

DE 125.000ste INWONER VAN BREDA in het Ignatius Ziekenhuis geboren



De directeur van het ziekenhuis en de burgemeester van de stad kwamen zijn gelukkige ouders feliciteren.



Op 1 maart jl. kwam Gijs Moonen, de 125.000ste inwoner van Breda, in het Ignatius Ziekenhuis ter wereld, 48 cm. lang en 2410 gram zwaar

goed is als specialisten een tijdje in het management zouden zitten?

Van de Linde: 'Het zou goed zijn voor medisch specialisten om eens te weten wat er allemaal geregeld moet worden om als specialist gestroomlijnd je werk te kunnen doen. De vraag droppen bij de directie: 'Zorg dat ik wat meer spreekuren krijg', is niet voldoende. Een directie heeft een heleboel informatie meer nodig om zo iets geregeld te krijgen. Ook als het gaat om aangepaste apparatuur. Je zit met een beperkte hoeveelheid aan geldmiddelen, dus je moet prioriteiten gaan stellen. Dat geldt niet alleen voor de specialisten, maar voor elke dienst.

Ik weet hoe het werken als specialist in een ziekenhuis is. Wat betreft de patiëntenzorg: ik weet precies wat ze willen en niet willen. Als er klachten zijn van patiënten over artsen of over de organisatie dan kan ik vaak ter plekke vertalen waarom. Ik kan ook kijken of vragen van specialisten terecht of onterecht zijn; worden ze gesteld uit eigenbelang of zijn ze van belang voor het ziekenhuis. Medisch inhoudelijke zaken waarbij echt ethische aspecten aan de orde zijn heb je sneller door als je zelf in een ziekenhuis hebt gewerkt, dan wanneer je een andere achtergrond hebt.'

'Ik hecht er grote waarde aan dat in dit ziekenhuis op medisch-ethisch verantwoorde wijze gewerkt wordt. Geneeskunde bedrijven is geen vrijblijvende aangelegenheid, het is een uitermate verplichtende activiteit. Dat geldt voor iedereen. Je moet je altijd kunnen verantwoorden. Een persoon moet altijd ter verantwoording geroepen kunnen worden.'

- Is men zich daarvan bewust in huis?

'Ik denk van wel, maar niet altijd voldoende. Ik merk dat uit vragen als: "Wie is er nu eigenlijk verantwoordelijk?" Het is van belang dat er helderheid is; wie is verantwoordelijk voor wat'.

- De veelheid van taken en activiteiten kan natuurlijk niet in veertig uur per week worden gestopt. Bent u als u thuis bent ook bezig met uw werk?

Van de Linde: 'Altijd. Een baan als directeur-patiëntenzorg is honderd procent of nul. Daar is volgens mij geen tussenweg in. Het houdt in dat je ontzettend vaak in je vrije tijd bezig bent met ziekenhuisactiviteiten. Voor andere directeurs geldt dat precies zo. Daarnaast probeer je wel tijd voor ontspanning te organiseren. Ik ben er wel heel blij om dat er weinig beroep op me wordt gedaan als ik thuis ben.'

- Er speelt zich momenteel door de herstructurering en de nieuwbouw nogal wat af in onze organisatie. Wat motiveert u om toch door te gaan?

Van de Linde: 'Als je vraagt: Wat zijn de problemen in de wereld van de ziekenhuisdirecteuren, dan is één van de belangrijkste punten het zorgen dat je zelf genoeg energie hebt en houdt. Je moet duidelijk voor ogen hebben wat je nou wilt met het ziekenhuis. In mijn geval wil ik een goed draaiend ziekenhuis zien. Dat wil zeggen dat op een adequate wijze met de zorgvraag uit de omgeving wordt omgegaan. Een patiënt moet bij ons terecht kunnen met een vraag, een antwoord krijgen en tevreden zijn met het antwoord, los van het feit of hij of zij blij is met wat hij hoort. Ze moeten weten dat het antwoord gebaseerd is op goed onderzoek en dat het ook klopt.

De patiënt die naar het Ignatius Ziekenhuis gaat moet zich geen zorgen hoeven te maken. Hij moet zich eigenlijk niet eens de vraag hoeven te stellen: 'Gaaf het daar wel goed?' Hij moet er gewoon van uitgaan dat het goed is. De patiënt moet op menselijke wijze worden begeleid.

Ik zie de patiënt altijd als een compagnon van specialist en ziekenhuis. Hij heeft zijn probleem op tafel gelegd. Vanaf dat moment is het een gemeenschappelijk probleem van ons als ziekenhuis en van de patiënt. Je moet gezamenlijk tot een antwoord komen, ook als er geen antwoord mogelijk is. Wij moeten zorgen dat alles goed loopt, maar daar moeten we de patiënt niet mee lastig vallen. Ik leg de nadruk op het begrip 'wij'. Dat wil zeggen: een ieder, met elk een eigen taak en verantwoordelijkheid. Die gemeenschappelijkheid mag wat mij betreft nog meer onderstreept worden.'

- In 1988 werd begonnen met de invoering van de nieuwe topstructuur. Dat heeft de nodige veranderingen met zich mee gebracht.

De zakelijke kant dreigt echter de zorg voor de patiënt te overheersen.

Van de Linde: 'De organisatorische kant krijgt erg veel aandacht. Een van de gevoelens van ongenoegen in dit ziekenhuis is ook dat de zorgkant wordt onderbelicht ten opzichte van problemen betreffende de budgetreductie, de kosten die we hebben voor de nieuwbouw, etcetera. Dat heeft z'n waarde en belang maar de zorgkant moet even sterk naar voren komen als de financiële kant.'

- Het is niet makkelijk denk ik.

Van de Linde: 'Uit allerlei

gesprekken met directeuren in den lande blijkt dat de tijd een rol speelt en het feit dat ons ziekenhuis vergeleken met andere ziekenhuizen in moeilijke omstandigheden verkeert, als we kijken naar de historie en de financiële situatie.

- Vindt u uw werk eigenlijk leuk?

Van de Linde: 'Als je het vak sec bekijkt, is het een zeer moeilijke en ook kwetsbare baan. Dat zeggen alle ziekenhuisdirecteuren, hoor. Ik zit net in een soort overgangperiode, een soort evaluatie na anderhalf jaar. Hoe ervaar je je werk, hoe gaat het thuis. Het schijnt dat na zo'n jaar of twee de organisatie gaat zeggen: "Wat hebben we aan die vent, wat is dat voor een figuur?" of je gaat bij jezelf te rade. Ik denk dat dat proces nu gelijktijdig plaatsvindt. Dat is ook één van de belangen van je externe contacten. Dat je ook als directeur als privépersoon eens hoort: hoe gaat het bij anderen.'

- Hoe ziet u de toekomst van het nieuwe ziekenhuis?

Van de Linde: 'Ik ben blij met het nieuwe ziekenhuis, maar een nieuw gebouw alleen..... is niet essentieel. Processen gaan daar niet zoveel anders dan hier, want mensen veranderen niet alleen daardoor. Je moet gebruik maken van een aantal uitwendige factoren om intern veranderingen tot stand te brengen. De nieuwbouw is daar uitermate geschikt voor.'



Van de Linde: 'Een zeer moeilijke baan'.

Nog één keer voor het 'oude' ziekenhuis

De leerlingengroep Amadeus, die in februari met de opleiding tot A-verpleegkundige is gestart, koos de indrukwekkende voorgeving van het 'oude' ziekenhuis als decor voor hun groepsfoto.

R. De Vooght, nieuw hoofd verpleegkundige sector

Vanaf 1 december 1990 bekleedt de heer R.E.J. De Vooght de functie van hoofd verpleegkundige sector in het Ignatius Ziekenhuis Breda.



De heer De Vooght heeft verpleegkunde gestudeerd aan het Hoger Rijksinstituut voor Paramedische Beroepen te Gent, verbonden aan het academisch ziekenhuis aldaar en voltooide de opleiding aan het Technisch Instituut voor Verpleegkunde te Leuven. Vervolgens heeft hij de studies medico-sociale wetenschappen en ziekenhuisbeleid gevolgd aan de Katholieke Universiteit te Leuven.

De heer De Vooght is werkzaam geweest als hoofd verpleegkundige dienst in een Nederlands algemeen ziekenhuis.

Hij staat nu voor een grote opdracht, het voorbereiden van de verpleegkundige sector op het verhuizen naar de nieuwbouw. De zorg om de overgang naar de nieuwe situatie zo vlekkeloos mogelijk te laten verlopen.

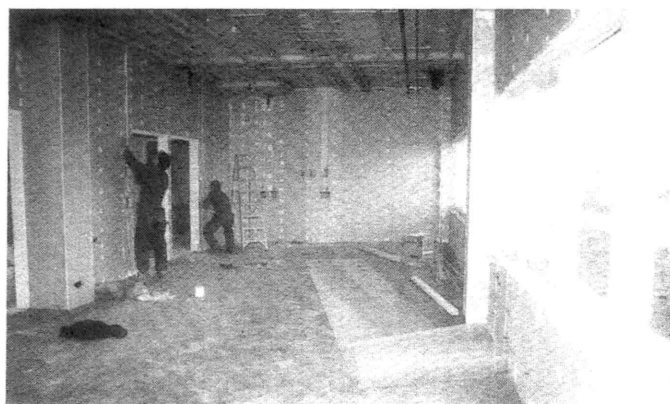
Daarnaast zijn op het medisch en verpleegkundig gebied tal van ontwikkelingen gaande die alle aandacht behoeven. De heer R. De Vooght bruijst van de energie en plannen en heeft, zoals hij het zelf zo plastisch uitdrukt in het Vlaams: 'mieren in zijn broek', om aan te geven dat die klus hem wel aanstaat. Wij wensen hem heel veel succes in zijn nieuwe functie.



Mediator

NIEUWBOUW IGNATIUS-ZIEKENHUIS

nadert voltooiing



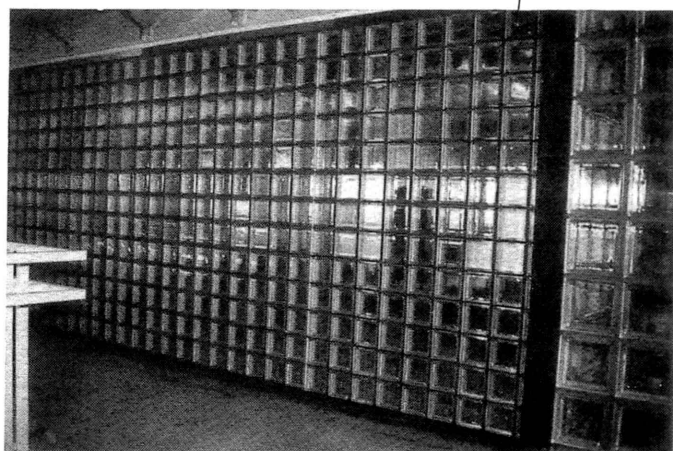
"functie-afdeling neurofysiologie"
(begane grond)



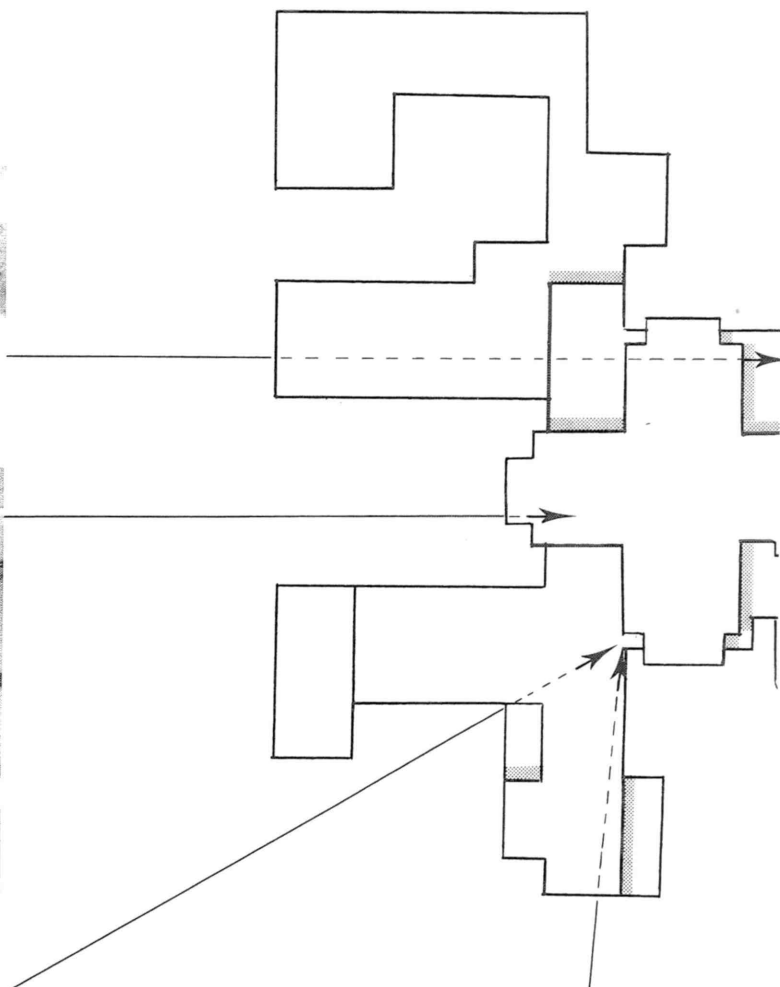
"De dialyse-zaal"
(begane grond)



"restaurant"
(1^e verdieping)

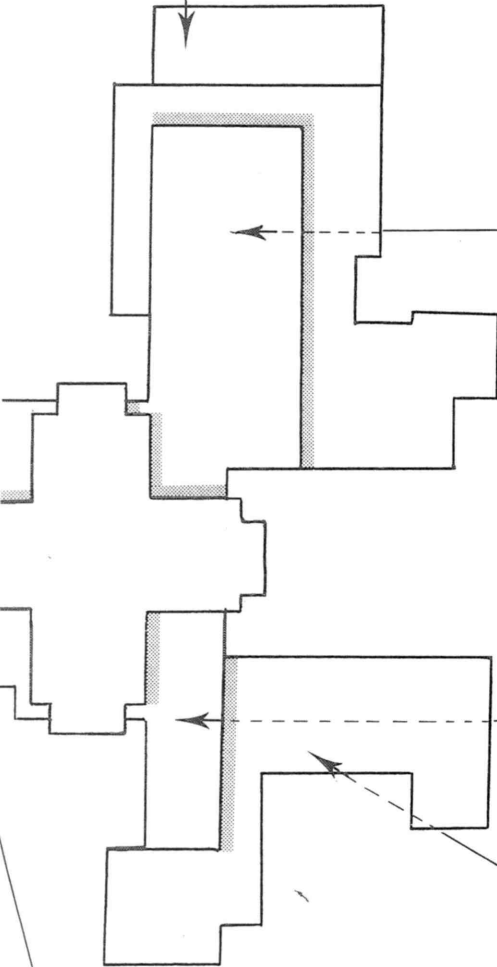


"glaswand restaurant"

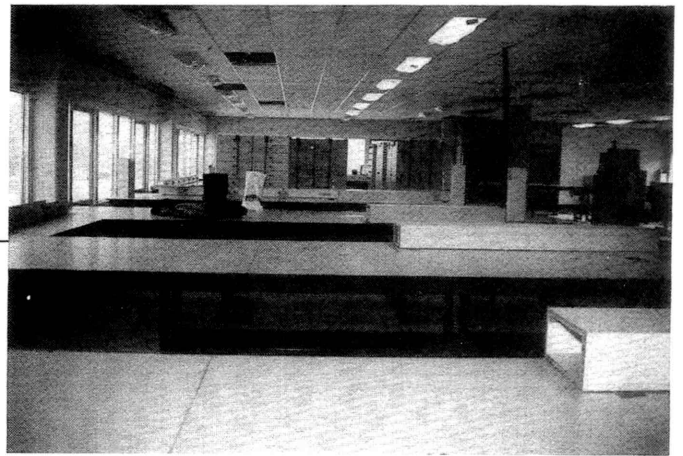




"het dak van het ketelhuis"



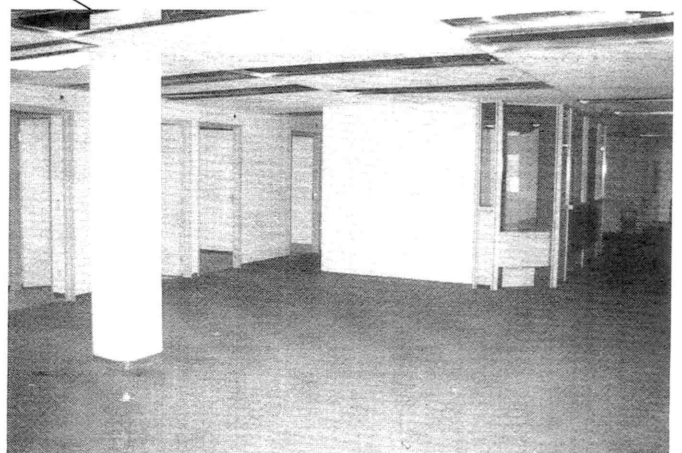
"binnengang van de operatie-afdeling"
(1^e verdieping - noord)



"klinisch chemisch laboratorium"
(1^e verdieping)



"ingang ziekenhuis"



"wachtruimte/balie polichirurgie"
(begane grond - oost)

EEN INTEGRALE BENADERING VAN PATIËNTEN MET CHRONISCHE ONDERBUIKPIJNKLACHTEN

Recente studies tonen aan dat patiënten met chronische onderbuik-pijnklachten vaak meer seksuele problemen, neurotisch gedrag en life-events hebben vergeleken met een controlegroep zonder deze klachten.

Met deze kennis zou medicinale behandeling gespitst moeten zijn op systematische desensitisatie, relaxatietraining en bio-feedback.

Samenwerking tussen de specialist en psycholoog is in een vroeg stadium noodzakelijk.

Onbegrepen pijn in de onderbuik bij de vrouw als klinische entiteit is al oud. In de Europese literatuur dateert een beschrijving van 1831 (Renaer 1980). Empirisch onderzoek naar de psychologische achtergronden van deze klacht geeft een verband aan tussen onverklaarde onderbuikpijn en neurotisch gedrag (Beard 1977).

Recent onderzoek (Bak 1990) gaf aan dat bij patiënten met en zonder een organische verklaring voor de chronische onderbuikpijn geen verschil werd gevonden in neurotisch gedrag. Wel werd een verschil gevonden tussen beide groepen afzonderlijk en een controlegroep van patiënten zonder pijnklachten (figuur 1). In het tweede gedeelte van hetzelfde onderzoek werd nagegaan of tussen de patiënten met en de patiënten zonder een verklaarde pijnklacht verschillen bestaan in seksualiteitsbeleving (Bak 1990). Hiertoe werd de seksualiteitsbelevingsschaal (SBS) gebruikt (Frenken 1981). Deze schaal bestaat uit vier subscalen:

- de SBS 1 meet de seksuele moraliteit;
- de SBS 2 meet de seksuele stimulatie;
- de SBS 3 meet de seksuele motivatie;
- en de SBS 4 de huwelijks-attractie.

Uit de resultaten van dit gedeelte van het onderzoek (tabel 1) blijkt, dat er geen significant verschil bestaat tussen de pijngroepen onderling. Wel is er een significant verschil tussen enerzijds de pijngroepen en anderzijds de controlegroep op de SBS 1, de SBS 2 en de SBS 3.

Kennelijk geldt ook wat betreft de aard en de hoedanigheid van de seksuele problematiek, dat het niet uitmaakt of er sprake is van een somatisch verklaarde of van een somatisch onverklaarde onderbuikpijn. In het derde gedeelte van dit onderzoek werd bij iedere patiënt via een gestructureerd interview nagegaan, of er emotioneel belastende omstandigheden waren tijdens het ontstaan van de pijnklachten. Een groot aantal van dergelijke omstandigheden of situaties werd genoemd. Om structuur in deze onderwerpen aan te brengen werden vijf categorieën life-events gevormd op grond van een indeling van Rahe (1975). Deze vijf categorieën zijn:

- geboorte en voortplanting zoals: infertiliteit, abortus en menarche;
- huwelijk, relatie en seksualiteit zoals: scheiding- adoptie, eerste coïtus;
- verlies van een vertrouwde situatie of persoon zoals: verhuizing, verlies van de partner;
- lichamelijke gezondheid zoals: eileiderontsteking, amenorroe;
- school en beroep: verandering van werk, opleiding.

De resultaten van dit derde gedeelte van het onderzoek zijn weergegeven in figuur 2.

Uit deze figuur blijkt dat er slechts één significant verschil bestaat tussen de beide pijngroepen (I en II) en de controlegroep (III) binnen categorie A.

Als conclusie uit dit derde gedeelte van het onderzoek kan gelden, dat chronische onderbuikpijn ongeacht de oorzaak relatief vaak gerelateerd is aan een voorval dat te maken heeft met gebeurtenissen op het gebied van de voortplanting. Dit zijn niet noodzakelijk zeer ernstige emotionele gebeurtenissen, zoals incest of seksueel misbruik, maar ogenschijnlijk eenvoudige veranderingen, zoals een eerste menarche of eerste coïtus.

De psychologische behandeling

Chronische onderbuikpijn kan volgens de normen van de DSM-III-R geclassificeerd worden als een somatisatiestoornis en daarom volgens enkele auteurs niet behandelbaar zijn (Van de Mast 1987). Vanuit de behavioral medicine: een ontwikkeling afkomstig uit de leertheorie (Kaptein e.a. 1986) wordt ook bij deze categorie patiënten met een somatisatiestoornis aanbevolen een functionele analyse te maken. Hierin wordt nagegaan onder welke omstandigheden de klachten voorkomen, welke bekrachtigende factoren hierop

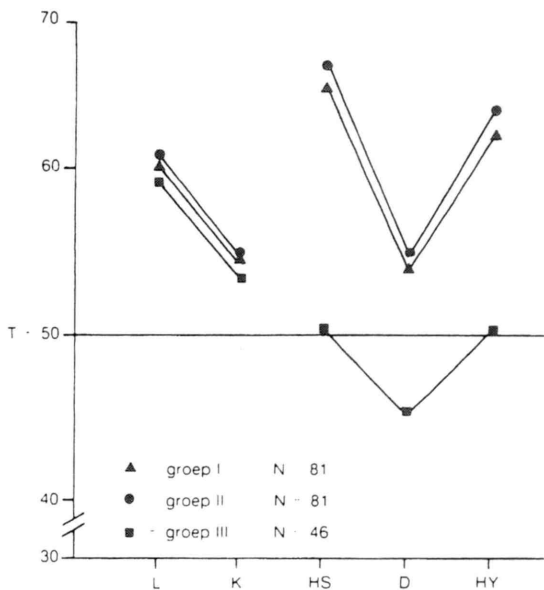


Fig. 1 Relatie tussen de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) en chronische onderbuikpijn

van invloed zijn, hoe de omgeving van de patiënt hierop reageert en wat de gevolgen zijn voor de continuïteit van de problematiek. De daarop geënte behandeling is gericht op een wijziging in het gedrag van de patiënt met behulp van specifieke technieken, bekend uit de gedragstherapie.

Technieken zoals relaxatietraining, systematische desensitisatie en bio-feedback zijn succesvol (Pearce 1982). Het door sommige auteurs genoemde argument (Van de Mast 1987) dat de patiënt door een verwijzing naar een psycholoog of psychiater zich voelt afgescheept, kan worden opgevangen door een twee-sporenbeleid waarbij gynaecoloog en psycholoog in onderling overleg beiden een aandeel hebben in de behandeling (Hertz e.a. 1980). De nadruk op een meer somatische of een meer psychologische behandeling kan daarbij per patiënt en per periode verschillend zijn. Ook kan de fysiotherapeut een belangrijke bijdrage leveren aan de behandeling, dit door middel van het aanleren van bekkenbodemspieroefeningen.

ongeacht de oorzaak, gedragsverandering impliceert.

De gevolgen kunnen zijn seksuele problematiek, depressieve gevoelens en preoccupatie met lichamelijke klachten. Het luxerend moment is vaak terug te vinden in één of meer ingrijpende gebeurtenissen op lichamelijk gebied. Met name veranderingen in de seksualiteit en voortplantingsfuncties zijn vaak de aanleiding voor het ontstaan van de chronische buikpijn.

Behandelingsmogelijkheden zijn er ondanks sombere verwachtingen wel degelijk (Bak 1987), (Weymar Schultz e.a. 1987). Vooral vanuit de behavioral medicine zijn technieken aangereikt, die de patiënt kunnen helpen bij de integratie en verwerking van de pijn-problematiek. Daar het merendeel van de vrouwen met chronische onderbuikpijnklachten een gynaecologische afdeling bezoekt, is een goede samenwerking tussen enerzijds de gynaecoloog en anderzijds de psycholoog van groot belang.

Een psychologisch consult in een vroeg stadium en een medebehandeling, indien geïndiceerd, geven het beste therapeutisch resultaat en behoeven de patiënt voor verder somatiseren en medical shopping. Medebehandeling door de fysiotherapeut (bekkenbodemspieroefeningen) kan het positieve behandelingsresultaat verhogen.

A.P. Bak
Psycholoog Ignatius Ziekenhuis Breda

Overweging en conclusie

Patiënten met chronische onderbuikpijnklachten zijn in het verleden vaak gediagnosticeerd als neurotisch en zelfs psychotisch (Gidro Frank 1960), (Castellnuovo-Tedesco 1970). Recent onderzoek (Bak 1989, 1990), (Peeters 1989) geeft aan dat iedere vorm van chronische onderbuikpijn,

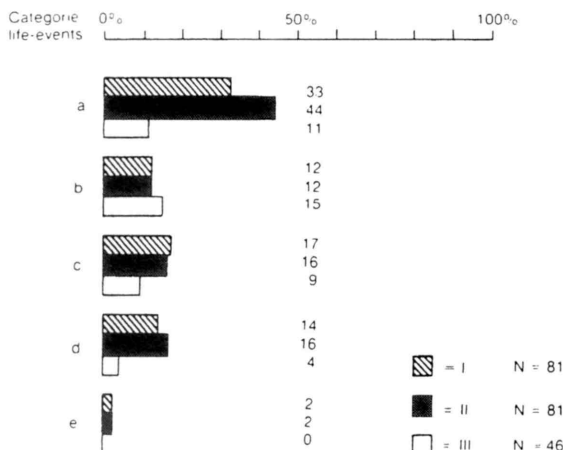


Fig. 2 Het voorkomen van de categorieën life-events onderscheiden naar de groepen I, II en III
*P < 0,05 groep I en II <—> groep III: Anova paarsgewijze toetsing a posteriori

Gemiddelde en standaarddeviaties voor de T-scores voor de drie groepen op de SBS-vragenlijst

	Group I n = 81	Group II n = 81	Group III n = 46
SBS1	$\bar{x}$ 41,8* sd 6,4	$\bar{x}$ 41,6* 7,5	38,2 5,1
SBS2	$\bar{x}$ 49,6* sd 10,1	$\bar{x}$ 52,3* 9,5	45,7 9,6
SBS3	$\bar{x}$ 50,0 sd 11,6	$\bar{x}$ 50,8 11,1	44,8 9,9
SBS4	$\bar{x}$ 55,6 sd 12,7	$\bar{x}$ 54,0 11,3	54,2 12,5

* P < 0,05 Group I en II—> groep II: Anova paarsgewijze toetsing a posteriori

Op maandag 11 maart j.l. startte in het ziekenhuis het project:

verstandig lekker eten kiezen

In aanwezigheid van vele belangstellenden opende dhr. Vos de informatiestand, nadat mevr. Oudesluys, diëtiste de volgende inleiding hield.

■ Opening van informatiestand en projectweek 'Verstandig lekker eten kiezen'.

Wij zijn blij, dat u even tijd heeft willen vrijmaken, om bij de opening van dit - voor ons unieke project - aanwezig te zijn. Waarom uniek, zult u zich misschien afvragen. Sinds enkele jaren bestaat er een overleggroep van diëtisten, die werkzaam zijn in de ziekenhuizen en bij de Kruisverenigingen van het Stads-gewest Breda. Deze groep komt ongeveer vier keer per jaar bijeen voor intercollegiale toetsing en bespreekt de nieuwste inzichten in de diëtetiek. Ongeveer twee jaar geleden was de groep aan een nieuwe impuls toe. Het idee ontstond een gezamenlijk project op te starten, om ons eens op een andere wijze te profileren dan tot dat moment het geval was. Als je - zoals een groot deel van de groep - altijd maar curatief bezig bent, ontstaat toch eens de wens om ook

preventief bezig te zijn. Ook voor ons is het natuurlijk fijner te kunnen voorkomen, dan te moeten genezen.

Reden te meer het gezamenlijk project een voorlichtings-, dus preventief karakter te geven. Daarom is gekozen voor het onderwerp 'Goede Voeding' met het accent op het vetgebruik en met de titel 'Verstandig lekker eten kiezen'. Uiteindelijk eten wij als Nederlandse bevolking veel te veel vet, wel 105 gram per dag, met alle gevolgen van dien.

Ook landelijke organisaties zijn zich hiervan al lange tijd bewust en zijn toevallig ook deze maand gestart met een meerjarige 'Let op vet'-campagne.

Ik wil u er graag op attent maken, dat onze plannen al vaste vormen hadden gekregen, voordat deze nationale activiteiten bekend werden. Natuurlijk zijn wij blij met deze extra dimensie aan het thema van ons project; zo zal immers de Nederlandse bevolking zich nog meer bewust kunnen worden van de eigen vetconsumptie. Gezien het chronisch tijdgebrek dat tegenwoordig iedereen lijkt te hebben, is de opleiding diëtetiek in Nijmegen verzocht een afstudeerkandidaat te zoeken, om ons bij de opzet van het project te ondersteunen. Dat is gelukkig gelukt. Deze student heeft getracht de vele ideeën en wensen, die binnen de overleggroep van diëtisten in Breda leefden, te ordenen en om te zetten in concrete plannen. Daaruit is uiteindelijk het ontwerp voor de infostand met bijbehorend draaiboek voortgekomen. Een geweldig resultaat na maanden keihard werken.



De informatiestand werd druk bezocht.

Wij vinden het daarom erg leuk, dat Linda Navis (de studente) hier nu aanwezig is, om het resultaat in de praktijk te zien.

Maar er is meer....

We hebben het niet alleen bij de informatiestand gelaten. Deze week zullen de bezoekers van het restaurant kunnen zien, hoeveel vet er zit in veel gebruikte tussendoortjes en snelle maaltijden, zoals gebak, snacks, en Big Mac's. Uiteraard zullen er ook magere of minder vette alternatieven gegeven worden. Daarnaast kunnen 50 bezoekers van het restaurant gedurende 4 dagen hun zojuist genuttigde maaltijd laten berekenen en vergelijken met een goede voeding. Voor de patiënten zijn deze week de snacks, die bij de avondmaaltijd gegeven worden, vervangen door minder vette hapjes.

Tevens krijgen zij nu, op dit moment, een folder, die wij gemaakt hebben in het kader van dit project. Rest mij nog de directie te bedanken voor de mogelijkheid dit project uit te voeren en dhr. Demarbaix voor zijn hulp bij het maken van de posters en de stand. Dhr. Vos, een cliënt van ons, zal nu door het spelen van het speciale elektro-spel, de stand openen.



F. Groot, anesthesist

Evaluatie door crash-team en medisch coördinator van GGD Breda

'REDDING VAN SLACHTOFFERS VERKEERSRAMP OP RIJKSWEG A16 VERLIEP VOORBEELDIG'

Op de ochtend van de zesde november van het vorig jaar wordt bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst om even voor halftien melding gedaan van een ernstig verkeersongeluk. In plotselinge dichte mist zouden op de A16 bij Breda tientallen auto's en vrachtwagens op elkaar zijn gebotst. Later zou blijken dat er 77 auto's en vrachtauto's bij het ongeval zijn betrokken. Gevolg: acht doden en 28 zwaar gewonden.

GGD-arts J. de Laat is om 9:42 ter plaatse. Volgens de al aanwezige ambulance-verpleegkundigen betreft het een grootschalig ongeval. Aan de Centrale Post Ambulance-voervoer (CPA) wordt per draadloze verbinding gevraagd om het crash-team van het Ignatius Ziekenhuis te waarschuwen omdat er ook beknelde slachtoffers zijn. Er worden in totaal elf wagens ingezet. Na de aankomst van de derde wagen is de weg onbegaanbaar door verkeersopstoppen. De toegang tot de plaats van het ongeval verloopt daarna via een parallelweg, via de afslag Etten-Leur, tegen de rijrichting in.

De Laat beschrijft het ongeval als volgt: Het ongeval speelde zich af op twee rijbanen, de oostelijke en de westelijke. Inspectie gaf te zien dat zich op de westelijke baan naast drie overledenen, enkele licht beknelde, direct af te voeren slachtoffers bevonden. Op het oostelijke baanvak waren meer en ernstiger, ook beknelde slachtoffers.

■ Hulpverlening

Om 9:45 wordt het eerste slachtoffer afgevoerd naar Ziekenhuis De Baronie (locatie Langendijk), wat het dichtstbijzijnde ziekenhuis is. Op dat tijdstip vertrekt ook het crash-team uit het Ignatius Ziekenhuis. LOTT kleding, jacks en broeken, hechtsets en

geneesmiddelen zijn dan al aan boord van een ambulance gebracht. Tien minuten later is het crash-team, bestaande uit anesthesist F. Groot, chirurg dr. R. Krause, een verpleegkundige van de acute hulp M. Emmelot en een anesthesie verpleegkundige A. Lammers, ter plaatse. De redding is dan in volle gang. Alle ernstige slachtoffers hebben verpleegkundige begeleiding van de GGD. Medisch coördinator de Laat, reeds op de hoogte van de totale omvang van het ongeval, wijst het crash-team waar ze moeten handelen. Eerst worden nog enkele infusen aangelegd. Waar nodig richt men zich vooral op pijnbestrijding of het toedienen van narcose om ingeklemde slachtoffers te bevrijden. Om 10:00 zijn er totaal vijf patiënten afgevoerd, om 10:15 twee meer en om 10:30 zijn er in totaal zestien vervoerd. Zes daarvan worden naar de acute hulp van het Ignatius Ziekenhuis gebracht. Daar zijn drie chirurgen en een anesthesist aan het werk. De poortarts behandelt de lichtere ongevallen en de lopende zaken. Om 11:25 is het duidelijk dat de patiënt die als tweede is binnengekomen, met spoed moet worden geopereerd. De operaties van het ochtendprogramma gaan nog steeds gewoon door. Om 11:30 is het crash-team met anesthesist Groot weer terug, dus is er ruimte om een extra operatiekamer open te maken.

■ Werk op maat

Het crash-team en GGD-arts de Laat hielden daags na het ongeval een evaluatie over de gang van zaken. Conclusie: de redding verliep voorbeeldig. De omstandigheden hielpen echter een handje mee. Door het aantal patiënten, de aard van hun verwondingen, het tijdstip waarop het ongeval plaatsvond, het mooie weer en de optimale beschikbaarheid kon de hulpverlening soepel verlopen. Belangrijke punten waren verder: het belang van een goede communicatie tussen de hulpverleners ter plaatse en die in het ziekenhuis. Iedereen moet immers optimaal geïnformeerd zijn om werk op maat te kunnen leveren. Dr. Krause prees de Laat voor het feit dat hij de samenwerking van de verschillende hulpdiensten op de juiste wijze wist te benutten en dat hij al een triage (sorteren van patiënten naar urgentie) had gedaan voordat het team arriveerde. Het hierboven beschreven ongeval laat zien hoe groot de behoefte is aan ondersteuning van de ambulance-hulpverlening door crash-teams uit de regio. De teams kunnen ook worden ingezet bij beknellingen in een liftschacht of bouwput, brand in openbare gelegenheden en grootschalige rampen in vredes-tijd. Het Ignatius Ziekenhuis heeft zich onlangs ook bereid verklaard één crash-team te leveren en bedden af te staan voor eventuele oorlogsslachtoffers, als het Ministerie van WVC daar om vraagt. Overigens hoeft het Ignatius niet meteen 'oorlogsklaar' te zijn; er zijn negentien andere ziekenhuizen aangewezen die als eerste bedden beschikbaar moeten stellen. Hoeveel patiënten het Ignatius Ziekenhuis kan opvangen, is nu nog niet bekend. Het Ignatius Ziekenhuis is één van de dertig ziekenhuizen die zijn aangesloten bij De Landelijke Organisatie Trauma Teams (LOTT). De organisatie bestaat sinds 1982. De bedoeling van deze organisatie is door samenwerking aanvullende voorzieningen tot stand te brengen, om ter plaatse te kunnen beginnen met medische of medisch-specialistische hulpverlening bij grootschalige rampen en ongevallen. Door deze vroegtijdige behandelingen hoopt men levens te kunnen redden en de graad van rest-invaliditeit bij de slachtoffers te verminderen. Vanaf 1989 werd tussen de veertig en vijftig keer een beroep gedaan op een crash-team. Voor 1990 gold hetzelfde aantal inzetten. Het systeem heeft de verstandhouding tussen ambulance-hulpverleners, brandweer en politie enerzijds en ziekenhuizen, medisch specialisten en verpleegkundigen van de acute hulpdiensten anderzijds meer inhoud gegeven.



A. Lammers, anesthesie verpleegkundige



M. Emmelot, verpleegkundige acute hulp



Dr. R. Krause, chirurg

Werkgroep Kunst kiest voor warmte en gevoel

VEEL AANDACHT VOOR KUNST IN DE NIEUWBOUW

In de zes jaar van haar bestaan heeft de **Werkgroep Kunst** de basis gelegd voor de artistieke aankleding van het nieuwe **Ignatius Ziekenhuis**. De werkgroep boog zich over de zogenaamde monumentale kunst die in de centrale hal en buiten voor het nieuwe gebouw komt, de 'platte' kunst langs de wanden van de gangen en wachtkamers en - als dat mogelijk is - beeldende kunst voor de tuinen en andere geschikte ruimten. **MEDIATOR** sprak uitgebreid met de secretaris van de Werkgroep Kunst, de heer **Hans Schreuder**.

'In eerste opzet werd de Werkgroep Kunst samengesteld uit mensen die belangstelling hadden voor kunst,' aldus Hans Schreuder. 'Daarnaast was er echter ook een externe deskundige nodig en die hebben we gevonden in de persoon van Thérèse Legierse, kunstadviseuse van de gemeente Breda.'



Kunstenares Marijke de Goey

Op haar advies werd een begin gemaakt met het opstellen van het zogenaamde 'stippenplan'. Aan de hand van de bouw-

tekeningen werd gekeken wat de beste plaatsen zijn voor een schilderij of een beeld. Om zicht te krijgen op de hoeveelheid geld die we moesten hebben werd een begroting gemaakt van de kosten. Voor de monumentale kunst (kunst die aan de architectuur van het nieuwe ziekenhuis gebonden is) in de centrale hal en buiten bij de entree werd de kunstenaar Marijke de Goey aangetrokken. Zij ontwierp de gekruiste naalden, bij velen al bekend van afbeeldingen van de nieuwbouw. De naalden buiten verwijzen naar die in de centrale hal.'

De huidige Werkgroep Kunst is samengesteld uit de volgende leden:

Dr. J. Bol (gynaecoloog), Ir. F. Donders (directeur-bouwzaken), Mr. E. Flekens (Bestuur Ignatius Ziekenhuis), Drs. W. Goslings (radioloog), Mevr. A. Janssen (OK-verpleegkundige), Mevr. R. de Monte (secretaresse werkgroep), Mevr. A. Overkamp (kunst-historica), en de heer H. Schreuder (org. technisch medewerker), secretaris en oprichter van de werkgroep. Voorzitter is mevr. A. Overkamp.

'Vanaf september vorig jaar bezoeken we in de avonden samen met kunstadviseuse Thérèse Legierse diverse kunstenaars en galeriën. Vóór die tijd moesten de werkgroep-leden ieder kiezen uit een hele hoop documentatiemateriaal. We hebben toen het principe toegepast: de meeste stemmen gelden. Nu gaan we dus kijken naar het uitgekozen werk, praten erover en beslissen uiteindelijk of we het aankopen. We bekijken natuurlijk ook of het past in een bepaalde ruimte.'

■ Eigen collectie

De Werkgroep Kunst heeft voor de aankleding van de nieuwbouw geen bepaald

thema. Het uitgangspunt is: warmte en gevoel brengen in het efficiënte ziekenhuisleven. Een ziekenhuis is tenslotte een menselijk bedrijf. Daarom is ook gekozen voor figuratieve kunst, dus kunst met een herkenbaar onderwerp. 'Een ziekenhuis is een algemeen gebouw met een gemiddeld aantal bezoekers. Daar moet je rekening mee houden. De meeste werkgroepleden vonden figuratieve kunst ook het mooist. We hebben nu een kleine veertig kunstwerken aangeschaft. In totaal moeten het er zo'n tachtig worden. Het is de bedoeling om met de eerste aankopen voor de nieuwbouw een begin te maken met een eigen collectie.'

De Werkgroep Kunst realiseert zich dat de financiële mogelijkheden beperkt zijn. Hans Schreuder daarover: 'Gewoonlijk kunnen ziekenhuizen voor het aankopen van kunst gebruik maken van de zogenaamde éénprocent-regeling voor overheidsgebouwen. Dat houdt in dat ongeveer één procent van de bouwkosten besteed dient te worden aan de artistieke aankleding van een openbaar gebouw. Het Ignatius Ziekenhuis is een stichting en kan als zodanig dus geen aanspraak maken op de éénprocent-regeling. De financiële basis voor de aankleding van het nieuwe ziekenhuis werd gevormd door Het Praktijkbureau Beeldende Kunstopdrachten van het ministerie van WVC. In samenspraak met dat bureau werd de monumentale kunst aangekocht. Dankzij giften van ondermeer de medische staf en de sponsorwereld (er werden brochures verspreid onder de leveranciers van het ziekenhuis) hadden we een aardig startkapitaal; drie en een halve ton. Ons uitgangspunt was echter zes ton. De sponsoractie loopt nog steeds. De deelname wordt gehonoreerd in overleg: naamsvor-

melding bij de afzonderlijke aankopen, vernoeming van een bepaald gedeelte van het ziekenhuis, exposities onder naam, vermelding in de catalogus, etcetera. Zodra de eerste uitgave van de kunst-catalogus is verschenen, kan deze door patiënten worden gekocht. In de toekomst verschijnen er misschien ook ansichtkaarten van de kunstcollectie. We zijn ook erg blij dat de directie bij het afstoten van de artotheekcollectie in 1989 heeft toegezegd dat we het daarvoor bestemde geld mochten gebruiken voor kunst in de nieuwbouw,' blikt Hans Schreuder terug. Wat er met de kunst in de oudbouw, zoals de monumentale glas-in-loodramen en de met bladgoud belegde oorkonde geschenken door de norbertinessen van Catharinadal in Oosterhout, gaat gebeuren, is nog niet bekend. Wat betreft de ruimten van de medewerkers: in de nieuwbouw moeten zij hun kantoren zelf aankleden. Ook in de patiëntenkamers zal voorlopig geen kunst komen te hangen, gezien de huidige financiële situatie. Een beslissing die ook is genomen vanwege het feit dat patiënten tegenwoordig steeds minder tijd in bed doorbrengen en meer mogen rondlopen. 'Zij zullen overal kunstwerken aantreffen, vooral bij de doorgaande routes,' verzekert Schreuder.

■ Smaken

De secretaris van de Werkgroep Kunst realiseert zich dat er over smaak niet te twisten valt. Ook binnen de werkgroep zijn de neuzen niet altijd dezelfde kant op gericht. Hans Schreuder: 'Wij maken ons als werkgroep geen enkele illusie dat we het iedereen naar de zin kunnen maken. Daarom maken we de groep ook niet te groot, anders is het helemaal moeilijk een keuze te maken. In de nieuwbouw zullen we de nodige aandacht aan kunst blijven besteden. We willen een dynamische collectie opbouwen. Daarbij kiezen we voor kwaliteit, niet voor kwantiteit.'

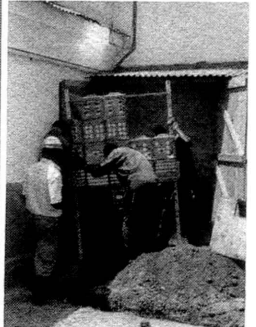
uit Nederland is de afhankelijkheid van het regenseizoen sterk verminderd, door het slaan van een dieptebrom.

We kunnen stellen dat indien er elektriciteit beschikbaar is voor het oppompen, de watervoorziening goed in orde is. De elektriciteitsvoorziening is echter zeer kwetsbaar. Als er al voldoende dieselolie beschikbaar is, is de capaciteit van de twee generatoren nauwelijks toereikend om aan de behoefte te voldoen. Bovendien zijn elektrische installatie, schakelkasten en bedradingen in het ziekenhuis zeer onvolledig. Door deskundigen wordt de situatie als zeer gevaarlijk beschreven.

De Nederlandse medefinancieringsorganisatie CEBEMO is volop bezig om het eerste knelpunt op te lossen. Er wordt hard gewerkt aan de

bouw van een waterkrachtcentrale.

Een initiatiefgroep in Breda werkt samen met de Stichting Ontwikkelingssamenwerking Breda, het bedrijfsleven, de zusters franciscanessen en een aantal gezondheidsinstellingen. Deze hebben op zich genomen om het tweede knelpunt op te lossen, namelijk de installatie van een elektriciteitsnet. De opdracht is reeds verleend aan de Elektrotechnische Werkgemeenschap (ETW) in Breda. Dit is een onderneming die is opgericht door oud-medewerkers van het bedrijf Elektron (Backer en Rueb), die veel pionierswerk heeft verricht. Hoofdverdeelkasten staan klaar voor verzending, de PNEM heeft gratis de kabels ter beschikking gesteld en met de uitvoering ter plaatse zal dit jaar nog worden begonnen.



De hoofdverdeelkasten worden geïnstalleerd

Haast is geboden om twee redenen.

- Ten eerste in verband met de veiligheid van patiënten en personeel.
- Ten tweede omdat er plannen zijn om dit jaar het Rubya-Ziekenhuis te verzelfstandigen, op een wijze zoals dit ook in West-Brabant heeft plaatsgevonden.

De drie nog aanwezige zusters, die een belangrijke rol hebben gespeeld in de ontwikkeling van het ziekenhuis in Rubya, komen in mei terug naar Nederland. Het is hun hartwens om deze overdracht in alle opzichten goed te doen slagen. Een deel van hun zorg, de verbetering en vernieuwing van de elektrische installatie in het ziekenhuis heeft de initiatiefgroep overgenomen. Wij voelden ons hiertoe verplicht.

Onze steun nu en in de nabije toekomst is hierbij onontbeerlijk. Daarom is en blijft Breda solidair met het Rubya-hospitaal.

Ter afsluiting van een informatie-periode over het Rubya Ziekenhuis treedt op in de aula van het Ignatius Ziekenhuis op 11 april a.s. om 20.00 uur

de Zambiaanse Theatergroep

TRIPLE M'T

Een Bredaas ziekenhuis in Tanzania HET RUBYA ZIEKENHUIS

Ongeveer 1500 m. boven de zeespiegel met aan de horizon het Victoria-meer ligt het plaatsje Rubya.

■ In 1956 arriveerden daar de eerste drie zusters van de congregatie Zusters Franciscanessen Alles voor Allen uit Breda. Ze werden ontvangen door Mr. Andrew Kato, die aldaar een groot aantal medische handelingen verrichtte. Men had een accommodatie voor nauwelijks 7 patiënten! Tussen 1957 en 1983 werd er drijftig gebouwd en uitgebreid.

Onlangs deze groei in en om het ziekenhuis werd de werksituatie bemoeilijkt door de steeds slechter wordende economie van het land. Soms waren er geen medicamenten, vaak ook geen suiker, of zout en een nijpend tekort aan zeep. Een onverantwoordelijke situatie ontstond door gebrek aan brandstof, waardoor de generator voor opwekking van



De PNEM heeft kabels ter beschikking gesteld.

elektriciteit dagen stilstond; bovendien was de installatie levensgevaarlijk door slechte bedrading. Daar moest iets aan worden gedaan!

Naast curatieve zorg wordt ook veel aandacht besteed aan preventie. De toenemende stroom aidspatiënten maakt een goed toegerust ziekenhuis meer dan ooit onmisbaar. Het aantal mensen dat zich aanmeldt voor behandeling neemt jaarlijks toe met 60%. Geschat wordt dat 10% van de bevolking sero-positief is. Het behoeft geen betoog, dat aan hygiëne in een ziekenhuis de hoogste prioriteit moet worden toegekend. Schoon water en elektriciteit zijn de eerste voorwaarden om daar aan te voldoen. Aanvankelijk was men aangewezen op regenwater, dat verzameld werd in reservoirs tijdens de regenperiode. Mede door hulp