

MEDISCH CONTACT

Nummer 4 – 26 januari – 45e jaargang

De palliatieve zorgverlening heeft ook in ons land een grote ontwikkeling doorgemaakt. Onder andere in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen zijn op dit vlak indrukwekkende initiatieven genomen. De directeur medische zaken van deze instelling, Drs. M. C. G. Verstege, pleit ervoor de palliatieve zorg definitief uit de marginale sfeer te halen.

Psychologische hulpverlening in de eerste lijn is een nuttig alternatief voor de behandeling van patiënten bij wie de huisarts grote twijfels heeft over de somatische aard van de klachten. Dit is een van de uitkomsten van een onderzoek dat was opgezet door de vakgroep Huisartsgeneeskunde in Leiden.

Een ander onderzoek werpt licht op de speciale beleving van patiënten met psychosociale problemen. Een ander onderzoek, uit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, werpt licht op de speciale beleving van patiënten met psychosociale problemen. De onderzoekers wijzen erop hoe belangrijk het is daar tijdens het consult aandacht voor te hebben.

De kennis van de rol van gedragsfactoren bij lichamelijke aandoeningen en vooral de verandering van deze factoren is niet alleen van belang bij interventie, maar vooral ook bij voorlichting en preventie. Een stap in de goede richting noemt Prof. Dr. E. C. Klip, hoogleraar medische psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen, de oprichting van een Nederlandse Behavioral Medicine Federatie.

De CARA-patiënt heeft te maken met een groot aantal hulpverleners, van wie een aantal in dienst is van kruisorganisaties. Welke taken het kruiswerk heeft op het gebied van de extramurale CARA-zorg wordt uiteengezet door H. W. M. Plagge, stafarts bij de Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland.

Diagnostiek met behulp van magnetische resonantie (MR-imaging) kan de computertomografie (CT) voor een groot deel vervangen. Paradoxaal genoeg zien we dat er en masse CT-machines worden aangeschaft, terwijl het kopen van MRI-apparatuur aan banden is gelegd. Een neuroradioloog verbaast zich en doet aan patroonherkenning.

INHOUD

Palliatieve zorg. Een pleidooi voor verbetering

Drs. M. C. G. Verstege - 109

De eerstelijnspsycholoog in de praktijk

G. A. Lamers c.s. - 113

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk

R. Grol c.s. - 115

Interventiemogelijkheden van 'behavioral medicine'

Prof. Dr. E. C. Klip - 117

Stottertherapie en gedragsgeneeskunde

Prof. Dr. P. H. Damsté - 120

Patiënten met CARA in de eerste lijn. Niet alleen een zorg voor medici!

H. W. M. Plagge - 123

Kwaliteitsbewaking en -bevordering in de nucleaire geneeskunde

Prof. Dr. F. H. M. Corstens en Drs. W. C. A. M. Buijs - 126

Van CT naar MRI: l'histoire se répète

L. M. Vencken - 129

N ENGL J MED/LANCET/BR MED J:

Roken en lichaamsgewicht - 131 Invloed van de arts op het percentage keizersneden - 133

Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege. Verklaring in echtscheidingsprocedure: over de medische schreef - 135

Colofon 102 - Colofon officieel 102 - Hoofdredactioneel commentaar 103 - Voorzitterskolom KNMG/LVSG 104 - Brieven 105 - Dagboek 112 - Praktijkperikel 128 - AIJWS 130 - Officieel 136

Medisch Contact is het weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Bestuur Medisch Contact

Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter
R. Bekendam, secretaris
Wipstrikerallee 115, 8023 DX Zwolle
Mw. G. A. E. Kreek-Weis
Dr. H. W. M. Anten
Dr. R. J. E. A. Höppener

Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris
Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. M. Suijker, redactiemedewerkster
R. A. te Velde, eindredacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823384

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoording verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 144,35 (inclusief BTW); overige landen f 254,25

Administratie: Wegener Tijl Tijdschriften Groep BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230, fax 020-170377.

Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Opgave:

Wegener Tijl Tijdschriften Groep BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Geldend advertentietarief: januari 1990.

Druk: Tijl Offset Zwolle

Bij de voorplaat:

'A l'Hôpital de Notre Dame du Perpétuel Bon Secours' (1903) van Jean Geoffroy (1853-1924).
Musée de l'Assistance Publique de Paris.

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht, telefoon 030-823911.
Postgironummer 58083-AMRO banknummer 45 64 48 969.
KNMG-informatielijn 030-823339; KNMG-antwoordapparaat 030-823201; telefax 030-823326.

Dagelijks bestuur

W. H. Cense, voorzitter, P. B. L. Attema en Dr. M. van Leeuwen, ondervoorzitters, Th. J. M. Beyerinck en J. J. van IJssel...

Secretariaat

Th. M. G. van Berkestijn, secretaris-generaal; Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretaris; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De afdelingen Ledenbemiddeling, Comptabiliteit, Ledenadministratie, Centrale Verwerking, Buitenland en de Commissies Doktersassistenten en Geneeskundige Verklaringen.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Adres: Australiëlaan 16 a-b, 3526 AB Utrecht.
Postbus 20056, 3502 LB Utrecht.
Telefoon: 030-813713.
Drs. Chr. R. J. Laffré, directeur; Mw. G. J. M. Venneman, informaticus.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek en Drs. H. Willems, directie.

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mr. A. W. J. M. van Bolderen, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

Mw. Mr. H. M. H. de Bruijn-Van Beek, directeur; Mw. J. A. van Walderveen-van der Louw, secretaresse.

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC)

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. C. S. de Jong, secretaresse.

College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde (CHVG)

A. L. J. E. Martens, arts, secretaris; Mw. C. S. de Jong, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. J. A. van Wijk, secretaris; Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur.

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. D. Hennevelt-Wolters, secretaresse. Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC)

L. G. Oltmans, secretaris HVRC; N. F. de Pijper, secretaris VA; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Bibliotheek

Prof. Dr. D. de Moulin, bibliothecaris, p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

E. Iwema Bakker, voorzitter; bureau-adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

De besturen van de KNMG en haar organen zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het officieel gedeelte en de berichtgeving vanuit de verenigingen.

Psychosociale hulp door de huisarts

Op de aandacht die huisartsen in de jaren zestig en zeventig schonken aan psychosociale problemen van patiënten en samenwerking binnen de eerste lijn is in de jaren tachtig een reactie gekomen. Zowel in het wetenschappelijk onderzoek als in het dagelijks handelen zijn huisartsen zich meer gaan oriënteren op somatische problemen en op de samenwerking met de specialist. Voor de geloofwaardigheid van de huisarts als medisch deskundige op een breed somatisch terrein was deze ontwikkeling broodnodig. Een patiënt die met een lichamelijke klacht bij zijn dokter komt, mag erop rekenen dat de arts aan deze klacht serieus aandacht besteedt en door anamnese, lichamenlijk en eventueel aanvullend onderzoek nagaat of de klacht door een ziekte of aandoening wordt veroorzaakt. Pas als mensen vertrouwen hebben in het oordeel van hun arts, zullen ze hem geloven als zijn conclusie is dat er géén aanwijzingen zijn voor een lichamelijke afwijking of dat naar zijn oordeel psychosociale problemen bijdragen aan het ontstaan of in stand houden van het klachtenpatroon.

Nu de huisartsen weer meer belangstelling tonen voor 'de somatiek', moet ervoor worden gewaakt dat de mogelijkheden die juist deze beroepsgroep heeft mensen meer inzicht te geven in de (signaal)functie van lichamelijke verschijnselen en ze te helpen psychosociale problemen te hanteren, niet uit het oog worden verloren. De grootste troef van de huisarts is immers dat hij uitdrukkelijk in de positie verkeert om een geïntegreerde zorg te bieden.

Een belangrijk motief voor deze geïntegreerde zorg is het gegeven dat psychosociale problemen zich in velerlei gedaanten en in een mix met somatische problemen manifesteren. In dit nummer van MC (zie blz. 115) melden Grol e.a. dat van een geëquipeerde groep mensen die net een bezoek aan de huisarts had gebracht, 6% zelf al spontaan aangaf dat zijn probleem op psychisch of sociaal terrein lag. Deze mensen vonden het niet nodig hun probleem in een somatische klacht te verpakken. Het percentage patiënten bij wie psychosociale problemen min of meer een rol spelen is echter veel groter; Bensing schat zelfs dat huisartsen 71% van de tijd die is bestemd voor patiëntenzorg besteden aan problematiek met een duidelijke psychosociale component (zie bijdrage Klip op blz. 117).

De huisarts verkeert voor wat betreft zijn taak ten opzichte van psychosociale problematiek in een lastig dilemma. Ener-

zijds speelt deze problematiek een grote rol bij de aangeboden klachten, maar anderzijds ligt zijn expertise vooral op somatisch terrein, kost het veel tijd om serieus aandacht te besteden aan psychosociale problematiek en zijn veel van deze problemen niet zo gemakkelijk oplosbaar. De conclusie dat de huisarts psychosociale problematiek aan anderen moet overlaten, is niet realistisch. Als een huisarts immers tegen zijn patiënt zou zeggen: 'Ik heb u onderzocht en ik kan op lichamenlijk gebied niets vinden', zonder dat hij probeert psychosociale factoren bij de verklaring voor de klacht te betrekken, dan is dit voor een patiënt uiterst onbevredigend en zal de laatste proberen bij een andere medicus voor zijn klacht wél gehoor en een verklaring te vinden. De huisarts is dus wel genoodzaakt actief aandacht te besteden aan psychosociale problematiek.

Dr. C. Spreeuwenberg

Betreft het een nieuwe klacht, dan kan snel en adequaat verband leggen tussen de klacht en het achterliggende psychosociale probleem voorkómen dat de zaak vast gaat zitten en de patiënt het verband niet meer ervaart. In een aantal gevallen heeft de diagnose al een therapeutisch effect en is het voldoende als de patiënt zich het verband tussen klacht en probleem bewust wordt; niet zelden draagt zo'n inzicht ertoe bij dat de patiënt de volgende keer de klacht tijdig als signaal opvat en vervolgens zelf een actieve probleemoplossing ter hand neemt.

Veel moeilijker wordt het als er een chronisch klaaggedrag is ontstaan. Dan is vaak een veel intensievere interventie nodig. De huisarts is wel genoodzaakt pragmatisch te werk te gaan. Niet ieder psychosociaal probleem is oplosbaar en niet altijd is het zinvol de klagende patiënt op zijn achterliggende problematiek te wijzen; bovendien heeft de patiënt ook een eigen verantwoordelijkheid. Als het echter de algemene gedragslijn van een huisarts is zich tot symptoombestrijding te beperken en het achterliggende probleem te laten liggen, dan laat hij te veel kansen liggen. Dat symptoombestrijding nog steeds veel voorkomt blijkt wel uit het door Klip genoemde onderzoek van Sietsma; op de vraag: 'Ik voel me de laatste tijd erg gespannen. Ik weet hoe het komt en dat ik het zelf zal moeten oplossen. Het slapen gaat slecht; heeft u

daar wat voor?', reageerde 61% van de hiernaar gevraagde huisartsen met het voorschrijven van slaapmiddelen, terwijl 81% van Sietsma's patiënten vond dat een persoonlijk gesprek de voorkeur verdiende.

Uit het 'Basistakenpakket' volgt dat de huisarts moet openstaan voor psychosociale problematiek. Bedoeld wordt, dat hij bij nieuwe klachten let op de invloed van mogelijke psychosociale factoren en dat hij in zijn diagnostiek zó te werk gaat dat de patiënt zelf inziet wat het werkelijke probleem is. Of de huisarts vervolgens ook zelf psychosociale problematiek moet behandelen, hangt af van zijn eigen belangstelling, taakopvatting en de aard en de ernst van het probleem. In ieder geval moet de huisarts in staat zijn een patiënt te motiveren om voor zijn psychosociale problemen hulp te zoeken.

In een aantal gevallen kán de huisarts de patiënt zelf helpen het probleem te hanteleren, maar dikwijls is de huisarts helemaal niet vanzelfsprekend de meest aangewezen hulpverlener. Immers, mensen zien de huisartspraktijk vaak als een 'vrijplaats', waar ze risicoloos hun problemen kunnen vertellen zonder dat er wordt doorgevraagd of zonder dat ze met hun eigen gedrag worden geconfronteerd. Als confrontatie nodig is, kan de huisarts de patiënt beter naar een gespecialiseerde hulpverlener doorverwijzen. Voor intensieve psychotherapie of relatietherapie komt hiervoor al gauw het RIAGG in aanmerking. Ten aanzien van een groot aantal psychosociale problemen kan echter worden volstaan met een veel pragmatischer aanpak.

In zijn oratie zei de nieuwe hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit, Van Eyk, dat de dubbele vergrijzing het noodzakelijk maakt dat de huisarts zijn aandacht de komende jaren gaat verleggen van patiënten met vage klachten en psychosociale problemen naar de chronisch zieken. Wellicht kan inschakeling van eerstelijnspsychologen de huisartsen ontlasten van hun behandelende taak¹; voor wat betreft de diagnostiek van vage klachten en het motiveren voor psychosociale hulp zie ik voorlopig nog geen vervanger van de huisarts aan de horizon verschijnen. □

1. Spreeuwenberg C. Psychologen in de eerste lijn. Medisch Contact 1989; 44: 903.

LSV: ruime steun voor akkoord

Het LSV-bestuur heeft donderdagavond 18 januari ruime steun gekregen voor het onderhandelingsresultaat van het Vijf-partijenakkoord.

Met de totstandkoming van dit akkoord tussen de drie organisaties van verzekeraars (KLOZ, KPZ en VNZ), de Nationale Ziekenhuisraad en de LSV is naar het zich laat aanzien een einde gekomen aan een decennium van gekissebis over zaken als de ambtenaar met wie de specialist kan worden vergeleken en de vergoeding van praktijkkosten. De aankondiging in 1980 van de regering, dat de de specialisteninkomens met gemiddeld f 80.000 zouden worden gekort, was het begin van getouwtrek, juridische procedures, acties, beschuldigingen en onfrisse beeldvorming. Over het in 1984 tot stand gekomen Generaal Akkoord ontstonden al snel problemen, omdat de bewindslieden zich om inkomenspolitieke redenen niets wilden aantrekken van de conclusies van beroeps- en scheidscommissies. Veel te lang heeft dit gekibbel de aandacht afgehouden van inhoudelijke ontwikkelingen in de zorgverlening en van de toetsing en verbetering van kwaliteit.

Aangenomen dat de betrokken bewindslieden en het COTG de conclusies van het akkoord overnemen, is daarmee de in de zogeheten 7 oktober (1988)-maatregel aangekondigde drastische en ongenueanceerde reductie van de inkomens van alle medische specialisten van de baan.

Het sterke punt van dit akkoord is, dat het zich niet beperkt tot de tarieven, maar dat het een aantal knelpunten in de specialistische hulpverlening in één overeenkomst regelt.

Het is aan een onderhandelingsresultaat eigen dat de lusten en lasten zó over elke partij zijn verdeeld dat iedereen met de gevonden oplossing kan leven. Het komt me voor dat de LSV over de balans van lust en last niet ontevreden behoeft te zijn. Laat ik – zonder compleet te zijn – een aantal punten van de overeenkomst nog eens langslopen.

Met dit akkoord wordt het macro-budget voor de specialistische hulpverlening geïntroduceerd. Ik zie nu in waarom LSV-voorzitter Plasmans op onze reis naar de VS en Canada zo geïnteresseerd was in het Canadese systeem van een per provincie afgesproken macrosysteem voor de medische beroepsbeoefenaren. Een macro-budget heeft voor- en nadelen. Eén van de voordelen

is, dat het een goede prikkel tot doelmatigheid kan zijn. Een in het oog springend nadeel is, dat het niet gunstig uitpakt voor het uitbreiden van het aantal nieuwe collegae; iedereen eet immers uit één ruif.

Heel goed is, dat de inspanning van de specialist en de honorering evenwichtiger met elkaar in verband worden gebracht. Natuurlijk is dat voor de specialisten die jarenlang boven de streep hebben gezeten een niet gemakkelijk te verteren zaak. Hoe goed iemand ook verdient, niemand levert graag in. Aan de andere kant moet een inkomensdaling uit solidariteit met collegae die jaar in, jaar uit beduidend te laag zijn gehonoreerd toch beter te accepteren zijn dan een inkomensdaling op volkomen willekeurige gronden.

Vragen zijn er nog over de herstructurering van de verwijzingskaart. Sinds de commissie-Van Mansvelt wordt er gesproken over de invoering van de advieskaart. Nu wil men naast de jaarkaart een advieskaart c.q. korte behandelkaart en in plaats van het ondoorzichtige systeem van intercollegiale consulten en medebehandelingen één klinische kaart invoeren. Een groot deel van de diagnostische verrichtingen zal in de genoemde advies- en jaar kaarten worden ondergebracht. Deze veranderingen kunnen voor bepaalde groepen specialismen tot onrechtvaardigheden leiden, waarvoor nog oplossingen moeten worden gevonden. De LSV wil met de LHV in onderhandeling treden over de hantering van deze kaarten en over de uitgebreidheid van het pakket dat de huisarts straks in het kader van het te introduceren verrichtingsstelsel afzonderlijk vergoed zal krijgen.

Op de ledenvergadering is de tweeslag in het tarief – de afspraak dat specialisten die de overeenkomst met het ziekenfonds, AWBZ-uitvoeringsorgaan dan wel particuliere verzekeraars niet willen tekenen 10% op het tarief worden gekort – door een aantal sprekers bekritiseerd. Een aantal specialisten zou dit onderdeel van de overeenkomst ter toetsing aan de rechter willen voorleggen.

Teneinde het akkoord en de gevolgen voor alle betrokkenen te kunnen evalueren is overeengekomen een gezamenlijk registratiesysteem te creëren, onder verantwoordelijkheid van de vijf partijen. Hoewel over het onderdeel informatieverstrekking nauwelijks is gesproken, hebben ons vragen bereikt over de

privacy-bescherming ten aanzien van patiëntengegevens. Het ziet ernaar uit dat op rekeningen de ontslagdiagnoses moeten worden vermeld. Het komt me voor dat het ook voor het Landelijk Patiënten/Cliënten Platform (LPCP) onverteerbaar is dat administratieve medewerkers van ziekenfondsen en verzekeraars zó gemakkelijk medische gegevens van verzekerden onder ogen kunnen krijgen.

Uiteraard zitten er in de overeenkomst elementen waarvan de gevolgen nog niet helemaal zijn te overzien. Hoe pakt bijvoorbeeld de regel uit dat een specialist geen permissie hoeft te hebben om extramuraal te werken, maar dat hij daarover wel met het ziekenfonds dient te overleggen en dat hij voor de aanschaf van nieuwe apparatuur toestemming van het ziekenfonds nodig heeft? Ik ben ook benieuwd naar het jaarlijkse overleg tussen de medische staven en ziekenhuisdirecties over het medisch beleidsplan en de allocatie van de diverse budgetten. Lukt het de medische staven, ondanks de tegenstrijdige onderlinge belangen zoveel coherentie te vertonen dat zij wat dit betreft als 'countervalue party' kunnen functioneren?

Het is een goede zaak, dat de leden van de LSV hebben begrepen dat het conflict met overheid en ziekenfonds uit de wereld moest worden geholpen en dat men niet op alle onderdelen alleen maar kan scoren. Jammer is, dat een aantal verenigingen van specialismen waarin het meest moet worden ingeleverd tegen het onderhandelingsresultaat heeft gestemd. Het is te hopen dat alle wetenschappelijke verenigingen het volgens democratische regels geaccepteerde besluit zullen respecteren. Immers, het doet het aanzien van de specialismen geen goed als de LSV niet meer zou kunnen optreden als onderhandelaar van alle specialisten. De scheidende voorzitter Plasmans, die zich zowel met betrekking tot de beslechting van dit conflict als met betrekking tot de herstructurering van de KNMG een bewaam onderhandelaar heeft betoond, wil ik met dit resultaat van harte feliciteren. De nieuwe voorzitter Mulder moet dit resultaat waar gaan maken. Hem wens ik toe dat hij de gelegenheid krijgt te werken aan inhoudelijke zorgvernieuwing.

Dr. C. Spreeuwenberg
hoofdredacteur Medisch Contact

Plaatsing van bijdragen in de rubriek 'Brieven' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen worden schrijvers verzocht de lengte van een ingezonden brief tot circa driehonderd woorden te beperken.

DOODSTRAF IN ZUID-AFRIKA

Aan de voorzitter van de Federal Council of the Medical Association of South Africa, Dr. B. Mandell, PO Box 20272, Alkatrant 0005, South Africa, richtten wij het navolgende schrijven:

As members of the Health Watch Group Southern Africa, a working party within the Johannesburg Wier Foundation for Health and Human rights, we are concerned about the application of the death penalty in South Africa. Your country has the third highest rate of judicial killings in the world, and at present about 280 people are in the section of Pretoria Central Prison known as 'death row', awaiting execution. The mental suffering this causes cannot be quantified. Like torture, an execution constitutes an extreme physical and mental assault on a person.

Our position on the death penalty and the role of the medical profession has been conveyed to you in a memorandum in the first half of this year. We were therefore pleased with your statement of 29 August on the death penalty (Citizen 30 August) saying that the medical profession's calling to preserve life stands in contrast to capital punishment.

We would be very interested to be informed on the following issues. Is your position the result of a debate on the death penalty among MASA members? Has there been a discussion on the particular ethical problems it raises for the medical profession (e.g. the presence of doctors at executions or the provision of medical care to prisoners on death row)? Have you adopted any ethical guidelines for doctors with regard to the death penalty? Did you make your position known to the relevant organisations?

Recently we have been informed about the situation of Mrs. Evelina de Bruin, who is held in a separate section in prison as the only woman inmate on death row. She has been convicted and sentenced to death as one of 'the Upington 14'. As you will know the accused were convicted on the doctrine of 'common purpose'.

In October an application for bail was brought on Evelina's behalf on the grounds of her deteriorating psychological condition. Two clinical psychologists testified that she is severely depressed and suffering from loss of appetite, sleeplessness and constant crying. She is receiving drugs to improve her mood and appetite, as well as sleep medication. She is especially anxious about her two youngest children (12 and 13 years) who are not allowed to visit her, being under 16. Her other 9 children live far away, making visits very difficult. Evelina's husband is also on death row as one of 'the Upington 14'. They are only allowed a single



visit of 30 minutes duration once a week. Her depression is made worse by her illiteracy, limiting the opportunity for writing letters and communicating with her family. Most of the day Evelina is doing nothing, as she is also unable to do physical exercise because she suffers from rheumatoid arthritis and ischaemic heart disease. The application for bail was nevertheless refused. Evelina de Bruin continues to sit alone on death row, a 'living dead', awaiting the outcome of her appeal against the conviction, which could take over 18 months before it is heard by the Appellate Division. A campaign has been launched by several human rights organisations within and outside South Africa, including Amnesty International and the Johannes Wier Foundation, to urgently request the South African Government to release Evelina de Bruin on humanitarian grounds. We would therefore most welcome your active support in this case in particular and in the abolition of the death penalty in South Africa in general.

Amersfoort, januari 1990
A. van Es,
A. M. C. Raat,
bestuursleden Johannes Wier Stichting

OOST, WEST, THUIS BEST?

Gezien alle vernieuwingen bij de Oosteuropaanen, vraag ik mij af: zou hier iets zijn te verbeteren waar wij als artsen wat aan kunnen doen? U hebt zich wellicht ook afgevraagd: hoe kon het zo ver komen met mensen die zich aanvankelijk voor de gemeenschap inzetten en uiteindelijk op welstand en macht beluste dictators bleken te zijn? Kritiek werd in de kiem gesmoord. Ten onzent zal het wel niet zo uit de hand lopen, maar toch . . .

We weten allemaal dat grote firma's veel macht hebben. Hoe stellen wij ons, ieder persoonlijk, daartegen op? Het is toch - nog - ongehoord hardop te zeggen dat je wars bent van de reclame van de farmaceutische industrie, het is onkies te zeggen dat je geen borrel wilt die door die industrie wordt aangeboden en geen financiële steun voor een nascholing.

Laten wij ons in de watten of in de luren leggen?, vraag ik me af.

Het is - nog - heel gebruikelijk als medicus goede sier te maken met andermans geld. Wiens geld eigenlijk? Nou ja, onder andere van de ondervoede tuberculosepatiënten in ont-

wikkelingslanden die bij hun familie geld moeten lenen om de medicijnen te kunnen betalen. Ik weet dat ik nu uw hart raak, maar ik weet nog niet hoe ik machtige medische firma's moet motiveren om hun prioriteit te verleggen van bevoorrechte hardwerkende artsen naar achtergestelde hardwerkende armen.

Goes, jaarwisseling 1989/1990
F. Bouman-Siebenga, arts

ZINGEVING EN AFTAKELING

Het artikel 'Zingeving en aftakeling' van Drs. H. A. Kromhout in MC nr. 51-52/1989, blz. 1704, bracht mij onontkoombaar in gedachten terug naar het jaar 1951, toen ik als idealistisch ingesteld, pas afgestudeerd, jong katholiek arts voor de eerste keer in een huisartspraktijk ging waarnemen.

Op dezelfde avond waarop ik in het dorp aankwam, vertrok de collega opgeruimd met vakantie naar Frankrijk, nadat hij mij met een afscheidsdrankje in de hand zijn visiteboekje had overhandigd en de praktijkruimte had laten zien. Een inwonende, bejaarde dienstbode werd als vraagbaak en verzorgster tot mijn beschikking gesteld.

Diezelfde nacht om 3 uur ging de telefoon. Ik werd bij een oude man van 71 jaar geroepen die samenwoonde met zijn zuster. Op de fiets, met het dokterskoffertje in de hand, trok ik nerveus en gespannen het donkere, slapende dorp in. Op geleide van een klein geografisch kaartje vond ik na enig gehaast zoeken het opgegeven adres. De man, die in de woonkamer op bed lag, was niet aanspreekbaar en vertoonde volgens mijn uitgebreid en nauwgezet onderzoek volgens Jordan alle verschijnselen van een zeer ernstige decompensatio cordis. Zijn zuster vertelde mij dat hij vaak hartaanvallen had, maar de laatste dagen zijn voorgeschreven geneesmiddelen (onder andere digitalis) niet had willen innemen. Na het toedienen van onder andere phenobarbital en ouabaine i.v. nam tot mijn tevredenheid en geruststelling de kortademigheid geleidelijk af. Toen ik hem de volgende ochtend na een onrustige nacht bezocht om hem weer ouabaine i.v. te geven, bedankte hij mij voor mijn snelle komst en de effectieve behandeling 's nachts, maar deelde tot mijn schrik, verbazing en ontsteltenis ook op een rustige wijze mede dat hij atheïst was en met zijn huisarts had afgesproken dat deze hem niet meer zou behandelen als hij weer een hartaanval zou krijgen. Hij vond dat zijn tijd om te sterven nu wel was gekomen. Hij wist niet dat zijn huisarts op vakantie zou gaan. Met een milde glimlach rond zijn lippen hoorde hij mij geduldig aan, toen ik hem gespannen en

verslagen met een stortvloed van argumenten probeerde over te halen toch maar een nieuwe ouabaine injectie te laten toedienen. Hij weigerde echter op een zeer rustige, innemende, maar pertinente wijze zowel iedere verdere behandeling als ook de, mijns inziens noodzakelijke, opname in een ziekenhuis. In de daarop volgende dagen confronteerde hij mij in de gesprekken die wij hadden met mijn eigen levens- en wereldbeschouwing van toen en leerde hij mij niet alleen respect te hebben voor zijn wereldbeschouwing, maar ook gespreksvormen te vinden om te kunnen spreken over existentiële problemen. Op de voor de mens van alle tijden steeds weer terugkerende vraag of de wereld van onze menselijke waarneming, de dove, eindige, wanordelijke toevallige, zinloze, lege of een afschaduwing, afdruk, teken, afspiegeling van een luisterende, oneindige, ordelijke, geschapen, zinvolle realiteit is, zal ieder op zijn wijze een antwoord moeten vinden.

De grilligheid van het lot van de mens, lijden en dood en de onbekendheid met de toekomst brengen de mens tot levensbeschouwelijk denken en bewustzijn. Ik vermoed dat artsen, zeker in onze tijd met aandacht voor medisch-ethische vraagstukken, het levensbeschouwelijk aspect wel herkennen, maar er door het niet beschikbaar zijn in onze pluriforme samenleving van gestandaardiseerde gespreksvormen om over existentiële problemen te spreken nogal eens van afzien het aan de orde te stellen.

Goirle, januari 1990
Dr. A. J. Swaak

HULP AAN VREEMDELINGEN EN ZWERVERS

De Centrale RIAGG-Dienst

In MC nr. 51/52, 1989 werd ik getroffen door twee artikelen die beide (deelaspecten van) de medische zorg aan 'bijzondere' patiënten: (illegale) vreemdelingen, (drugverslaafde) zwervers in Amsterdam tot onderwerp hadden^{1 2}; multiple gezondheidsproblemen bij een sterk mobiele en ongewone bevolkingsgroep, zo werd terecht geconcludeerd. Verbazingwekkend was dan ook het feit dat, hoewel er hier en daar wel aan werd gerefereerd, de psychosociale en psychiatrische problematiek bij deze groep 'binnenstadbewoners' mijns inziens onvoldoende werd belicht. Zo werd ook in het geheel geen melding gemaakt van de organisatie *par excellence* die zich nolens volens inzet voor het bieden van (vaak) acute, laagdrempelige, onvoorwaardelijke sociaal-psychiatrische hulp en zorg aan (illegale) vreemdelingen en (drugverslaafde) zwervers in Amsterdam: de Centrale RIAGG-Dienst. Des te opvallender, omdat het juist deze organisatie is die via het 'Centraal Bureau' en de rijdend psychiater regelmatig wordt geconfronteerd met de vaak zeer ernstige psychosociale problematiek van bovengenoemde populatie^{3 4}. Des te opvallender ook, omdat in hetzelfde nummer van Me-

disch Contact Gersons er in zijn ingezonden brief op wijst hoezeer er directe en vaak ook nog later optredende ernstige psychische gevolgen blijken te bestaan bij mensen die geconfronteerd zijn geweest met 'man-made disasters'⁵.

Juist onder (illegale) (zwervende) (drugverslaafde) vreemdelingen blijken zeer velen in het (recente verleden) blootgesteld te zijn geweest aan zeer traumatische gebeurtenissen: oorlogsgeweld, martelingen, vervolgingen. Het onderkennen van (het voorkomen van) deze psychiatrische problematiek is een eerste vereiste voor een ieder die in contact komt met bovengenoemde populatie en dient, teneinde adequate psychosociale en psychiatrische hulp te kunnen bieden, te leiden tot een adequate verwijzing; voor (illegale) vreemdelingen en zwervers dient in dat geval een beroep te worden gedaan op de Centrale RIAGG-Dienst. In het geval van twijfels bij artsen-hulpverleners is het altijd raadzaam de psychiatrisch geschoolde medewerkers van de Centrale RIAGG-Dienst te consulteren.

Ten slotte: te weinig wordt mijns inziens rekening gehouden met het gegeven dat ook drugverslaafde patiënten kunnen lijden aan *behandelbare* psychiatrische aandoeningen. Te weinig, waardoor vaak adequate psychiatrische hulp aan deze categorie patiënten wordt onthouden.

Amsterdam, januari 1990
H. E. Sanders, arts, psychiater in opleiding
Centrale RIAGG-Dienst

Literatuur

1. Baker M, Barnhoorn AM, Deure J van der. Gezondheidszorg voor illegale vreemdelingen in Amsterdam. Medisch Contact 1989; 44: 1687-9.
2. Trignt L van, Kreuger H, Westerman RF, Hull FM. Morbiditeit in samenhang met druggebruik. Medisch Contact 1989; 44: 1689-91.
3. Leeuwen HD van. De voorbijgaande patiënten van het Centraal Bureau. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid nr 3-1989.
4. Jonkers F. De rijdende psychiater. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam. 1988.
5. Gersons BPR. Psychische gevolgen van rampen. Medisch Contact 1989; 4: 1677 (Brieven).

DIOXINES IN MOEDERMELK

In onze brief in MC nr. 38/1989, blz. 1206, vroegen wij, provocerend, welk advies wij moeten geven met betrekking tot borstvoeding. Deze brief was een reactie op de brief van de hoofdinspecteur van de Volksgezondheid over verontreiniging van moedermelk met dioxines. Wij zijn het niet met zijn conclusies en adviezen eens om de volgende redenen:

- Dioxine (lees: dioxine en daaraan verwante stoffen) wordt algemeen beschouwd als een zeer giftige stof (hoewel niet exact bekend is wat de effecten op de mens zijn bij langdurige blootstelling). Er zijn daarom normen opgesteld voor ingestie van dioxine en - daarmee

samenhangend - voor de hoeveelheid die in zuivel aanwezig mag zijn. In alle literatuur wordt vermeld, dat over het effect van eventuele cumulatieve toxiciteit van diverse 'vreemde' stoffen in het milieu geen gegevens beschikbaar zijn en dat dit effect daarom maar buiten beschouwing wordt gelaten. Geheel in strijd met deze gegevens is de conclusie van de hoofdinspecteur, dat er voorlopig van moet worden uitgegaan dat de dioxinegehalten in moedermelk niet schadelijk zijn, hoewel ze de maximaal toegestane waarden in koemelk sterk overschrijden. Moedermelk zou volgens de geldende normen uit de handel moeten worden genomen!

- Daarbij komt, dat zuigelingen per kilogram lichaamsgewicht veel meer melk consumeren dan volwassenen (zie onze berekening in MC nr. 38). Er zijn bovendien in Nederland nogal wat moeders die menen dat het goed is voor hun kind als ze dat zo lang mogelijk zoveel mogelijk borstvoeding geven. Het is dan ook geen uitzondering dat gedurende één tot twee jaar borstvoeding wordt gegeven. Bij dieren is gebleken, dat jonge dieren gevoeliger zijn voor dioxine dan oudere dieren. Hoewel de gegevens uit dierproeven niet zonder meer op mensen toepasbaar zijn, moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat ook bij mensen de jongsten meer schade van dioxine ondervinden dan de ouderen. Dit maakt nog onbegrijpelijker waarom in moedermelk voorlopig hogere gehalten van dioxine zouden moeten worden geaccepteerd dan in koemelk.

- Uit het oogpunt van de volksgezondheid is het logischer zeer voorzichtig te zijn met een stof die als 'toxisch' wordt beschouwd, totdat precies bekend is wat het effect bij de mens is - hoeveel jaar gaat dat nog duren? hoeveel zuigelingen worden in die tijd nog belast met hoge doses dioxine? - dan onbeperkt gebruik te adviseren c.q. mensen in onwetendheid te laten omtrent potentiële toxiciteit, totdat blijkt dat het écht toxisch is!

- Het is in ons land niet zo, dat baby's die flesvoeding krijgen noemenswaardig in het nadeel zijn ten opzichte van baby's die borstvoeding krijgen, behalve in het geval van voedselallergie.

- Gezien alle onzekerheden op dit gebied is er ons inziens geen plaats voor een eenduidig advies c.q. geruststelling. Als hulpverleners kunnen wij slechts informatie geven op grond waarvan ouders zelf een keuze moeten maken! Dat dit met zich mee kan brengen dat ouders eventueel niet voor borstvoeding kiezen, is daarvan een onvermijdelijke consequentie. Het is uiterst betreurenswaardig dat deze problemen zich voordoen na de jarenlang met succes gevoerde campagnes om de borstvoeding te propageren, maar dit mag artsen niet van eerlijke, genuanceerde voorlichting weerhouden!

Wij menen hiermee de argumenten van Prof. Dr. G. A. de Jonge in MC nr. 47/1989, blz. 1543, voldoende te hebben weerlegd. Wij kunnen dus helaas zijn conclusies niet zonder meer onderschrijven.

Ongeacht het uiteindelijke resultaat van het onderzoek naar de schadelijkheid van dioxine

nes: het is een blamage voor onze 'beschaaft' wereld, dat de bruikbaarheid van moedermelk überhaupt ter discussie kan komen te staan ten gevolge van dergelijke verontreinigingen (nu dioxines, morgen een andere stof). Een geruststellende toon van de zijde van de autoriteiten in de volksgezondheid is hier naar onze stellige overtuiging volstrekt misplaatst.

In het advies van de Gezondheidsraad over dioxines in moedermelk (1986) wordt gesteld, dat voorlopig borstvoeding niet behoeft te worden afgeraden maar dat wel zorg moet worden gedragen voor vermindering van de hoeveelheid dioxines in het milieu. Als de overheid - voor zover waarneembaar - alleen het eerste deel van dit advies volgt, is het ons inziens tijd dat nu, enkele jaren later, het accent eens naar het tweede deel van het advies wordt verplaatst: het is hoog tijd dat én ouders én werkers in de volksgezondheid (ook op de Inspectie) alarm slaan om zodoende te bewerkstelligen dat er op zeer korte termijn een einde komt aan de belasting van het milieu met dioxines én andere toxische stoffen.

Ons bezwaar tegen de oplossing van Prof. Dr. J. G. Koppe in MC nr. 45/1989, blz. 1469, is dat zij de verontreiniging 'accepteert' en ervan uitgaat dat het beleid met betrekking tot de borstvoeding zo nodig aan deze omstandigheden (te kwantificeren met behulp van dioxinebepalingen) moet worden aangepast. Wij zijn echter van mening dat de industrie zich aan mens en milieu moet aanpassen, niet andersom! De geschiedenis heeft al lang geleerd, dat de industrie dit alleen doet als overheid en/of consument tot actie overgaan. Werkers in de gezondheidszorg doen er beter aan dit proces te stimuleren dan het te stoppen!

Den Haag, januari 1990

C. F. M. Gijsbers, kinderarts

J. M. Kouwenberg, kinderarts

KWALITEIT VAN ZORG

Opmerkingen van een buitenstaander

Onlangs kreeg ik een kopie in handen van het artikel van Casparie c.s. in Medisch Contact over de kwaliteit van zorg (MC nr. 45/1989, blz. 1478). Als voorzitter van de Kwaliteitskring van de Kamers van Koophandel van Heerlen en Maastricht en als voorzitter van de Commissie Kwaliteitszorg van de Federatie van Gezamenlijke Bedrijfsgezondheidsdiensten en als consument van gezondheidszorg heb ik dit artikel met grote belangstelling gelezen.

Het deed mij zeer goed te mogen vaststellen dat ook in artsenkringen de noodzaak van kwaliteitsbevordering- en bewaking doordringt en tot concrete acties leidt. Dat men op diverse punten pas aan het begin staat, mag niet verwonderen. Immers, de gedachten omtrent kwaliteitsbeheersing zijn in hun huidige vorm van zeer recente datum, met name buiten de industrie, en zelfs daar is men op vele plaatsen nog in een beginstadium.

Bijzonder viel mij op, dat reeds voor een aantal

uitvoerende handelingen richtlijnen zijn opgesteld. Niet duidelijk voor mij was, of deze richtlijnen moeten worden opgevat als 'aanbevelingen' dan wel als 'voorschriften'. Op basis van mijn persoonlijke ervaring zou ik er de voorkeur aan geven als het laatste het geval zou zijn. Ik ben mij echter bewust, dat hiertegen weerstanden kunnen bestaan. Wil men echter tot een werkelijke toetsing van de kwaliteit van de dienstverlening komen, dan zal men niet eraan ontkomen deze richtlijnen als *bindend voorschrift* te hanteren: anders blijft zo'n toetsing te vrijblijvend.

Belangrijke vraag is de wijze van toetsen. Enerzijds is dit mogelijk door de zogeheten onderlinge toetsing, anderzijds door 'toetsing door derden'. Mijn bezwaren tegen onderlinge toetsing zijn, dat het een beslag legt op personen die in feite andere taken te vervullen hebben, dat de onafhankelijkheid soms twijfelachtig kan zijn, en dat - en dat is mijn grootste twijfel - de toetsing wordt uitgevoerd door niet-deskundige 'toetsers'. 'Auditing' is een heel apart vak; wie met financiële 'auditors' te doen heeft gehad, maar ook wie met professionele kwaliteitsauditors heeft gewerkt, zal dit volmondig beaamen. Ik ben mij anderzijds bewust, dat het in de medische kring wat onwennig zal klinken dat het werk door derden op zijn uitvoering wordt gecontroleerd. Bovendien leidt externe toetsing onvermijdelijk tot erkenningseisen, welke veel verder gaan dan in de medische beroepswereld tot nu toe het geval is. De inter-lab tests in het artikel genoemd spreken mij zeer aan als controlemiddel om de kwaliteit van het werk in laboratoria te toetsen. In het artikel wordt gesteld: 'De kosten die met opzetten van een continu programma voor kwaliteitsbewaking zijn gemoeid, vormen een beperkende factor'. Ik moge in dit verband opmerken, dat onvoldoende kwaliteit een kostenverhogende factor van betekenis is. Onderzoek in de industrie leert, dat de zogenoemde kwaliteitskosten in de orde van grootte van 15% tot 20% van de totale kosten van de productie uitmaken. Deze kosten zijn opgebouwd uit kosten voor procesbeheersing (het vermijden van fouten), controle (het opsporen van fouten) en gevolgschade van fouten (afval en klachten respectievelijk marktverlies). Het zal duidelijk zijn dat naarmate de procesbeheersing beter is de kosten voor controle kunnen worden verlaagd en de gevolgschade zal afnemen. Een optimum wordt bereikt bij 'bijna geen fouten'. Hoewel dergelijk onderzoek voor de dienstensector en de gezondheidszorg nog niet is verricht, ben ik ervan overtuigd dat daar *mutatis mutandis* hetzelfde zal gelden. Een goed kwaliteitsstelsel betaalt zichzelf, ja verlaagt de totale kosten, waarbij in het medische beroepsgebied uiteraard gevolgschade in de vorm van onvoldoende genezing, te lange behandeling of wisseling van de behandelaar op verzoek van een ontevreden patiënt als kosten moeten worden aangemerkt. Het bovenstaande heeft bijna uitsluitend betrekking op de kwaliteit van het medisch handelen, zeg op de kwaliteit van het medisch produkt. Er is echter meer. Als men kwaliteit definieert als 'de mate waarin aan de wensen

van de klant tegemoet wordt gekomen', heeft kwaliteit niet alleen betrekking op het produkt maar ook op de wijze waarop dit produkt aan de klant, de patiënt, wordt aangeboden. Het gaat dan om alle aspecten van het werk: om de manier waarop de patiënt door de arts en zijn medewerkers tegemoet wordt getreden ('bejegening'), om het aanhouden van afspraken, om het duidelijk en snel aan de patiënt rapporteren, om schone en vriendelijke wachtruimten, om alles wat te maken heeft met werkomgeving en werkwijze in de meest brede zin. Het gaat om 'total quality' in het Nederlands wel vertaald met: 'kwaliteit op alle fronten'.

Het is op deze aspecten van de dienstverlening dat de Commissie Kwaliteitszorg van de Federatie van Gezamenlijke Bedrijfsgezondheidsdiensten haar aandacht richt. Zij wil middelen en methoden ontwikkelen en aan de werkers in het veld aanbieden om het werk meer tot volle tevredenheid van de klant te kunnen verrichten. Dat vraagt deskundigheid en zorgvuldigheid in alle opzichten. Als voorbeeld van een hulpmiddel daarbij iets over het in ziekenhuizen toegepaste 'FONA'-systeem. Dit systeem biedt goede mogelijkheden om kwaliteitstekortkomingen te achterhalen. Voorwaarde daarbij is echter dat aan iedereen en uitdrukkelijk wordt duidelijk gemaakt dat het er niet om gaat wie iets fout heeft gedaan, maar dat het erom gaat de informatie te gebruiken om het werk in de toekomst beter te doen. Systematisch en consequent met de verkregen informatie omgaan ter verbetering van het functioneren van de gezondheidszorg en het niet misbruiken van het systeem tegen mensen, zijn basisvoorwaarden voor het succes ervan.

Wij, en dat geldt voor de industrie en gezondheidszorg in gelijke mate, hebben ons werk pas goed verricht als wij onze klant of patiënt het beste produkt hebben geleverd dat wij beschikbaar hebben en als hij tevreden naar huis gaat, omdat met al zijn wensen en verlangens rekening is gehouden toen wij met hem omgingen. Klantgericht handelen is meer dan het leveren van het beste produkt dat ik als producent beschikbaar heb. *Patiëntgericht bezig zijn* is meer dan het geven van de beste medische behandeling die u als arts beschikbaar hebt.

Heerlen, januari 1990

Ir. J. A. M. Cottaar

WAT IS ZINLOOS MEDISCH HANDELEN?

Het voornemen het leven van Mw. Stinissen opzettelijk te beëindigen

In de gedachtenwisseling omtrent de situatie van Mw. Stinissen en de opzettelijke beëindiging van haar leven komen steeds beschouwingswijzen naar voren die een nader onderzoek verdienen: Wat is medisch zinloos handelen? Is deze term ook van toepassing op verpleging en verzorging? Als er over 'belang' wordt gesproken, welk belang heeft men dan op het oog? Hoever wil men het doden van de mede-

mens zich laten uitstrekken? Welke is de rol van de medicus daarin?

1. Medisch handelen – zinloos medisch handelen – staken van medisch zinloos handelen

– Medisch handelen zal moeten worden gedefinieerd als: handelen door daartoe bevoegden, binnen het raam van de gezondheidszorg, gericht op voorkoming en bestrijding van ziekten en gebreken, remming of stillegging van ziekteprocessen, verlichting van lijden.

– Zinloos medisch handelen moet dan worden gedefinieerd als medisch handelen dat geen der bovengenoemde doeleinden (meer) kan bewerken.

Zo zijn het staken van de medische behandeling van Mw. Stinissen zeer wel verantwoord zijn.

– Het staken van zinloos medisch handelen betekent dus dat de ziekte onbestreden voortgang vindt. Sterft de patiënt, dan sterft hij aan de ziekte en niet door het staken der behandeling.

Sommigen voegen aan de definitie van medisch handelen toe: het doden van de patiënt met farmaceutische middelen, hetzij op diens verzoek, hetzij in diens belang, hetzij in het belang van anderen. Het tweewegbrengen van het sterven moet echter wel worden onderscheiden van het opgeven van de strijd waar verder strijden zinloos is. Terwijl het laatste ongetwijfeld binnen het raam van de gezondheidszorg ligt, is het eerste daarmee in flagrante strijd.

2. Medisch handelen tegenover verpleging en verzorging

Verpleging en verzorging omvat twee taken: enerzijds uitvoering van bepaalde medische handelingen onder verantwoordelijkheid van de arts, anderzijds de algehele verzorging van de patiënt ten aanzien van voeding (juist als de patiënt zelf niet in staat is voeding en vocht tot zich te nemen), bewassing, enz.; dit laatste omvat alles wat tot welzijn van de patiënt kan dienen. In veel gevallen, namelijk steeds waar medisch handelen geen baat geeft (opgegeven patiënten, patiënten van wie de ziekte of het gebrek niet medisch kan worden behandeld, zoals ook vele lichamelijke en geestelijk gehandicapten, enz.) blijft verpleging en verzorging als zelfstandige taak voluit nodig.

Er zijn er die verpleging en verzorging willen insluiten in het begrip 'medisch handelen'. Dit zou dan de weg openen tot toepassing van het begrip 'zinloos medisch handelen' ook ten aanzien van verpleging en verzorging. Terwijl echter 'zinloos medisch handelen' in de eigenlijke medische betekenis kan worden gestaakt indien de patiënt bij voortgaande behandeling geen baat heeft, zelfs daardoor schade kan oplopen, is dit bij verpleging en verzorging geheel anders. Wordt dit laatste gestaakt, dan blijft de patiënt onverzorgd en hulpeloos achter en sterft een wrede dood in verwaarlozing. Dit mag uiteraard nimmer gebeuren.

3. Gevolgtrekkingen uit het bovenstaande ten aanzien van de overwogen opzettelijke levensbeëindiging van Mw. Stinissen

Mw. Stinissen kan blijkbaar, ondanks haar co-

ma, in leven blijven zonder medische ingrepen. Dit betekent dat alleen algehele verzorging nodig is, en deze taak blijft vereist tot de dood intreedt. Het is bovendien niet wetenschappelijk bewezen dat bij Mw. Stinissen 'de levensgeesten zijn geweken'. Er is geen hersendood geconstateerd, dus alleen al lichamelijk is er van overleden zijn geen sprake. Daarnaast is het zeker niet uitgesloten dat er nog wel degelijk sprake is van een psychisch en/of geestelijk leven, zoals dat na het ontwaken gebleken is te bestaan bij andere comapatiënten.

4. Het 'belang'

– Het belang van de comapatiënt. Reeds vroeg in de discussie omtrent euthanasie is gesproken over levensbeëindiging 'op verzoek' van de patiënt of 'in diens belang'. Als men op deze zienswijze al wil ingaan, moet wel vaststaan (indien geen verzoek is geuit of kan worden geuit) dat het belang van de patiënt levensbeëindiging zou eisen. Wetenschappelijk wordt echter aangenomen dat de comapatiënt niet lijdt. Waarom zou hij dan belang hebben bij levensbeëindiging tijdens de coma-situatie?

– Het belang van anderen, direct betrokkenen. Dit is een nieuw uitgangspunt in de discussie omtrent 'euthanasie'. Het gaat om de vraag of men iemands leven mag beëindigen omdat zijn leven voor anderen een te zware belasting gaat betekenen. Nu kan men zich zeer wel indenken dat de coma-situatie van Mw. Stinissen voor haar man en zoon welhaast ondraaglijk is. Maar is de situatie van iemand die zijn of haar echtgenoot opgenomen ziet voor permanent verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis misschien niet nog ondraaglijker, in het bijzonder indien de patiënt een sterk agressief gedrag vertoont tegenover bezoekers, zelfs tegenover leden van het eigen gezin? Als de 'oplossing' in het eerste geval de levensbeëindiging van Mw. Stinissen zou zijn, moet dat dan niet evenzeer in het tweede geval gelden?

– Het belang van de samenleving. Meer en meer dringt in de maatschappij de gedachte door dat zwaar geschonden levens minder bescherming (ook juridische bescherming) verdienen, want zij voldoen niet aan 'redelijke normen van menswaardigheid', zij missen 'kwaliteit van leven' en kosten handen vol geld. Indien wordt toegegeven aan de drang het 'belang' van de comapatiënt en van diens omgeving ruimte te geven als argument om het leven te beëindigen, ondermijnt dit de rechtsbescherming van het leven en wordt het geschonden leven rechtstreeks met de dood bedreigd. Het doden van Mw. Stinissen zou een beslissende stap betekenen in deze verwerpelijke ontwikkeling.

5. De rol van de arts in het dodend handelen

In de discussie rond de levensbeëindiging van Mw. Stinissen schrijft de arts Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur van Medisch Contact, in het nummer van 8 december 1989: 'Uit geen enkele vroegere uiting blijkt dat Mw. Stinissen in leven zou willen worden gehouden als ze in coma zou komen te verkeren. Als uitingen van deze aard niet zijn gedaan en er geen intrinsieke redenen zijn om leven in stand

te houden, mogen extrinsieke waarden, de belangen van het in stand houden van leven voor naastbestaanden en samenleving, de beslissing meebepalen. Nu menselijkerwijs vaststaat dat het in leven laten van Mw. Stinissen geen enkel belang dient en alleen ellende oproept, is het professioneel goed te verdedigen en wellicht zelfs geboden dat het leven wordt beëindigd.' Het 'in leven laten' (sic!) van de patiënt (alleen de comapatiënt?) wordt aldus afhankelijk van zijn tevoren uitgedrukte wens 'in leven gelaten te worden', van de waarde die de arts aan dat leven toekent en van de belangen van het in stand houden van leven voor naastbestaanden en samenleving. 'Verstandige artsen zullen zich bij moeilijke beslissingen laten adviseren door externe deskundigen': psychologen of pastores, ethici of juristen, de omgeving van de patiënt, aldus Dr. Spreeuwenberg, maar dit alleen ter keuze van de arts en zonder medebeslissingsbevoegdheid: '... uiteindelijk zullen essentiële beslissingen door de arts zelf moeten worden genomen en draagt hij daarvoor als enige de verantwoordelijkheid.' Indien voeding via sondes dient plaats te vinden, vormt naar het oordeel van Dr. Spreeuwenberg het kunstmatig voeden een onderdeel van het medisch handelen; de arts kan dan ook besluiten tot staken daarvan, indien dit naar zijn mening zinloos is. 'Zou zulk een staking verergering van lijden tweewegbrengen, dan kan men vervolgens tot actieve levensbeëindiging besluiten.' Dr. Spreeuwenberg eindigt: 'Als beroepsgroep moeten we bemoeienis van buitenaf met medische beslissingen met kracht afwijzen. Tevens is jammer dat de minister de verbetering van de aangiftepraktijk met een zware hypotheek heeft belast. Een voorwaarde hiervoor is immers dat artsen het Openbaar Ministerie kunnen vertrouwen. Zonder onze medewerking komt het OM over de werkelijke praktijk van levensbeëindiging nauwelijks iets te weten.' Naar de mening van Dr. Spreeuwenberg dient dus de arts een aantal overwegingen in de besluitvorming te betrekken die niet alleen buiten de arts-patiëntverhouding liggen, maar ook buiten het medisch terrein, dus zijn bevoegdheid in dubbel opzicht te buiten gaan. Niettemin komt het uiteindelijke oordeel over leven en dood in zijn visie uitsluitend de arts toe. Daarbij dreigt hij met onoirbare middelen bewust de plicht van de overheid tot bescherming van het leven illusoir te maken. Hiermee stelt hij zich op als monopolistisch magiër over leven en dood. Het is goed daarbij te bedenken dat de situatie rondom Mw. Stinissen uitsluitend te wijten is aan een medische fout. Nū, vóór het leven van Mw. Stinissen opzettelijk wordt beëindigd, is het zaak deze daad te voorkómen door uitdrukkelijk protest bij de overheid en door ernstige waarschuwing van de samenleving!

Zeist, januari 1990

Werkgroep Toetsing Maatschappelijke Ontwikkelingen van de Evangelische Alliantie, Mr. H. v.d. Kolk, secretaris

Palliatieve zorg

Een pleidooi voor verbetering

Vorig jaar vond in Milaan het internationale congres 'Palliative care' plaats. De deelname aan dit congres was zeer groot. Opvallend was dat het aantal Nederlandse deelnemers op de vingers van één hand te tellen was. Moet deze beperkte deelname uit ons land als tekenend worden beschouwd voor de geringe belangstelling die er in Nederland voor de palliatieve zorg bestaat? Deze veronderstelling gaat wat te ver. Immers, het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor palliatieve zorg, en daarmee de belangstelling voor de palliatieve zorg, is de laatste jaren ook in ons land snel gestegen en zal in de komende jaren blijven stijgen. De toenemende vergrijzing van de bevolking en de daarmee gepaard gaande toename van het aantal oncologische patiënten en patiënten met chronische ziekten, alsmede de ook ons land naderende golf van AIDS-patiënten, zijn de meest in het oog springende oorzaken van deze stijging.

Dit alles neemt niet weg dat een verdere ontwikkeling van de palliatieve zorg wenselijk lijkt. In een aantal rapporten, onder andere van WVC en van de Gezondheidsraad, wordt hiervoor een pleidooi gehouden. Ook in dit artikel wordt gepleit voor het verbeteren van de palliatieve zorg in Nederland; het doet daartoe een concreet voorstel.

Hoewel de palliatieve zorg zeker niet exclusief de oncologie betreft, wordt toch het accent gelegd op de zorg voor de kankerpatiënten.

KANKER IN NEDERLAND

In de nota: 'Kanker in Nederland' van de Stuurgroep Toekomstscenario's gezondheidszorg (STG) worden ten aanzien van de oncologie de navolgende verwachtingen uitgesproken¹:

a. Het aantal kankerpatiënten zal tot het jaar 2000 sterk toenemen. De toename van het aantal nieuwe gevallen (de incidentie) wordt berekend op 1,5% per jaar, terwijl het aantal in leven zijnde patiënten (de prevalentie) met ruim 3% per jaar zal toenemen. Dat wil zeggen dat het aantal patiënten van ongeveer 210.000 thans, in het jaar 2000 zal zijn opgelopen tot circa 300.000. De vergrijzing alsmede de langere overleving zijn hiervoor verantwoordelijk.

b. De vraag naar diagnostiek en behan-

Drs. M. C. G. Verstegen

De palliatieve zorgverlening heeft een grote ontwikkeling doorgemaakt. In Engeland is de palliatieve geneeskunde zelfs officieel erkend als medisch specialisme. Ook in eigen land wordt de druk om tot een betere palliatieve zorgverlening te komen steeds duidelijker voelbaar. Onder andere in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen zijn op dit vlak indrukwekkende initiatieven genomen. De directeur medische zaken van deze instelling, Drs. M. C. G. Verstegen, pleit ervoor de palliatieve zorg definitief uit de marginale sfeer te halen. Dat kan zijns inziens alleen in nauwe samenwerking tussen tweede en eerste lijn.

deling zal daardoor sterk stijgen. Behalve voor genezing, zal meer aandacht worden gevraagd voor behandeling die de kwaliteit van het leven verbetert.

c. Er is vóór 2000 wel verbetering van bestaande methoden van diagnostiek te verwachten, maar geen echte doorbraak met grote consequenties voor de zorg. De verbetering van de behandelingsresultaten zal vooral de kankerpatiënten op jeugdige en middelbare leeftijd betreffen.

d. Maatregelen ten behoeve van de preventie zullen in de periode tot 2000 nog geen groot effect hebben. Alleen enige preventie van door tabaksgebruik veroorzaakte kanker zal door een krachtig anti-rookbeleid mogelijk zijn. Bevolkingsonderzoek wordt alleen voor borst- en baarmoederhalskanker zinvol geacht.

e. Ongeveer de helft van alle kankerpatiënten zal niet genezen. Voor deze, meestal oudere patiënten zal er voldoende ondersteunende (=palliatieve) zorg moeten komen. In vele gevallen kan deze zorg ook in de thuissituatie worden gegeven. Het betreft patiënten die geleidelijk aan in een slechte conditie geraken en teslotte terminale zorg behoeven. Deze intensieve zorg kan enkele weken tot enkele maanden nodig zijn. In deze periode is een intensieve samenwerking tussen ziekenhuis, huisarts en wijkverpleging noodzakelijk.

Al met al mogen we tot de conclusie komen, dat de zorg voor de kankerpatiënt een zeer substantieel onderdeel is van de gezondheidszorg en dat ook zal blijven. In financieel opzicht is de oncologische zorg momenteel verantwoordelijk voor ruwweg 10% van de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg, een aandeel dat naar verwachting slechts zal toenemen.

PALLIATIEVE ZORG: DEFINITIE

Onder palliatieve zorg wordt verstaan: de zorg die de verschijnselen van de ziekte in hevigheid doet afnemen zonder de ziekte zelf tot genezing te brengen. Zij betreft dus de zorg die is gericht op het lenigen van het leed en het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Palliatieve zorg heeft een 'integraal' karakter en bestaat naast de behandeling van pijn en andere lichamelijke symptomen uit de psychosociale ondersteuning van de patiënt en zijn naasten. Het gaat bepaald dus niet alleen om medische en/of verpleegkundige zorg. Interessant in dit verband is een recente publikatie van Winnubst². Deze houdt een pleidooi voor het verder ontwikkelen van 'social support'-systemen bij kankerpatiënten; hij stelt dat 'social support' mensen die in een crisissituatie zijn terechtgekomen, kan beschermen tegen de schadelijke lichamelijke en geestelijke gevolgen ervan.

Bos heeft in zijn dissertatie een studie verricht naar de incidentie van psychologische problemen bij patiënten met kanker³. Zijn studie geeft aan, dat 22% tot 33% van de kankerpatiënten behoefte heeft aan uitgebreide begeleiding en ondersteuning.

In de palliatieve zorg komen vooral de volgende symptomen voor behandeling in aanmerking:

lichamelijke symptomen:

pijn, decubitus, ademhalingsproblemen, urineretentie, misselijkheid en braken, obstipatie, hoesten, hik, slapeloosheid.

niet-lichamelijke symptomen:

gevoelens van zinloosheid, angst en spanning, onzekerheid, gevoelens van eenzaamheid en verlatenheid, passiviteit, depressie.

Vergelijken we de behandeling van deze symptomen in Nederland met die in landen als Engeland, Italië en Canada, landen waar de palliatieve zorg hoog is ontwikkeld, dan moeten we als we eerlijk zijn erkennen dat onze benadering toch een overwegend medisch- en verpleegkundig-technische is. De pijnbehandeling bestaat veelal uit het toedienen van analgetica of het uitvoeren van (neuro)-chirurgische ingrepen, terwijl de angst en spanning veelal worden onderdrukt met sedativa. Voedingsproblemen voeren snel tot het aanleggen van een infuus en het toedienen van voeding langs parenterale weg en obstipatie wordt meestal met laxantia bestreden.

Daarbij speelt overigens een meer psychologisch verschijnsel duidelijk een rol. Onze gezondheidszorg is sterk op genezing gericht. Het curatieve deel van de zorg heeft de volle aandacht van de hulpverleners. Als echter moet worden geconstateerd dat het therapeutisch arsenaal is uitgeput, ontstaat vaak een breuk in de relatie tussen hulpverlener en patiënt. De hulpverlener kan, zo wordt dat vaak letterlijk gezegd, 'niets meer voor de patiënt doen'. Dat wordt door de hulpverlener als een confrontatie met de eigen machteloosheid ervaren. Ongewild, vaak ook onbewust, vermindert de aandacht voor de patiënt. Vele patiënten hebben dit ervaren, hetgeen mede aanleiding gaf tot het ontstaan van angst en gevoelens van eenzaamheid en verlatenheid.

Het is, naar mijn oprechte mening, een opdracht voor de gezondheidszorg, óók als genezing niet meer het doel kan zijn, de patiënt bij te staan en te ondersteunen. Daarbij mag niet worden vergeten dat de geavanceerde behandeling van kanker zelf vaak een bijdrage heeft geleverd aan de verergering van het ziek-zijn. Sterk belastende behandelingsmethoden als operatie, bestraling en het toedienen van cytostatica hebben immers bij veel patiënten niet geleid tot de gehoopte genezing, maar deze hebben wel een aanzienlijk lijden met zich meegebracht. Soms is er wel kwantiteit aan leven gewonnen, maar heeft de kwaliteit hiermee geen gelijke tred gehouden. De geneeskunde heeft daarom ook een morele verplichting bij te dragen in de leniging van het mede door haar geïnduceerde lijden.

SITUATIE IN NEDERLAND

De palliatieve zorgverlening heeft, met name door inspanningen in de Angelsaksische wereld, een grote ontwikkeling doorgemaakt. In Engeland is recentelijk

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag.

De Algemene Vergadering van de KNMG heeft daar ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

Artsen wordt het zwaarwegend advies gegeven in het bijzijn van patiënten niet te roken. Van onder de verantwoordelijkheid van artsen werkend personeel en van patiënten kunnen artsen in beginsel hetzelfde vragen, opdat er geen overlast ontstaat door roken in behandel- en spreekkamers.

de palliatieve geneeskunde zelfs officieel erkend als zelfstandig medisch specialisme. Ook in Nederland wordt de maatschappelijke druk om tot een betere palliatieve zorgverlening te komen steeds duidelijker voelbaar; WVC, de Tweede Kamer, de Gezondheidsraad en het Landelijk Overleg Kankercentra hebben daar met name op aangedrongen⁴.

In de recent verschenen WVC-nota 'Kankerbestrijding' (april 1989)⁵, behorend bij het ontwerp-'Kerndocument Gezondheidsbeleid', wordt gesteld: 'De kwaliteit van leven van de behandelde patiënt is eveneens van belang. Aangezien vele patiënten met kanker nog geen belangrijke verbetering van de kans op genezing in het vooruitzicht kan worden gesteld, zal aan de kwaliteit van leven bijzondere aandacht moeten worden geschonken' (einde citaat, pagina 3). In deze zelfde nota is te lezen: 'Omwille van de kwaliteit van leven zal de toepassing van weinig zinvol gebleken en agressieve behandelingen moeten worden teruggedrongen en een veel ruimere plaats worden toegekend aan (palliatieve) behandeling die zonder veel bijwerkingen erop gericht is de ernstige klachten te verlichten of te vermijden. Zowel in de zorgverlening als in het onderzoek, het onderwijs en de voorlichting, verdienen behandelingswijzen ter bestrijding van complicaties en klachten zoals pijn, veel meer aandacht' (einde citaat, pagina 14).

In de conclusies van het rapport van de Gezondheidsraad inzake pijnbehandeling wordt er melding van gemaakt dat 'bij

artsen en andere hulpverleners onvoldoende inzicht en kennis van de aard van pijn en de mogelijkheden (ook palliatief oncologische) ter behandeling ervan aanwezig is'⁶. In de aanbevelingen van dit rapport wordt aangegeven, dat 'bij patiënten met kanker een integrale benadering van essentieel belang is voor het slagen van de pijnbehandeling'.

Tijdens het hiervóór reeds genoemde internationale congres bleek dat in de ogen van sommige congresgangers ons land in palliatieve zorg achterloopt. Daarbij werd in onze richting enigszins verwijtend opgemerkt, dat in ons land de discussie rond euthanasie levendig is maar dat er te weinig aandacht is voor de bestrijding van de symptomen die de aanleiding zijn tot het stellen van de vraag naar euthanasie. Vele patiënten immers vragen om toepassing van euthanasie vanwege een ondraaglijk lijden. Door middel van een goede palliatieve zorg kan vaak het lijden draaglijker worden gemaakt; in dezen is een recente publikatie van McIlmurray en Warren interessant⁷.

Een goede palliatieve zorg kan naar mijn overtuiging veel vragen naar euthanasie voorkomen.

Hoewel in de ogen van sommigen de palliatieve zorg in ons land geen hoge prioriteit heeft, zijn op diverse plaatsen, waaronder het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen, inmiddels toch indrukwekkende initiatieven genomen⁸⁻¹². Maar dat alles neemt niet weg dat, alles overziende, gesteld mag worden dat een opti-

malisering van de palliatieve zorg in ons land wenselijk is.

ORGANISATIE

De mogelijkheden pijn en andere hinderlijke symptomen bij kanker succesvol te behandelen, zijn de laatste jaren sterk toegenomen. In medisch en verpleegkundig opzicht zijn er veel methoden om het lijden te verzachten. In een goede psychologische begeleiding en bij deskundige toepassing van psychomotore en psycho-energetische therapie liggen vele mogelijkheden de patiënt, maar ook diens naasten, te ondersteunen.

Het ontbreken van een adequate organisatiestructuur waarbinnen de palliatieve zorg wordt gegeven, leidt er echter vaak toe dat deze zorg verbrokken en ongecoördineerd en als gevolg daarvan insufficiënt wordt gegeven. Het zou daarom te wensen zijn dat er afzonderlijke teams worden opgericht om de palliatieve zorg te stimuleren en te coördineren. In het buitenland wordt aan een dergelijk team vaak de naam 'symptom control team' (SCT) gegeven. We nemen deze term voorlopig over.

Oprichting van een 'symptom control team' is naar ons oordeel een goede manier om een verbetering van de palliatieve zorg tot stand te brengen. Het gaat daarbij niet alleen om patiënten die in het ziekenhuis verblijven. Het is juist de onderhevige patiëntengroep die veelvuldig in het ziekenhuis verblijft, maar ook vaak thuis zorg behoeft, zeker als door een goede thuiszorgorganisatie een ziekenhuisopname kan worden voorkomen of verkort. Het is om dan een continuïteit van zorg aan de patiënt te kunnen bieden, wenselijk dat het SCT een team is van *eerste en tweede lijn samen* en als zodanig ook als een gezamenlijk team wordt ervaren.

Om organisatorische redenen lijkt het mij aanbevelenswaardig het ziekenhuis als standplaats voor het team aan te wijzen. Vanuit het ziekenhuis kan het management en de facilitaire ondersteuning worden gegeven; ook kan een deel van de specifieke deskundigheid worden geboden. Daarbij, het zij met nadruk gezegd, gaat het er mij niet om de ziekenhuiszorg te extramuraliseren: het gaat er mij niet om de tweede lijn de eerste lijn te laten overnemen. Het gaat mij om een *wedzijdse ondersteuning*: een inbreng van de eerste lijn bij de begeleiding van de patiënt in het ziekenhuis en, zo nodig, specialistische consulten van de tweede lijn in de thuissituatie. We moeten ook als zorg-

verleners de schotten tussen de eerste en tweede lijn willen en durven afbreken, indien de zorg daarbij is gebaat.

Patiënten die veelvuldig gebruik maken van zorg in zowel de eerste als de tweede lijn – en oncologische patiënten doen dat veelal – zijn gebaat bij een afgestemde en geïntegreerde zorg. Natuurlijk moet men daarbij met de beide benen op de grond blijven. In een hoofdredactioneel commentaar heeft Spreeuwenberg een aantal kritische kanttekeningen geplaatst bij allerlei idealistische plannen ter zake van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn¹³, daarbij haalt hij de oraties aan van twee onlangs benoemde hoogleraren op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg, Schadé en Van der Zee^{14 15}. Maar toch, zonder een zeker idealisme komen we ook nooit verder. En samenwerking is nodig. In dit verband mag nog eens worden verwezen naar de eerder geciteerde WVC-nota 'Kankerbestrijding'. De coördinatie en samenwerking binnen de eerste lijn en de overige echelons wordt in deze nota als een knelpunt gezien. Als oplossing wordt gedacht aan een verdere protocollering van de oncologische zorg, aan opleidingen en aan het onderzoeken van mogelijkheden om consultants uit de tweede lijn desgevraagd in de eerste lijn werkzaam te laten zijn.

Een belangrijk onderdeel van de taak van het door mij voorgestelde team is het geven van informatie en advies aan specialisten in het ziekenhuis, alsmede aan huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere eerstelijnszorgverleners. Een directe lijn met de thuiszorg is noodzakelijk. Het beleid moet erop zijn gericht de patiënt zo lang mogelijk in de thuissituatie te laten verblijven. Een effect van het instellen van een 'symptom control team' kan zijn, dat door gerichte en effectieve symptoombestrijding de opnameduur voor patiënten kan worden bekort en in meer gevallen kan worden tegemoet gekomen aan de wens van veel patiënten thuis te worden behandeld en thuis te sterven. Een flexibele onderlinge afstemming van het zorgverleningspakket van eerste en tweede lijn is hiervoor noodzakelijk.

Het 'symptom control team' is een nieuwe vorm van multidisciplinaire samenwerking. Binnen het team kan een bundeling van kennis en kunde plaatsvinden aangaande de palliatieve behandeling (denktankfunctie). Nader wetenschappelijk onderzoek kan door een dergelijk team worden gestimuleerd en geëvalueerd. De multidisciplinaire samenstelling van het team garandeert een zo breed mogelijke benadering, alsmede

een integratie van de deelaspecten. Bij de samenstelling van het team is te denken aan:

- een oncoloog;
- een anesthesist/pijndeskundige;
- een apotheker;
- een fysiotherapeut/ergotherapeut;
- een psychomotor/psycho-energetisch therapeut;
- een klinisch psycholoog;
- een gespecialiseerd verpleegkundige;
- een maatschappelijk werkende;
- een diëtist/voedingsdeskundige;
- een pastor; en
- vertegenwoordigers van de eerste lijn, waarbij met name te denken is aan een huisarts en een gespecialiseerde wijkverpleegkundige.

Omwille van de slagvaardigheid kan vanuit dit team een kleine kerngroep worden gevormd. Het 'symptom control team' geeft een vaste structuur aan de palliatieve zorgverlening binnen en buiten het ziekenhuis. Door middel van periodieke patiëntenbesprekingen vindt de coördinatie en integratie plaats. Aan deze patiëntenbespreking nemen, behalve ziekenhuismedewerkers, huisartsen en andere gezondheidszorgwerkers uit de eerste lijn deel; op deze wijze vindt de afstemming tussen eerste en tweede lijn plaats.

Het 'symptom control team' biedt de mogelijkheid vrijwilligers in te schakelen. In Nijmegen bestaan in dezen zeer positieve ervaringen met de Stichting Hulpgroep Thuis Sterven.

Waar bedoelde problematiek zich ook veelvuldig in de verpleeghuizen voordoet, is een nauwe relatie met de in de regio aanwezige verpleeghuizen noodzakelijk. Deelname van medewerkers van het verpleeghuis aan de SCT-werkzaamheden kan een goede werkvorm zijn.

TER AFSLUITING

Een goede organisatie van de palliatieve zorg is noodzakelijk om vrijblijvendheid te voorkomen. Wij moeten ons wel realiseren dat palliatieve zorg arbeidsintensief is. Palliatieve zorg moet daarom in de beleidsplannen van onder andere de ziekenhuizen een herkenbare plaats innemen. Dit vraagt om een duidelijke beleidskeuze.

Als palliatieve zorg niet meer wordt gezien als iets marginaals, als iets 'wat er wel even bij wordt gedaan', maar als een wezenlijk onderdeel van de zorg, dan dient deze beleidskeuze ook te resulteren in

een beter evenwicht tussen de budgetten voor de diagnostische/curatieve en de palliatieve zorg. Deze keuze wordt te meer onontkoombaar naarmate de financiële speelruimte in de gezondheidszorg kleiner en de prijs van de medisch-technologische ontwikkelingen hoger wordt. Zou het erg idealistisch zijn te wensen dat, evenals in Engeland, ook in ons land de palliatieve geneeskunde ooit een erkend specialisme wordt? □

Literatuur

1. Kanker in Nederland. Rapport Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG). WVC, 1987.

2. Winnubst JAM. Kankerpatiënt en sociale ondersteuning. Medisch Contact 1989; 44: 885-6.

3. Bos GJ. Psychological problems in survivors of gynaecological cancers. A psychotherapeutic approach. Oegstgeest: De Kempenaer, 1987.

4. Vijfde voortgangsrapportage inzake de kankerbestrijding. Tweede Kamer vergaderjaar 1985-1986, 15426, nr 38.

5. Kankerbestrijding. Nota WVC, behorend bij ontwerp-kerndocument Gezondheidsbeleid, 1989 (nr BD-89-6).

6. Nota inzake pijnbehandeling. Gezondheidsraad, 1986.

7. McIlmurray MB, Warren MR. Evaluation of a new hospice: the relief of symptoms in cancer patients in the first year. Palliative Medicine 1989; 3: 135-40.

8. Engelen HC, Yap S, Yang W, Staps T, Crul BJP. Ervaringen met psychomotore therapie als onderdeel van integrale zorg voor kankerpatiënten. Bewegen en Hulpverlening 1985; 4: 289-303.

9. Rijckenberg H, Sander C, Yang W. Integrale behandeling

van pijn bij kankerpatiënten: psychomotore therapie in het ziekenhuis. Tijdschrift voor ziekenverpleging 1986; 39, nr 15.

10. Yang W. Kanker en reactiviteit. Tijdschrift voor reatieve Therapie 1988; 3: 50-4.

11. Crul BJP, Linden AGJH van der, Sanders C, Straathof MPF. Pijnbehandeling bij kanker in breder perspectief. Nijmegen: Dekker en Van der Vegt, 1986.

12. Crul BJP. Strategie bij de behandeling van pijn bij kanker. De Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde. In: Mulder PHM, et al (red). Compilatie bij kanker. Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1987 (Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde): 11-22.

13. Spreeuwenberg C. Tussen eerste en tweede lijn. Medisch Contact 1989; 44: 867.

14. Schadé E. De huisarts een zorg. Utrecht/Antwerpen: Boku, Scheltema & Holkema, 1989.

15. Zee J van der. Over de grenzen van de eerste lijn. Utrecht: Nivel, 1989.

Dagboek van een bedrijfsarts

10: PGBO's

Als aankomend bedrijfsarts bij de gezamenlijke bedrijfsgezondheidsdienst loop ik in het kader van mijn inwerkmaand vanmiddag mee met Piet, die zijn PGBO-middag heeft. PGBO's zijn periodieke bedrijfsgezondheidskundige onderzoeken bij oudere werknemers, dat wil zeggen werknemers vanaf 40 jaar. Ze worden één keer per drie jaar onderzocht. 'Iedereen kan meedoen op vrijwillige basis', zegt Piet. 'Ongeveer 70% van de 40-jarigen en ouderen doet mee.' Ik vind dat een hoog percentage. 'We zijn eraan gewend', zegt Piet. 'De PGBO's worden regelmatig gewaardeerd.' 'Waarom dan?' houd ik vol. 'Vind je dan zoveel bij dat onderzoek?' 'Dat ook wel,' zegt Piet, 'maar men vindt het vooral plezierig eens even rustig alles waar men mee bezig is op een rij te zetten: werk, gezin, vrije tijd, enz. Daarbij zoeken wij naar de mate van werkbelasting, die de mensen hebben en kijken wij of ze die belasting aankunnen, het inschatten van de mate van evenwicht dus. Bij een groot aantal bedrijven is een te hoge werkbelasting best bespreekbaar, vooral als het om mensen boven de vijftig gaat. Daarnaast vinden we regelmatig een onbekende hypertensie of een te hoge bezinking of een urineafwijking. Meestal loopt het met een sissert af, hoor, maar toch.' Het blijkt, dat de uitslagen van de PGBO's naar die huisartsen worden gestuurd die dat willen. De bedrijfsgezondheidsdienst heeft de huisartsen daarvoor aangeschreven, keurig een gefrankeerde retourenveloppe erbij. 80% zei ja, de rest gaf geen antwoord of schreef een briefje terug dat ze PGBO's niet zinvol vonden en geen behoefte hadden aan rapportage. Piet denkt, dat die huisartsen te veel een biochemische screening voor ogen hebben. 'Ze zouden eens moeten weten wat we voor sommige mensen nog in de werksituatie kunnen doen, als het PGBO daar-

toe aanleiding geeft. En daarbij,' zegt hij, 'komt een groot aantal van de mensen nooit bij een dokter en kun je ze nogal eens zinvolle adviezen geven, bijvoorbeeld op het gebied van leefstijl.' Het onderwerp intrigeert mij wel. 'Waarom weten die huisartsen dat dan niet?', vraag ik. Piet legt uit, dat er nog veel mankeert aan de kennis die de gemiddelde huisarts heeft van het werk van de bedrijfsarts. Evert is al een paar keer naar een groepspraktijk geweest voor een voordrachtje. Dat helpt wel. Eén bezoek was nota bene naar aanleiding van een groepje huisartsen dat in het wijkblaadje de patiënten waarschuwde voor de nulwaarde van het PGBO. 'Had je Evert moeten zien', zegt Piet. 'Dan wordt 'ie opeens weer de marineofficier: recht erop af en recht voor z'n raap. Overigens is het in alle vriendschap afgelopen, hoor. En de contacten

Frank van der Waarde

met die huisartsen zijn er alleen maar beter op geworden; ze bellen soms zelf op voor overleg!' Ik hoor een lichte frustratie in zijn stem, maar dat kan ik me ook verbeelden. Hij grinnikt. 'Later bleek,' zegt hij, 'dat één van de artsen uit die maatschap stiekem zelf 's avonds bij hem thuis een soort PGBO's deed.'

Deze middag doet Piet zes onderzoeken. De mensen zijn al voorgekeurd door de doktersassistente. Zij is al zaken nagegaan als bloeddruk, pols, visus, gehoor, longfunctie, rust-ECG, urine, bezinking en gewicht; ook heeft ze in hoofdlijnen uitgevraagd of er de afgelopen drie jaar nog iets bijzonders met de gezondheid is gebeurd. Ik bedenk dat de doktersassistentes bij een BGD een leuke job moeten hebben. En ze moeten best wat kunnen: ik zie ze niet alleen

bezig met het voorkeuren, maar ook met administratie, met computerwerk en afen toe gaan ze eens mee het bedrijf in; verder doen ze met de onderzoeksauto van de dienst gehoortesten op de fabriek. Erg afwisselend allemaal, zoals ik het bekijk. Piet onderzoekt de mensen routineus. Hij is 38, weet ik. Zes jaar is hij huisarts geweest in een nieuwbouwwijk. De prognoses van de gemeente vielen wat tegen, de bank deed af en toe moeilijk, en hij werkte zich rot. Met vier kleine kinderen en een vrouw met een parttime baan zag hij z'n kans schoon toen er een vacature bij de bedrijfsgezondheidsdienst was. Hij neemt zakelijk en zonder flauwe kul de anamnese af. Hij ziet die middag vier mannen en twee vrouwen. Er is ook een Turkse vrouw bij, die alles heel gewoon blijkt te vinden. Na het onderzoek neemt hij rustig de tijd om op de werkvragen in te gaan. Eén heerschap geeft hij ervan langs omdat hij nog steeds tien kilo te zwaar is en meer dan een pakje sigaretten per dag rookt. Of het veel zal helpen?

Het laatste PBGO betreft een 49-jarige vertegenwoordiger van een groot adviesbureau. Hij blijkt al twee jaar nauwelijks genoeg te hebben aan het weekend om weer wat 'bij te komen'. Zijn rayon is de laatste tijd danig gegroeid door een stijging van het aantal opdrachten en met meer personeel aannemen is de directie nogal voorzichtig, zoals blijkt. De man maakt werkweken van 50 tot 55 uur en daar komt de stress van de autofiles nog bij.

Piet acht deze situatie ontoelaatbaar, zeker als het nog langere tijd zal voortduren. 'Daar komen geheid brokken van', verklaart hij. Er wordt afgesproken dat Piet met het management van het bureau zal praten. Later hoor ik, dat het rayon van de man met liefst 30% is verkleind. Men was echt geschrokken van het verhaal van Piet. In het bedrijfsleven hollen ze vaak door tot ze erbij neervallen! □

De eerstelijnspsycholoog in de praktijk

Een onderzoek van de vakgroep Huisartsgeneeskunde in Leiden

Alweer een nieuwe functionaris in de gezondheidszorg? Dat is soms de reactie wanneer wordt gesproken en geschreven over de eerstelijnspsycholoog. Vele beleidsnota's zijn in de afgelopen jaren verschenen over de taken, organisatorische condities, financiering en samenwerkingsrelaties met andere zorgverleners van de eerstelijnspsycholoog (zie bv. Derksen, 1987¹). Recent verscheen in dit tijdschrift een redactioneel commentaar waarin wordt bepleit een structureel en financieel kader te scheppen dat de aanwezigheid van specifiek opgeleide psychologen in de eerste lijn vergemakkelijkt². De waardering door huisartsen van eerstelijnspsychologen is relatief hoog. In het onderzoek van Heikens en Beuger (1988) worden vooral 'goede consultatiegemogelijkheden' en 'goede behandelingsresultaten' genoemd door de huisartsen die naar de eerstelijnspsycholoog verwezen³.

Empirische gegevens over welke patiënten door de eerstelijnspsycholoog worden gezien, welke klachten door patiënten worden gepresenteerd, op welke wijze de eerstelijnspsycholoog behandelt en met welke resultaten, zijn echter bepaald schaars^{4, 5}. In het buitenland zijn over deze onderwerpen wel enkele publikaties verschenen, bijvoorbeeld van Klerman⁶. Met enige voorzichtigheid kan op grond van die publikaties worden geconcludeerd dat psychologische behandeling van patiënten in de eerste lijn leidt tot een vermindering van medische consumptie en psychologische morbiditeit.

Na alle beleidsnota's, forumdiscussies, ideologische beschouwingen en ruzies over afbakening van werkterreinen van (huis)arts en psycholoog, willen wij – aan de hand van een systematische analyse van de ervaringen van de eerste twee auteurs – in deze bijdrage beschrijven wat gezondheidspsychologen in de huisartspraktijk kunnen doen.

SAMENWERKING

De huisartspraktijk waar dit onderzoek zich op richtte, omvat 2.500 patiënten en wordt gevoerd door twee vrouwelijke huisartsen. De verhouding ziekenfonds-particulier verzekerde patiënten binnen

G. A. Lamers c.s.

Psychologische hulpverlening in de eerste lijn is een nuttig alternatief voor de behandeling van patiënten bij wie de huisarts grote twijfels heeft over de somatische aard van de gepresenteerde klachten. Lang hoeft die 'alternatieve' hulp niet te duren, en: het helpt. Dit zijn enkele uitkomsten van een onderzoek dat was opgezet door de vakgroep Huisartsgeneeskunde in Leiden.

de praktijk is 50%-50%, tegen een landelijk gemiddelde van 65%-35%. Deze afwijking in de patiëntenpopulatie wordt veroorzaakt door een relatief groot aantal hoog opgeleide, jongere personen in de praktijk. Ook alleenstaanden en vrouwen zijn oververtegenwoordigd; deze categorie patiënten koos veelal bewust voor een vrouwelijke huisarts. Bij beide huisartsen bestaat daarnaast de indruk dat zich bij hun praktijk relatief veel patiënten met psychosociale problematiek aanmelden. Motieven tot samenwerking met een psycholoog binnen de praktijk waren voor hen:

- blijvende betrokkenheid van de huisartsen bij de psychologische behandeling van patiënten, waardoor een betere coördinatie van de totale begeleiding is gagarandeerd;
 - drempelverlaging voor psychologische behandeling voor sommige patiënten; en
 - de mogelijkheid snel naar de psycholoog door te verwijzen.
- De gesprekken met patiënten werden in hetzelfde pand als de huisartspraktijk gevoerd. Zo nodig was er sprake van huisbezoek. De behandelingen door de psycholoog waren gratis. Eens per week vond overleg plaats tussen huisartsen en psychologen; daarbij kwamen de volgende zaken aan de orde:
- introductie en selectie van eventueel door de psychologen in behandeling te nemen nieuwe patiënten;
 - bespreking van de therapievoortgang van in behandeling zijnde patiënten;

– bereiken van consistentie in de benadering van de patiënt door arts en psycholoog en het op elkaar afstemmen van de behandelingen.

Tijdens de onderzoeksperiode waren de selectiecriteria bij aanname van nieuwe patiënten door de psychologen zeer ruim: alle patiënten die volgens de huisartsen in aanmerking kwamen en in behandeling toestemden, werden ook daadwerkelijk in behandeling genomen.

METHODE VAN ONDERZOEK

In de periode augustus 1986 tot september 1987 werden door betrokken huisartsen 50 patiënten doorverwezen naar de beide psychologen. Aan de patiënten werd na afloop van de behandeling een vragenlijst voorgelegd. Deze lijst bevatte vragen over lichamelijke klachten vóór en na de behandeling door de psycholoog, het huidige medicijngebruik en de mate van inzicht in de mogelijke relatie tussen somatische en psychologische klachten. De verwijzende huisartsen werd gevraagd naar het aantal huisartsconsulten vóór en na de behandeling door de psycholoog, welke klachten daarbij waren voorgelegd en de eventueel voorgeschreven medicatie. Ook werd hen gevraagd naar eventuele problemen van de patiënt met verwijzing naar psychologische hulpverlening.

Gegevens met betrekking tot de aard en de doelen van de psychologische behandelingen werden verkregen via een registratieformulier dat door de psychologen werd ingevuld aan de hand van hun verslaglegging van de behandelingen.

RESULTATEN

In 78% van de gevallen werd somatische problematiek als eerste aan de huisarts gepresenteerd. In de twee maanden vóór de verwijzing naar de psycholoog beoordeelden de huisartsen slechts 6% van de door de patiënten gepresenteerde klachten als 'puur somatisch'. Door 10% van de patiënten werd expliciet om doorverwijzing binnen het medisch circuit gevraagd terwijl de arts verwijzing niet geïndiceerd achtte. In 50% van de gevallen voerden de huisartsen meer gesprekken

met de patiënt voordat deze zich wilde laten doorverwijzen naar de psycholoog. In de tabellen 1 tot en met 5 zijn de belangrijkste resultaten van het onderzoek samengevat.

Van de respondenten verwachten de meesten dat het in de toekomst beter met hen zal gaan. Eén patiënt denkt dat het slechter zal gaan en meldt zich opnieuw aan voor behandeling; hier moet echter rekening worden gehouden met sociaal wenselijke antwoordtendenties.

Alle patiënten geven aan verband te (zijn gaan) zien tussen hun lichamelijke en psychosociale klachten. 78% ziet een positieve relatie tussen de gesprekken met de psycholoog en de vermindering van hun somatische klachten; 52% van de patiënten bracht tijdens of na de behandeling een belangrijke verandering in zijn leven aan (tabel 5).

DISCUSSIE

Het onderzoek was bedoeld om meer zicht te krijgen op de mogelijke effecten van psychologische hulpverlening binnen deze huisartspraktijk en om aangrijpingspunten te vinden voor voortzetting ervan in de toekomst. Daarom zijn wij niet verder gegaan dan descripties van de resultaten en zijn we voorzichtig met betrekking tot interpretaties ervan.

Ondanks de methodologische tekortkomingen lijkt de *conclusie* gerechtvaardigd, dat psychologische hulpverlening in de eerste lijn een nuttig alternatief is voor de behandeling van patiënten bij wie de huisarts grote twijfels heeft over de somatische aard van de geïmpreterde klachten. De duur van de behandelingen geeft aan dat psychologische hulpverlening geen langdurig proces hoeft in te houden en de effecten wijzen in de richting dat deze vorm van hulpverlening leidt tot afname van medische consumptie, een meer positieve kijk op de toekomst en een toename van zelfredzaamheid van patiënten. Deze bevindingen komen overeen met Amerikaans onderzoek naar de effecten van psychologische hulpverlening binnen medische settingen⁷.

Overeenkomstig epidemiologische gegevens lijken lager opgeleiden een grote risico te lopen op psychologische en/of psychosociale problemen^{8,9}. Terwijl voor de totale populatie van de onderzochte praktijk geldt dat deze zich onderscheidt door een relatief groot percentage hoog opgeleide patiënten, was de door de psychologen behandelde groep met een lage opleiding het grootst. Dit is opmerkelijk, aangezien bekend is dat laag opgeleide

Tabel 1. Achtergrondgegevens (N = 50).

GESLACHT		VERZEKERINGSVORM	
man	12	ziekenfonds	38
vrouw	38	particulier	12
LEEFTIJD		OPLEIDINGSNIVEAU	
< 20 jr.	1	hoog	13
20-40 jr.	44	middelbaar	14
> 40 jr.	5	laag	23

Tabel 2. Technieken en doelen van de therapie (N = 50, meer dan één mogelijkheid).

TECHNIEKEN		DOELEN	
gedragstherapie	56%	aanleren coping skills	68%
rationeel-emotieve therapie	40%	leren verbaliseren	48%
client centered therapy	38%	gevoelens	48%
literatuur lezen	28%	verwerking/ herwaardering	23%
interactieve technieken	24%	crisisinterventie	12%
gestalttechnieken	14%	motiveren behandeling	14%
systeembenadering	12%	in tweede lijn	12%
hypnose	10%	relatietherapie	12%

Tabel 3. Aantal behandelingen (gemiddeld 10).

≤ 5 : 24%	6-10 : 36%	11-20 : 28%	≥ 21 : 12%
-----------	------------	-------------	------------

Tabel 4. Effecten van de behandelingen in procenten van de populatie.

	somatische klachten	psychosomatische klachten	huisartsconsulten
verbeterd	76%	88%	70%
gelijk gebleven	10%	12%	14%
verslechterd	14%	0%	16%

Tabel 5. Belangrijke veranderingen in het leven van patiënten.

gaan werken/ander werk	(nieuwe) sociale contacten	andere relatie/relatievorm	overige
21%	15%	15%	16%

patiënten relatief moeilijk te bereiken zijn voor psychologische hulpverlening. Een interessante bevinding betreft het feit dat er geen patiënten naar de psychologen zijn verwezen bij wie een somatische aandoening (bijvoorbeeld diabetes, astma, hypertensie) ten gevolge van inadequate ziektegedrag frequent ontspoort. Vooral in de huisartsgeneeskunde lijken activiteiten van psychologen op dit toepassingsgebied van de 'Behavioral Medicine' een goede toekomst te hebben¹⁰.

Voor de *verklaring* van de bemoedigende resultaten kan een aantal zaken in overweging worden genomen. Ten eerste worden de huisartsen gekenmerkt door een positieve attitude ten opzichte van psychologische hulpverlening, letten zij in hoge mate op de eventuele rol van

psychologische factoren en besteden zij uitvoerig aandacht aan het motiveren van de patiënt voor psychologische behandeling. Ten tweede lijkt het feit dat de psychologische behandeling binnen de praktijk plaatsvond, een belangrijke drempelverlagende werking te hebben gehad. Ten derde werd de behandeling toegesneden op de individualiteit van de patiënt. Uit de beschrijving van de behandelingsvormen kan worden afgeleid dat van een eclectische benadering werd uitgegaan, waarbij directiviteit in de zin van het bevorderen van de zelfwerkzaamheid en het probleemoplossend vermogen van de patiënten vooropstond. Een monomethodische dan wel uitsluitend inzicht gevende benadering bij deze groep patiënten, die wordt gekenmerkt door een somatiserende attitude ten aanzien van psychologische problemen en een relatief hoge drempelvrees voor psychologische benaderingen, wordt dan ook niet aanbevolen.

Met dank aan de huisartsen M. E. T. C. van den Muysenbergh en E. K. Fogelberg voor hun enthousiasme voor en medewerking aan dit onderzoek.

G. A. Lamers is als psychologe werkzaam in een huisartspraktijk in Leiden.

M. Engelkes, psychologe, is thans werkzaam in het Nederlands Astmacentrum Davos.

G. J. Methorst, psychologe, is universitair hoofddocent bij de vakgroep Klinische Gezondheids- en Persoonlijkheidspsychologie aan de Rijksuniversiteit Leiden.

A. A. Kaptein, psycholoog, is universitair hoofddocent bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde in Leiden.

Literatuur

1. Derksen JJJ (red). De samenwerking tussen psycholoog en huisarts. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1987.
2. Spreeuwenberg C. Psychologen in de eerste lijn. Medisch Contact 1989; 44: 903.
3. Heikens J, Beuger PJ. De psycholoog in de eerste lijn en wat huisartsen ervan vinden. Medisch Contact 1988; 43: 141-2.
4. Schrijnemaekers V. De psychologie en de eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 1989.
5. Verhaak PFM. De psycholoog in de eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 1985.
6. Klerman GL, Budman S, Berwick D, et al. Efficacy of a brief psychosocial intervention for symptoms of stress and distress among patients in primary care. Medical Care 1987; 25: 1078-88.
7. Diekstra RFW, Methorst GJ, Bekker FJ, et al. Economische en maatschappelijke baten van psychologische hulpverlening. De Psycholoog 1987; 22: 137-42.
8. Vliet RCJA van. Analyse van verschillen in medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Gezondheid en Samenleving 1982; 2: 54-68.
9. Janssen HAM. Het gezin als bemiddelende instantie tussen sociale klasse en psychische stoornis. Gezondheid en Samenleving 1982; 2: 153-66.
10. Kaptein AA, Ploeg HM van der, Garssen B, et al (red). Behavioral Medicine. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu, 1986.

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk

Beleving van problemen en huisartshulp

Psychosociale problematiek vormt een belangrijk deel van het dagelijks werk van de huisarts. Vaak wordt ze verhuld aan de huisarts aangeboden, soms wordt ze gepresenteerd in de vorm van een rechtstreekse hulpvraag. Lamberts en anderen classificeerden in 28.000 hulpverleningscontacten 8% van de 'reasons for encounter' in de ICPC-categorieën 'psychisch' en 'sociaal'¹. Patiënten met psychosociale problemen vormen voor de huisarts niet het gemakkelijkste deel van de patiëntenpopulatie; zij zorgen voor een groot deel van de werklust in de praktijk². Diagnostiek en behandeling kunnen aanzienlijke problemen met zich brengen.

Voor een goed contact met deze patiënten en voor een effectieve hulpverlening is het belangrijk dat de huisarts goed weet wat er in hen omgaat, hoe ze tegen hun problemen aankijken en hoe ze de hulp van de huisarts ervaren. Het is juist bij deze patiënten essentieel dat de aandacht wordt gericht op het zelf verantwoordelijk zijn voor het oplossen van de eigen problemen. Dit voorkomt dat arts en patiënt in een uitzichtloze relatie terecht komen met allerlei vormen van somatische en psychosociale fixatie³.

In het hier beschreven onderzoek trachten we ten aanzien van patiënten van wie de aard van de klacht als 'psychosociaal' was geïdentificeerd en die ook zelf hun problemen als psychosociaal benoemden, antwoord te vinden op de volgende vragen:

- Welke ideeën hebben zij over hun problemen en over de door de huisarts geboden hulp?
- In hoeverre wijken deze ideeën af van die van patiënten met klachten die als lichamelijk zijn geïdentificeerd?

METHODE

Populatie

Het onderzoek werd uitgevoerd bij patiënten van 75 ervaren huisartsen uit het oosten van ons land. Gedurende twee gesprekken werd aan zoveel mogelijk patiënten direct na het consult bij de huisarts een schriftelijke vragenlijst meegegeven, met het verzoek deze dezelfde dag nog te retourneren. Een uitzondering werd gemaakt voor patiënten jonger dan 15 jaar en voor patiënten die de Nederlandse taal te weinig leken te beheersen.

R. Grol c.s.

Onder de patiënten van 75 huisartsen in het oosten van Nederland werd een onderzoek uitgevoerd naar psychosociale problematiek in de huisartspraktijk. Het onderzoek werpt licht op de speciale beleving van deze patiëntengroep en onderstreept tevens het belang van aandacht tijdens het consult voor die specifieke beleving. Een bericht uit het Nijmeegs Huisartsen Instituut. Auteurs: R. Grol, T. Toemen, W. van Beurden en A. Smits.

De lijst werd aan 2.028 patiënten meegegeven; 1.270 goed ingevulde lijsten (63%) kwamen terug.

Niet-respondenten verschilden wat betreft leeftijd, geslacht en gepresenteerde klachten niet van respondenten. De leeftijds- en geslachtsverdeling van de respondenten bleek in grote lijnen representatief voor de normale huisartspopulatie⁴. Patiënten vulden een open vraag in: 'Wat is er met u aan de hand?' De antwoorden werden vervolgens de ICPC geïdentificeerd¹. In de onderzoekspopulatie bleken 73 patiënten (6%) een psychisch of sociaal probleem te hebben genoemd. Bij vergelijking van de probleemomschrijving van de patiënt met die van de huisarts-observator tijdens het consult bleken beide volledig met elkaar overeen te komen. Ter vergelijking werd een groep patiënten met hoofdzakelijk lichamelijke klachten, in casu luchtwegklachten geselecteerd: 112 patiënten (9% van het totaal) met klachten als hoesten, keelpijn, oorpijn, verkoudheid, etc. Tevens werden scores berekend voor de totale populatie (N = 1.270).

Meetinstrumenten

Met de vragenlijsten werden de volgende patiëntkenmerken gemeten:

- subjectieve beleving van de eigen gezondheid. Patiënten konden op de vraag: 'Hoe vindt u uw gezondheidstoestand?' antwoorden op een vijfpuntschaal, lopend van slecht tot zeer goed;
- motieven tot het bezoek aan de huisarts. In de vragenlijst werden negen rede-

nen voor het bezoek, achteraf gezien, opgesomd (zorgen over klachten, voor onderzoek, etc.; zie tabel 1). De patiënt kon van elke reden aangeven of deze van toepassing was geweest;

- opvattingen over de oorzaken van de problemen of klachten. Aansluitend bij de literatuur over 'attributies'^{5,6}, waarmee het toeschrijven van klachten of problemen aan bepaalde oorzaken wordt bedoeld, werd een vragenlijst met acht mogelijke oorzaken voorgelegd (zie tabel 2). Scoring vond plaats op een driepuntschaal;

- opvattingen over het gewenste beleid. Deze werden gemeten met behulp van een open vraag ('Wat moet er volgens u met uw klacht, ziekte of probleem gebeuren?'). Op basis van een inhoudsanalyse werd een beoordelingsschema voor de antwoorden ontwikkeld. De opvattingen van patiënten werden in categorieën ondergebracht (zie tabel 3);

- opvattingen over zelfzorg. Deze werden gemeten door middel van twee open vragen: 'Wat kunt u zelf doen voor uw ziekte, klacht of probleem?' en: 'Wat moet u juist niet doen?' De antwoorden werden in een aantal categorieën ondergebracht (zie tabel 4);

- beleving van de relatie met de arts. Van de vragen die op dit gebied werden gesteld, was er alleen sprake van voldoende spreiding bij de vraag: 'In hoeverre voelt u zich op uw gemak bij de huisarts?';

- bereidheid adviezen en voorschriften van de arts op te volgen. Er werden vijf vragen voorgelegd over de acceptatie van het beleid van de huisarts en of men dit uitvoerbaar en effectief achtte. Factoranalyse over de goed spreidende antwoorden toonden één dimensie, die we interpreteerden als 'de bereidheid om de adviezen en voorschriften op te volgen'. Per patiënt werd een score op deze dimensie berekend.

RESULTATEN

Tabel 5 geeft inzicht in leeftijd, geslacht en opleiding van de groep patiënten. Patiënten met psychosociale problemen bleken in het algemeen jonger, vaker van het vrouwelijk geslacht en met minder opleiding dan patiënten met klachten van de luchtwegen. Bovendien kwamen ze in het recente verleden vaker op het spreekuur.

Subjectieve beleving van de eigen gezondheid

Patiënten met psychosociale problemen ervoeren hun gezondheid relatief zeer vaak als minder goed: 62% noemde de eigen gezondheid matig of slecht, tegen 30% van de patiënten met luchtwegklachten en 34% van de totale populatie.

Motivatie tot het bezoek aan de huisarts

Tabel 1 biedt een overzicht van motieven tot het bezoek aan de huisarts, zoals de patiënt deze ná het consult aanduidde. Voor patiënten met psychosociale problemen valt op dat ze relatief vaak kwamen vanwege zorgen over de problemen. Ze verwachtten veel vaker dan de andere patiënten een gesprek over hun zorgen en problemen, alsook uitleg en advies van de huisarts. Een niet onaanzienlijk deel wilde medicijnen (37%), lichamelijk onderzoek (16%) of een verwijzing (15%) en week daarin niet af van patiënten met vooral lichamelijke klachten of aandoeningen.

Opvattingen over de oorzaken van de problemen

Patiënten met psychosociale problemen

Tabel 1. Motieven tot het bezoek aan de arts (frequenties in percentages).

Patiënt kwam:	psy- choso- ciaal (N = 73)	lucht- wegen (N = 112)	totaal (N = 1.270)
vanwege zorgen over klachten of problemen	71	49	55
vanwege te veel last, hinder	64	68	56
om te weten wat er aan de hand was	55	56	57
voor gesprek over problemen of zorgen ter controle, voor uitslag, herhaalrecept, etc.	37	20	36
om goed te worden onderzocht	16	21	22
voor uitleg en/of advies van de arts	62	37	47
voor medicijnen	37	51	34
voor een verwijzing	15	7	16

Tabel 2. Opvattingen over de oorzaak van de klachten of het probleem (frequenties in percentages).

	psy- choso- ciaal (N = 73)	lucht- wegen (N = 112)	totaal popu- latie (N = 1.270)
spanningen of problemen	100	33	41
gejaagd en druk leven	83	32	38
verkeerd of te veel eten	23	6	15
te veel roken/drinken	31	23	13
leeftijd, ouder worden	40	23	36
weersomstandigheden, seizoensinvloeden	27	86	33
erfelijke aanleg, aangeboren eigenschap	19	25	19
lichamelijke afwijking	12	13	15

Tabel 3. Ideeën over het gewenste beleid (frequenties in percentages).

	psy- choso- ciaal (N = 73)	lucht- wegen (N = 112)	totaal popu- latie (N = 1.270)
patiënt vindt verder onderzoek, behandeling of controle nodig	25	19	45
patiënt vindt medicatie nodig	12	45	29
patiënt vindt bepaalde zelfzorgactiviteiten nodig	41	11	15

Tabel 4. Ideeën over zelfzorg (frequenties in percentages).

	psy- choso- ciaal (N = 73)	lucht- wegen (N = 112)	totaal popu- latie (N = 1.270)
meer ontspanning, minder druk leven ...	56	13	9
gerichte voorschriften (bv. niet tillen, rust)	19	24	16
stoppen/matigen roken/alcohol	7	24	7
symptomatische behandeling (bv. huis-middel)	3	54	25
letten op voeding	0	8	10

schrijven hun problemen veel vaker dan andere patiënten – niet helemaal onverwacht – toe aan een druk leven of het hebben van spanningen (tabel 2). Opvallend is dat ook relatief vaak te veel roken en/of drinken, verkeerd of te veel eten en de leeftijd als oorzaak voor de eigen problemen worden genoemd. Er is een duidelijk verschil met patiënten met luchtwegklachten, bij wie weersomstandigheden als oorzaak favoriet zijn.

Opvattingen over het gewenste beleid en over zelfzorg

Patiënten met psychosociale problemen zien vooral vaker dan andere patiënten dat ze zelf iets voor hun klachten of problemen moeten doen (tabel 3). Ongeveer een kwart van de patiënten vindt niettemin verder onderzoek of behandeling nodig.

Waar het zelfzorg betreft (tabel 4) springt in het oog dat ruim de helft van de patiënten met klachten van psychosociale aard zegt minder gespannen en druk te moeten gaan leven, tegenover ruim 10% van de patiënten met luchtwegklachten; deze laatste groep ziet vooral heil in allerlei huismiddelen (bijvoorbeeld stomen).

Beleving van de relatie met de arts en bereidheid adviezen op te volgen

In tabel 6 tenslotte ziet men dat patiënten met psychosociale problemen zich relatief vaak minder op hun gemak voelen bij de arts en twijfelen aan het effect op de

uitvoerbaarheid van de adviezen van de arts. Dit betreft ongeveer eenderde van deze patiënten.

CONCLUSIES

In dit onderzoek zijn ideeën en belevingen van patiënten na het bezoek aan de huisarts geïnventariseerd. Wellicht was het voor bepaalde belevingsaspecten beter geweest ze vóór het consult te meten (motieven om de arts te bezoeken bijvoorbeeld), maar dit was om praktische redenen binnen het onderzoek niet mogelijk. Tegelijkertijd kan men veronderstellen dat de beleving en ideeën niet alleen door het laatste consult bij de huisarts zullen zijn beïnvloed, maar in de loop van de tijd zijn opgebouwd door regelmatig contact met de arts, door de invloed van de massamedia en door invloeden uit de sociale omgeving.

De resultaten maken duidelijk dat het bij patiënten met psychosociale problemen gaat om een aparte categorie patiënten in de huisartspraktijk, met eigen specifieke probleemgebonden 'health beliefs'. Zij tonen ook duidelijk de waarde van dit soort studies naar typisch klachtgebonden beleving en ideeën van patiënten⁶⁻¹¹. Hoewel de betrokken patiënten zich blijkbaar bewust zijn van de psychosociale aard van hun problemen en deze relatief vaak toeschrijven aan een gespannen leven of het hebben van spanningen, maken de meesten zich toch zorgen over hun problemen en ervaren ze hun gezondheid als minder goed. Voor deze patiënten

Tabel 5. Leeftijd, geslacht, opleiding van patiënten en frequentie van doktersbezoek (frequenties in percentages).

	psycho- sociaal (N = 73)	lucht- wegen (N = 112)	totaal populatie (N = 1.270)
leeftijd > 50 jaar	23	28	36
vrouwen	74	55	62
minder opleiding	68	58	66
frequent contact met arts in afgelopen periode	47	25	25

Tabel 6. Beleving van de relatie met en hulp van de huisarts (frequenties in percentages).

	psy- choso- ciaal (N = 73)	lucht- wegen (N = 112)	totaal popu- latie (N = 1.270)
patiënt voelt zich minder op gemak bij huisarts	35	12	15
patiënt twijfelt aan effect of uitvoerbaarheid van adviezen en voorschriften	35	15	17

leeft het onderscheid tussen lichamelijke en geestelijke gezondheid mogelijk veel minder sterk. Patiënten met psychosociale problemen verwachten vaak een gesprek over hun problemen of uitleg en adviezen van de huisarts. Een aanzienlijk deel ziet echter ook heil in verder onderzoek en medicatie, twijfelt aan de effecten en uitvoerbaarheid van de adviezen van de huisarts en voelt zich er niet zo op zijn gemak. Een groot aantal van deze patiënten ziet een minder gespannen leven, waar ze zelf voor moeten zorgen, als mogelijkheid tot herstel. Dit lijkt bij deze groep patiënten goed bespreekbaar.

Het ging hier om een betrekkelijk kleine groep patiënten uit het oosten van Nederland. Het is niet ondenkbaar dat de resultaten elders anders zullen zijn. Toch bieden de resultaten aanknopingspunten voor huisartsen bij de aanpak van deze

patiëntencategorie in de dagelijkse praktijk. Zo lijken een gesprek en uitleg over de leefwijze van de patiënt vaak in goede aarde te vallen. Men dient er echter ook op bedacht te zijn (en te bespreken) dat deze patiënten én veel behoefte hebben aan allerlei soorten hulp én twijfel over de effectiviteit daarvan. Hier ligt een specifieke uitdaging voor de huisarts. □

Literatuur

1. Lamberts H, Wood P. ICPC. International classification for primary care. Oxford: University Press, 1987.
2. Huygen F, Hoogen H van den, Logt A van der, Smits A.

Nervus-functionele klachten in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1321-7, 1372-6.

3. Grol R, red. To heal or to harm. The prevention of somatic fixation in general practice. London: The Royal College of General Practitioners, 1988.

4. Brekel E van de. Gezondheidsenquêtes. Maandbericht gezondheidsstatistiek (Centraal Bureau voor de Statistiek) 1987; 2: 5-24.

5. King J. Health beliefs in the consultation. In: Pendleton D, Hasler J (eds). Doctor-patient communication. London: Academic Press, 1983.

6. Watts F. Attributional aspects of medicine. In: Antaki C, Brewin C (eds). Attributions and psychological change. London: Academic Press, 1982.

7. Strecher V, McEvoy de Vellis B, Becker M, Rosenstock J. The role of self-efficacy in achieving health behaviour change. Health Education Quarterly 1986; 13: 73-92.

8. Stanton A. Determinants of adherence to medical regimens by hypertensive patients. J Behav Med 1987; 10: 377-94.

9. Rosenstock I, Strecher V, Becker M. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Education Quarterly 1988; 15: 175-83.

10. Williams G, Wood P. Common sense beliefs about illness: a mediating role for the doctor. Lancet 1986; 20/27: 1435-7.

11. Rolland J. Towards a psychosocial typology of chronic and life threatening illness. Fam Syst Med 1984; 2: 245-62.

Interventiemogelijkheden van 'behavioral medicine'

Medische interventies en de daaraan ten grondslag liggende observaties zijn zowel cultureel bepaald als sterk afhankelijk van tijdsfactoren. Zo constateerde Lynn Payer dat in de Verenigde Staten bij borstkanker driemaal zoveel wordt geamputeerd als in Engeland¹; in Duits sprekende landen worden driemaal zoveel blindedarmen geopereerd als in welk ander land ook, en in Frankrijk hebben patiënten een zevenmaal grotere kans een placebo voorgeschreven te krijgen. Roken werd dertig jaar geleden nauwelijks als een probleem gezien, indachtig reclames als 'Chief Whip op ieders lip' en 'Altijd trek in Old Mac'; nu weten wij dat roken een van de belangrijkste oorzaken is van hart- en vaatziekten en longkanker. Ook individuele factoren spelen een rol; artsen kunnen sterk verschillen in hun zienswijze op de etiologie van allerlei aandoeningen.

Ten Horn vroeg 83 huisartsen aan te geven of de oorzaken van bepaalde aandoeningen 'psychisch', 'somaatich' of 'niet in te delen' is (tabel 1)². Verschillen in zienswijze hieromtrent zullen, naar men mag aannemen, ook tot verschillende werkwijzen leiden. Wordt bij klachten met een gepercipieerde psychische oorzaak méér met de patiënt gepraat door de huisarts of worden deze klachten toch als somatisch behandeld? Laten wij als voor-

Prof. Dr. E. C. Klip

De kennis van de rol van gedragsfactoren bij lichamelijke aandoeningen en vooral de verandering van deze factoren is niet alleen van belang bij interventie, maar vooral ook bij voorlichting en preventie. Een stap in de goede richting hiertoe noemt Prof. Dr. E. C. Klip, hoogleraar medische psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen, de oprichting van een Nederlandse Behavioral Medicine Federatie.

beeld slaapklachten nemen. In 1977 werden zo'n 138 miljoen dagdoseringen slaapmiddelen omgezet, hetgeen neerkomt op een chronisch gebruik door 4% van de volwassen Nederlanders³. Tussen theorie (slapeloosheid heeft psychische oorzaken) en praktijk (medicamenteuze behandeling) is kennelijk een groot verschil, hetgeen ook moge blijken uit het onderzoek van de huisarts Sietsma⁴. Deze legde 205 collega's het volgende probleem voor: Een vrouw van 36 jaar belt op: 'Ik voel mij de laatste tijd erg gespannen. Ik weet wel waar het van komt. Ik zal het zelf moeten oplossen. Het slapen gaat

slecht. Heeft u daar wat voor?' Van de ondervraagde artsen was 61% van mening dat ze het probleem telefonisch konden afhandelen door een medicijn voor te schrijven. Dezelfde vraag werd ook gesteld aan 243 patiënten uit de praktijk van de onderzoeker; deze groep was in meerderheid (81%) van mening dat een persoonlijk gesprek de voorkeur verdiende. Dat huisartsen en patiënten wel eens van mening verschillen over de wijze van behandelen is op zich niet verwonderlijk. Wij mogen aannemen dat beide partijen als regel er wel uitkomen: Bensing constateert, dat 71% van de tijd die een huisarts aan directe patiëntenzorg besteedt patiënten met psychosociale problematiek betreft⁵. Dit percentage kan ook verklaren dat een huisarts relatief weinig naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg verwijst: in een gemiddelde huisartspraktijk 16 à 17 keer per jaar⁶.

Voor ons betoog zijn twee vragen belangrijk:

– Hoe gaat een huisarts om met psychosociale klachten die als somatische problemen worden gepresenteerd, en wat kan de rol van de 'behavioral medicine' hierbij zijn?

– Welke patiënten met genoemde problematiek worden doorverwezen naar de specialist c.q. het ziekenhuis en wat zijn

de interventiemogelijkheden van de 'behavioral medicine' op dit niveau?

HUISARTS-PATIËNT

Hiervóór is gesproken over somatische klachten waarin psychosociale aspecten een rol spelen. Volgens de gangbare opvattingen binnen de 'behavioral medicine' zou dit een reductie betekenen: iedere lichamelijke aandoening zou tot de 'behavioral medicine' behoren, omdat er altijd gedragsfactoren zijn aan te wijzen. Hoewel dit standpunt theoretisch misschien juist is, is praktisch gezien het aantal valkuilen legio. De specifieke rol van gedragsfactoren is nog lang niet altijd duidelijk, laat staan de interventies. Over de hoeveelheid klachten bij deze reductie behoeft de 'behavioral medicine' zich geen zorgen te maken. In Nederland vinden naar schatting jaarlijks gemiddeld 9,5 miljoen contacten plaats tussen huisarts en patiënt waarin expliciet een psychosociale hulpvraag aan de orde is. Somatische klachten als 'vertaling' van psychosociale problematiek worden ongeveer 21,5 miljoen keer gepresenteerd⁵. Het Nederlands Huisartsen Instituut heeft getracht na te gaan om welke klachten het gaat. Hierbij wordt de somatische hulpvraag in twee groepen consulten onderscheiden: consulten waarbij de arts géén verholde psychosociale problematiek aanwezig acht en consulten waarbij deze wél aanwezig is (tabel 2).

Een belangrijke vraag is, wanneer de huisarts een somatische klacht als 'soma-tisch' of als 'psychosociaal' beoordeelt. Deze beoordeling zal de verdere strategie bepalen, bijvoorbeeld zelf behandelen, samenwerken met andere disciplines of verwijzen. Nemen wij als voorbeeld adipositas: De huisarts kan besluiten de klacht zelf te behandelen, bijvoorbeeld door het voorschrijven van eetlustremmende middelen, diëten, lichaamsbeweging, etc. Deze meer somatisch gerichte interventies hebben als regel weinig succes: de patiënt houdt zich niet aan de voorschriften; naar schattingen doet deze geringe therapietrouw ('compliance') zich voor bij 10% tot 30% van de betrokken patiënten. De 'compliance' kan met betrekkelijk geringe maatregelen worden verhoogd; in de literatuur worden onder meer genoemd⁷; informatie over de klacht en de medicatie, afspraken over tijdstip van inname, het sluiten van contracten met de patiënt, het noteren van afspraken, steun van de omgeving, etc. Toch wordt met

Tabel 1. Oorzaken van aandoeningen, zoals gepercipieerd door 83 huisartsen.

aandoening	soma-tisch	niet in te delen	psy-chisch
dysenterie	83	0	0
huidgezwel/huidkanker	81	2	0
astma	50	29	4
jeuk	25	36	22
vetzucht	25	18	40
pijn bij het hart	16	38	29
migraine	16	27	40
overgangsklachten	20	31	32
depressies	3	7	73
slapeloosheid	1	7	75

Bron: Ten Horn, 1973.

Tabel 2. Vergelijking van de somatische hulpvraag in twee groepen consulten.

soort klachten	totaal aantal somatische klachten	soma-tische klachten %	verholde psycho-sociale klachten
algemene en niet-specifieke klachten	232	35	65
bloed, bloedvormende organen, lymfestelsel, milt	13	*	*
spijsverteringsorganen	104	32	68
oog	32	59	41
oor	54	70	30
bloedsomloop	113	35	65
bewegingsapparaat	161	44	56
neurologisch (zenuwstelsel)	49	27	73
ademhalingsorganen	191	41	59
huid	92	42	58
endocriene, spijsverterings- en voedingsstoornissen	24	38	62
urologie	31	61	39
vrouwelijk genitaal systeem	139	49	51
mannelijk genitaal systeem	8	*	*
	N=1.243 (568 con-sulten)	N=518 (276 con-sulten)	N=725 (310 con-sulten)

Bron: NHI, 1984.

deze maatregelen vaak ontkend dat er waarschijnlijk geen gedrag is dat zo sterk geconditioneerd is als eten. Volgens bekende principes uit de klassieke en operante conditionering kan eten aan een veelheid van andere gedragingen en gevoelens zijn gekoppeld. De arts kan bij het vaststellen van deze gedragsfactoren niet buiten de expertise van de psycholoog, zoals deze laatste ook dient te erkennen dat sommige biologische factoren buiten het bereik van de gedragstherapie liggen. Voor de eerste lijn betekent dit een structurele inpassing van psychologen. Goede samenwerking met huisartsen is daarbij een conditio sine qua non, enerzijds omdat de huisarts in de structuur van onze gezondheidszorg nu eenmaal een poortwachterfunctie heeft, anderszijds omdat het voor patiënten gemakkelijker is de

somatische kant van een probleem te presenteren dan de psychologische zijde. Al eerder is opgemerkt dat huisartsen relatief weinig verwijzen naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg, des te meer echter naar de specialist: ongeveer 575 keer per jaar in een huisartspraktijk⁶. De redenen voor verwijzing zijn complex; zij hebben te maken met gebrek aan tijd, faciliteiten of vaardigheden, de onzekerheid van de huisarts over het missen van een diagnose, een verstoorde relatie met de patiënt. De rol van de patiënt is blijkens een onderzoek van Dopheide en Nijhout vaak doorslaggevend⁸. Van de 958 in hun onderzoek betrokken verwijzingen geven de huisartsen in 77% van de gevallen aan deze zelf noodzakelijk te vinden en in 23% van de verwijzingen beoordelen zij deze als niet of niet echt noodzakelijk. Ligt het initiatief tot verwijzen (volgens de huisarts) uitsluitend bij de huisarts, dan geeft deze in 98% van de gevallen aan dat deze verwijzing noodzakelijk is geweest. Als het initiatief volgens de opgave van de huisartsen meer bij de patiënt heeft gelegen, was verwijzen in nog maar 48% van de gevallen naar hun medisch oordeel nodig geweest. Indien het initiatief uitsluitend bij de patiënt ligt, menen de huisartsen dat slechts 15% van deze verwijzingen medisch gezien noodzakelijk zijn geweest. Uit het onderzoek van Krol naar verwijzingen naar kinderartsen blijkt⁹, dat er in iets meer dan de helft van de verwijzingen (97) aandrang van de kant van de ouders heeft bestaan. Bij een groot aantal verwijzingen naar specialisten en ziekenhuizen ontbreekt dus een strikt medische noodzaak, hetgeen niet wil zeggen dat deze verwijzingen zinloos zijn. Klachten kunnen ook bij deze personen en instellingen adequaat worden opgelost. SPECIALIST-PATIËNT Huisarts en patiënt verwachten niet alleen een klachtenverandering, maar ook een verandering in de mate van ongerustheid. Uit een onderzoek van De Jongh blijkt dat patiënten – en in mindere mate huisartsen – te optimistisch zijn over de te verwachten klachtenverandering na onderzoek en behandeling van de patiënt¹⁰. Dit geldt in nog sterkere mate voor de verwachtingen ten aanzien van ongerustheidsverandering, zeker wanneer de patiënt zelf op de verwijzing heeft aangedrongen: van de patiënten verwacht 88% dat de ongerustheid zal afnemen; achteraf blijkt dat dit bij 28% van de patiënten

inderdaad zo is. Het gevolg zal duidelijk zijn: de patiënt wil worden gerustgesteld en blijft te hoge verwachtingen van de mogelijkheden van specialistische zorg koesteren, waardoor overdiagnostiek en overbehandeling in de hand worden gewerkt. Bij de analyse van de ongerustheid (die vaak te maken zal hebben met angst voor ernstige ziekten) kan de psycholoog niet alleen een voor de patiënt zinvolle rol spelen: de kostenbesparing is evident. Ook al zou het percentage verwijzingen door een pregnantere plaats van psychologen in de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen teruglopen, dan nog blijft het de moeite waard juist in de tweede lijn, de specialistisch-somatische zorg, de positie van de 'behavioral medicine' te versterken. Hier worden immers de meeste kosten gegenereerd, naast (en soms als gevolg van het risico van) somatische fixatie en het ontstaan van iatrogene ziekten. Als voorbeeld noemen we de behandeling van stress-incontinentie bij vrouwen: Al naar gelang de vorm van incontinentie (urge-incontinentie: het urineverlies ontstaat door een blaascontractie, detrusordysfunctie; of stress-incontinentie: het urineverlies ontstaat door een te kort schieten van de afsluitfunctie; combinaties zijn mogelijk) worden farmaca voorgeschreven of operaties verricht met partiële of totale denervatie van de blaas. Soms wordt de urethra op de anus aangesloten (met kans op dubbele incontinentie) of wordt een stoma aangelegd. Medici hebben nogal wat bijwerkingen en zijn niet altijd effectiever dan een placebo, terwijl de operaties uiterst ingrijpend zijn met de nodige psychologische en sociale consequenties. Samenwerking van urologen met medisch psychologen heeft er in het Academisch Ziekenhuis Groningen toe geleid dat patiënten met verschillende psychologische technieken worden behandeld¹¹. Deze trainingen duren poliklinisch ongeveer drie maanden; daarna kan met urodynamisch onderzoek een stabiele blaas worden geconstateerd. Het aantal patiënten dat na afloop klachtenvrij is is gemiddeld 68%, met helaas een lager percentage bij een follow-up van een jaar. De training is daarom uitgebreid met een bekkenbodemspiertraining en een ontspanningstraining waarbij het aantal stijgt tot 78%, een resultaat dat bij een follow-up van 12-18 maanden gehandhaafd blijft¹². Gezien de omvang van het probleem (750.000 patiënten; 30% van alle 60-plussers) en het voorhanden zijn van effectieve gedragstherapeutische programma's kan een gecombineerde behandeling in ziekenhuis (voor het urolo-

gisch onderzoek) en eerste lijn effectief bijdragen aan het welzijn van deze patiënten en veel kosten besparen omdat onnodige medische ingrepen worden voorkomen.

CONCLUSIE

Samenvattend kan worden gesteld, dat in de Nederlandse situatie de belangrijkste interventies vanuit de 'behavioral medicine' vooral in de eerste lijn kunnen plaatsvinden. Binnen het ziekenhuis lijken de mogelijkheden voor preventie van somatisering en medicalisering het grootst. Hier breekt zich echter het feit dat er vanwege een achterhaalde norm: één psycholoog op driehonderd bedden, een volstrekt onvoldoende bezetting is – een feit dat ook door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is gesignaleerd, gezien het advies tot uitbreiding met een veertigtal psychologen.

TOT SLOT

In dit korte betoog is een aantal mogelijkheden niet aan de orde geweest. Niet genoemd zijn: het beïnvloeden van gezondheidsbedreigend gedrag (voedingsgewoonten, roken, lichaamsbeweging); de revalidatie bij chronisch lichamelijke aandoeningen; en de ontwikkeling van patiëntenvoorlichtingsprogramma's. Bovendien heeft de nadruk wel erg gelegen op de samenwerking tussen artsen en psychologen, en werden eerstelijnsorganisaties als het algemeen maatschappelijk werk, de wijkverpleging, de gezinszorg en de fysiotherapie niet vermeld, evenmin als een belangrijke instelling als het verpleeghuis. Toch liggen de toekomstige mogelijkheden van de 'behavioral medicine' misschien wel op deze terreinen en in de samenwerking met de genoemde organisaties.

De effecten van ingrepen in individuele medische zorg zijn in het verleden relatief klein gebleken in vergelijking met het effect van ingrepen in de omgeving van het individu. Rond 1900 zorgden een goede drinkwatervoorziening en de riolering voor een revolutie in de gezondheidszorg. De parallel lijkt voor de hand te liggen: de kennis over de rol van gedragsfactoren bij lichamelijke aandoeningen, en vooral de verandering van deze factoren, is niet alleen van belang bij interventie maar vooral bij voorlichting en preventie. De oprichting van de Nederlandse Behavioral Medicine Federatie, vorig jaar, is een stap in de goede richting. □

Literatuur

1. Payer L. *Medicine and culture. Varieties of treatment in the States, England, West-Germany and France.* New York: Holt, 1988.
2. Horn S ten. Welke sociaal-culturele variabelen hangen sterk samen met onwelbevinden geuit door somatische en/of psychische klachten. Groningen, 1973.
3. Vulto AG. Eigenschappen van slaapmiddelen en omvang van het slaapmiddelengebruik. Tijdschrift voor alcohol en psychotrope drugs 1978; 4: 65-77.
4. Sietsma E. *De telefoon in de huisartsenpraktijk.* Lelystad: Meditekst, 1987.
5. Bensing J. NHI-bijdrage aan de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg. Leidschendam: Ministerie van Wetenschappen, Volksgezondheid en Cultuur, 1984.
6. Peters L. NHI-bijdrage aan de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Relatie Eerstelijnszorg-Geestelijke Gezondheidszorg. Leidschendam, 1984.
7. Grol R, Toemen T. Therapietrouw bij medicatiegebruik door chronische patiënten. In: M. Breteker, et al (red.). *Behavioral Medicine.* Leiden: Boerhavecommissie PAOG, 1989.
8. Dopheide JP, Nijhout FP. *Een ziekenhuis op nieuw land.* Utrecht: Nivel, 1986.
9. Krol LJ. *De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg.* Amsterdam, 1985.
10. Jongh TOH de. Verwijzing: verwachting en effecten. Medisch Contact 1986; 41: 511-5.
11. Dijkstra SJ, Hallensleben A. Incontinentia urinae: het kan droger. Tijdschrift voor psychotherapie 1988; 14 (2).
12. Poorte FE. MGB, ter behandeling van niet stress-incontinentie vrouwen. Intern verslag afdeling Urologie. Academisch Ziekenhuis Groningen, 1988.

'De Doetinchemse methode'

Stottertherapie en gedragsgeneeskunde

De arts die een patiënt adviseert een immunochemische bepaling te laten verrichten, is immunologisch voldoende op de hoogte om te kunnen uitleggen waarom hij die bepaling nuttig of nodig vindt. Maar hoe is het gesteld met de huisarts, jeugdarts of KNO-specialist die een patiënt voor stottertherapie wil verwijzen: is die voldoende ingevoerd in de mogelijkheden? Wellicht wil hij zich nader oriënteren op het terrein van de medische psychologie, de psychotherapie of de dragstherapie, kortom zich verdiepen in de mogelijkheden van de gedragsgeneeskunde. De tijd is rijp dat de gedragsgeneeskunde als een onderdeel in de geneeskunde wordt binnengehaald, zoals dit reeds veel vroeger het geval is geweest met de natuur- en scheikunde.

De gedragsanalyse en -therapie van stotteren vertoont overeenkomsten met de toepassing van gedragswetenschap op andere gebieden: In het geval van obesitas, anorexie en verslavingen hebben we dikwijls met een genetische factor te maken, die echter het verloop van het gewoontegedrag niet behoeft te domineren. Verder draagt de gedragsgeneeskunde bij aan de preventie en behandeling van hart- en vaatziekten; op het punt van behandeling van de rookgewoonte is reeds veel bereikt. Voor alle artsen is het de moeite waard kennis te nemen van maatregelen ter bevordering van de therapietrouw waaraan in de gedragsgeneeskundige literatuur geregeld aandacht wordt besteed. Voor het genezen van stotteren heeft therapietrouw een bijzondere betekenis: de kans op herstel van vloeiend spreken is evenredig aan de inzet waarmee men blijft werken aan persoonlijke groei en verandering van spreekgewoonten. Terwijl velen het gemis aan psychische zorg trachten te compenseren met bijgelovige vormen van 'alternatieve' geneeswijzen, biedt de gedragsgeneeskunde een helder en geloofwaardig alternatief. In plaats van mystificatie die de autonomie van de patiënt ondermijnt, verschaft gedragsgeneeskunde inzicht in de achtergronden van psychosomatische ontregeling en afwijkend gewoontegedrag. Het is een stap in de richting van individueel en sociaal

Prof. Dr. P. H. Damsté

Het 25-jarige bestaan van de 'Doetinchemse methode', een intensieve behandeling voor stotteraars, was voor Prof. Dr. Damsté aanleiding de plaats van deze vorm van toegepaste gedragswetenschap binnen de geneeskunde te overdenken.

gezond gedrag dat het peil van weerbaarheid, geestelijk zowel als immunologisch, verhoogt.

De goede resultaten die tegenwoordig met de behandeling van stotteren worden behaald, gecombineerd met het belang dat de geneeskunde heeft bij een gedragswetenschappelijke aanvulling, is de reden om stil te staan bij enig recent nieuws over de behandeling van stotteren in Nederland.

Het zal binnenkort een kwart eeuw geleden zijn dat de Doetinchemse methode voor stottertherapie voor het eerst werd toegepast. Men moet daar niet gering over denken: het aantal volwassen stotteraars is door deze intensieve behandelingen reeds beduidend afgenomen. Toch is voor veel vertegenwoordigers van aangrenzende disciplines stotteren nog steeds een onbegrijpelijke afwijking en leveren de professionele contacten met stotteraars veelal frustrerende ervaringen op. De logopedisten die deze uitdaging hebben aanvaard, vormen een kleine groep met een bijzondere motivatie en speciale bekwaamheden; zij verdienen het bij deze gelegenheid eervol te worden vermeld. De grondslagen voor dit werk zijn gelegd door de heer en mevrouw Schoenaker, logopedisten uit Doetinchem. Vandaar de naam 'Doetinchemse methode' (DM). Nu er ruim tienduizend patiënten aan deze therapie hebben deelgenomen is het goed eens stil te staan bij vragen als: was er werkelijk sprake van een vernieuwing?; hoe was het dan met het behandelen van stotteraars voor die tijd?; en: hoe zijn, na vijfentwintig jaar ervaring en evaluatie, nu de behande-

lingsmogelijkheden voor stotteraars? Een antwoord op deze vragen is alleen al van belang gezien de talrijke consulten die jaarlijks wegens deze kwellende aandoening worden gevraagd.

VROEGER EN NU

Over de aard van de afwijking stotteren zijn altijd belangrijke verschillen in opvatting geweest. Dit wordt duidelijk als we behandelingen van vroeger en nu tegenover elkaar stellen:

1. De wig-excisie uit de tong volgens Dieffenbach is weliswaar geheel uit de tijd. Toch is het goed te bedenken dat een dergelijke behandeling nog maar honderdvijftig jaar geleden bij tientallen stotteraars werd uitgevoerd. Wij kunnen er in ieder geval uit leren hoe wanhopig mensen onder stotteren hebben geleden, dat sommigen onder hen een mutilerende ingreep hebben overgehad voor een kans van hun stoornis te genezen. Andere operatieve praktijken hebben nog lang voortgeleefd in de vorm van tonsilectomieën en adenotomieën. De frenulotomie ter voorkoming van latere spreekremmingen is in ons werelddeel wel definitief verlaten.
2. Anti-epileptische middelen zijn lange tijd op grote schaal aan stotteraars voorgeschreven. Toch heeft niet meer dan 2% van de stotteraars ooit symptomen van epilepsie vertoond. Het voorschriftgedrag zal stellig zijn bekrachtigd door incidentele of toevallige verbetering. Het gebruik is tientallen jaren gecontinueerd; het wordt nu nog slechts sporadisch vermeld.
3. Stotteren vertoont een oppervlakkige gelijkenis met door extrapiramidale degeneratie veroorzaakte dysartrie. Fenothiazinederivaten kunnen, behalve rigiditeit, ook remmingen en herhalingen in het spreken teweegbrengen. Zo is het te verklaren dat anti-Parkinson-middelen zijn ingezet in de strijd tegen het stotteren, overigens slechts met tijdelijk resultaat.
4. Nog steeds in zwang zijn de psychofarmaca. Er is ons geen betrouwbare studie bekend waarmee in meer dan een inci-

denteel geval een duurzaam effect is aangetoond.

De nadelen van een uitsluitend medicamenteuze benadering zijn ons inziens, dat de patiënt een vertekend beeld wordt gegeven van de aard van zijn niet-vloeiend spreken en dat er tijd voorbijgaat zonder doelmatige reëducatie. Uit de voorbeelden blijkt, dat de medische gedachten-gang een aantal verouderde uitgangspunten achter zich heeft moeten laten voordat een gedragswetenschappelijke verklaring en behandeling kon worden ondersteund.

Ieder jaar wordt er wel een nieuw hulpmiddel of een nieuwe methode aangekondigd, waarmee stotteren eindelijk te genezen zou zijn. Rond 1960 was de belangstelling sterk gericht op elektronische apparaten die in het oor werden gedragen; er zijn drie types:

- de metronoom, die met een instelbare frequentie van tikken de spreeknelheid moest verminderen;
- het auditief maskeren van de eigen stemklank;
- de auditieve terugkoppeling van de eigen stem met een instelbare vertragingstijd van rond de 150 msec.

Het is bekend dat nieuwe vondsten in de regel met overdreven verwachtingen worden begroet; beroepsbeoefenaars laten zich daarom niet op iedere golf van modieuze geestdrift meeslepen. Enkele stotteraars hebben veel baat gehad bij een elektro-akoestisch hulpmiddel. Onze indruk is dat deze apparaten nog maar zelden worden gebruikt. Toch hebben ze geholpen het inzicht te verheffen dat de weg naar genezing van stotteren niet via de operatiekamer en de apotheek gaat, maar via het beïnvloeden van het spreekgedrag.

Ongeveer vijftig jaar geleden beschikten logopedisten wel degelijk over zinvolle en goed doordachte behandelingsprogramma's voor stotteraars. Een deel van de mensen die logopedisch werden behandeld bereikte goede resultaten. Met één of meer van de volgende middelen lag voor de meeste stotteraars het vloeiend spreken binnen handbereik:

- vertragen van het spreektempo;
- lettergreepsgewijs ritmisch en verbonden (legato) spreken; en
- zachte steminzet en goede ademverdeling.

De moeilijkheid bestond erin de nieuwe spreektechniek, die uiteraard sterk afweek van de spontane wijze van spreken, te blijven volhouden. Afstand doen van de eigen oude vertrouwde spreekge-

woonten bleek destijds – en blijkt ook nu nog – voor veel patiënten een te grote stap te zijn. Daar staat evenwel tegenover dat door alle tijden heen, met of zonder hulp van een therapeut, patiënten zichzelf 'spontaan' hebben genezen door het besluit te nemen anders te gaan spreken en zich daaraan te houden.

De mensen die zo'n besluit hebben genomen en het hebben uitgevoerd, vertellen dikwijls dat ze daartoe waren gemotiveerd door een verandering in hun leven, vaak door omstandigheden die een verandering van hun zelfbeeld teweegbrachten. De patiënt motiveren en die motivatie onderhouden, is de kunst van de therapeut. Hij lijkt hierin op een sportcoach: succes hangt niet alleen af van een juiste diagnostische analyse en technische aanwijzingen, maar vooral van een goede psychologische begeleiding en het wekken van positieve en toch realistische verwachtingen. Positief denken is moeilijk voor een stotteraar, die in een voortdurend gevecht is gewikkeld, waarin hij het ene kwaad met een ander kwaad bestrijdt, een gevecht waarin hij de verliezende partij is.

Wat dit betreft is stotteren te vergelijken met een verslaving: de dreiging van het blijven steken wordt door de stotteraar afgeweerd met allerlei varianten van vermijdingsgedrag. Iedere geslaagde 'shot' van vermijding geeft hem een 'kick'. De neiging het vertrouwde levenspatroon, met de kicks van het vermijdingsgedrag, voort te zetten blijkt zeer hardnekkig te zijn. Daarop waren dan ook de vernieuwingen van de Doetinchemse methode gericht. Het belangrijkste nieuwe kenmerk van deze werkwijze was de intensiteit waarmee de deelnemers aan hun probleem werkten: zeven of meer uren per dag. Dat is uiteraard alleen uitvoerbaar met groepen patiënten in dag- en nachtverblijf. Daardoor ontstond nog een belangrijk voordeel: de werking van de groepsdynamiek, een nieuw element in een logopedische behandeling.

THERAPIE-EFFECTEN

Naarmate de Doetinchemse methode grotere bekendheid verwierf, nam het aantal deelnemers aan de groepen gestaag toe. Onder hen waren ook stotteraars die reeds jaren psychiatrisch en logopedisch waren behandeld en die met nieuwe hoop aan een intensieve behandeling wilden beginnen. Meer logopedisten volgden een extra opleiding om degenen die op de wachtlijst stonden te kunnen helpen. De cursussen werden na 1975 geco-

ordineerd door de Stichting Stottertherapie Doetinchemse Methode. De selectie en verwijzing van de patiënten werd voor een groot deel geregeld door de afdeling Foniatrie van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht.

Subsidies van ZWO en van het Praeven-tiefonds hebben het mogelijk gemaakt enige therapie-effecten te onderzoeken, zij het slechts bij een beperkt aantal deelnemers. De uitkomsten van het eerste evaluatie-onderzoek toonden aan dat het merendeel van de onderzochte populatie het goed doet¹; een klein deel van de mensen laat het erbij zitten. De individuele verschillen in de aard en de ernst van het stotteren zijn groot; daarom is niet iedere methode geschikt voor alle stotteraars. Op langere termijn gaven incidentele studies aan dat er een groot verschil is in hoe men de therapie subjectief had ervaren. Had men deelgenomen aan een spreektechnisch georiënteerde methode, zoals ritmisch en verbonden (legato) spreken, dan had men de therapie als veeleisend en vervelend ervaren – ook degenen die er een goed resultaat mee hadden bereikt. Had men deelgenomen aan de meer afwisseling biedende Doetinchemse methode, dan was het oordeel van hen die de cursus met succes hadden doorlopen gunstiger: zij voelden zich gezond en sterk in het leven staan, met betere menselijke relaties, soms sprak men zelfs van een wedergeboorte dankzij de therapie.

Stotteren is primair een contactstoornis en wordt in de Doetinchemse methode als zodanig behandeld. De cursist leert zijn probleem te relativeren, zijn angst ervoor neemt af, de neiging het stottervermijdingsgedrag voort te zetten vermindert. Naarmate de sociale vaardigheid groter wordt, breiden de communicatiemogelijkheden zich uit.

In 1984 verrichtte de Wetenschapswinkel van de Vrije Universiteit te Amsterdam in samenwerking met de Stichting tot Voorlichting over Stotteren een onafhankelijk retrospectief onderzoek over de resultaten van de Doetinchemse methode². Sommige van de uitkomsten waren bijzonder leerzaam:

- In de tijd vóór de behandeling voelde 90% van de respondenten zich sterk emotioneel betrokken bij zijn stotteren. Ná de behandeling wordt nog slechts door 25% van de respondenten gespannenheid gemeld in verband met spreesituaties. Dat benadert het aantal dat men in een populatie van niet-stotteraars verwacht te vinden.

- De respondenten gaven aan, dat de

frequentie van stottermomenten wel enigszins is afgenomen maar dat de grote verandering vooral zit in de ernst van de stottermomenten: er is een verschuiving van ernstig naar matig of licht. Dit is in overeenstemming met de opvatting, dat het beter is ernaar te streven op een ontspannen manier de stottermomenten op te vangen dan naar het absoluut voorkomen ervan. Dit laatste kan een onrealistische doelstelling zijn, die weer gespannen vermijdingsgedrag in de hand werkt. Het verklaart hoe ondeskundige behandeling in veel gevallen verergering van de contactstoornis in de hand werkt.

– Het merendeel van de ondervraagden had het werken in groepsverband als een steun ervaren. Wel had 10% de individuele aandacht gemist. Van de respondenten heeft 80% na het beëindigen van de therapieperiode het oefenen voortgezet, hetzij individueel, hetzij in groepsverband; dit kan erop wijzen dat de motivatie om eraan te werken goed op gang is gekomen.

– Op de vraag naar de onderdelen van de behandeling waaraan men de meeste waarde toekende, werden genoemd: de ontspanningsoefeningen, het toegenomen lichaamsbewustzijn, de ademcontrole en de toegenomen zelfzekerheid (minder angst).

UITGANGSPUNTEN

Wat is nu het theoretisch uitgangspunt van een dergelijke behandeling? Het is gebaseerd op de volgende bevindingen:

1. Verreweg de meeste stotteraars zijn gezond, hebben geen bijzondere constitutionele kenmerken, zijn neurologisch intact.
2. Een deel van de stotterpopulatie is genetisch gepredisposeerd voor het ontwikkelen van stotteren.
3. Zelfs in aanwezigheid van een sterke genetische aanleg is het evenwel mogelijk het ontstaan van duurzaam stotteren te voorkomen³.
4. Anderzijds zijn genetisch predisponerende factoren niet obligaat voor het doen ontstaan van stotterverschijnselen.
5. Het 'symptomencomplex' bestaat uit goed van elkaar te onderscheiden (onwillekeurige en willekeurige) gedragingen, die elk afzonderlijk als een aangeleerd (klassiek of instrumenteel geconditioneerd) gedrag kunnen worden verklaard.
6. In een geschikte therapeutische omgeving kunnen de meeste tot het stotteren behorende gedragingen (vrijwel het gehele 'symptomencomplex') worden afge-

leerd. De therapie moet dan wel intensief genoeg zijn: een uur logopedie in de week is niet voldoende.

Waarin de erfelijke predispositie voor stotteren bestaat is nog nauwelijks onderzocht. Er zijn twee waarschijnlijke factoren. De ene is de groep 'broddel'-factoren: een familiale neiging snel en gehaast te spreken, een zwakke aanleg van de spreekmotoriek (het accuraat articuleren) of een aandachtsspan die te kort schiet. De andere is de 'agonistische' factor: een neiging overgevoelig en paniekerig te reageren op (normale) onvolkomenheden van het vloeiend spreken.

Stotteren kan op verschillende manieren ontstaan. Primaire onderbrekingen in de spreekstem of het vloeiend verloop van de articulatie tussen het derde en zesde levensjaar kunnen worden veroorzaakt door verhoogde emotionele spanning, frustratie of onzekerheid. Een remming in het vloeiend verloop van het spreken kan weer secundaire reddingsacties oproepen: herhalen van lettergrepen of beginklanken, gespannen pauzes met explosief begin, verlengen van een klank aan het begin van of midden in een woord.

In dit stadium gaat beginnend stotteren nog dikwijls vanzelf over. Wanneer het echter een paar maal is gevolgd door sterk negatieve ervaringen, sluit zich een nieuwe vicieuze cirkel.

Anticipatieangst veroorzaakt gespannenheid in spreesituaties, en geeft aanleiding tot steeds meer bizarre ontspannings- en vermijdingsreacties. Veel daarvan worden als een vaste gewoonte in het spreekpatroon opgenomen. Een aantal stotterende spreekgewoonten wordt selectief bekrachtigd door het onmiddellijk bevrijdende effect (de 'kick' waarvan eerder sprake was): lip-persen voor het onderdrukken van een reeks herhalingen, een diepe inademing of een knik met het hoofd voor het opheffen van een blokkering.

BEHANDELING

Een oefenbehandeling kan zich nu richten op de spreekgewoonten: door het aanwennen van een andere spreektechniek worden de herhalingen, blokkades, enz. voorkomen. De behandeling kan zich ook richten op de emotionele aspecten: de angsten, vermijdingsresponsen, het negatieve zelfbeeld en het rolvervalsen van de stotteraar (dat wil zeggen het zich willen voordoen als vloeiend spreker). Zowel van de spreektechnische als van de emotionele reëducatie bestaan allerlei varianten, die bovendien in ver-

schillende combinaties worden toegepast. Vandaar dat er altijd een veelheid van behandelingsmethoden is geweest en dat ook steeds dezelfde varianten opnieuw worden uitgevonden.

De opvatting in de Doetinchemse methode is, dat het emotionele aspect en het aspect van de spreekgewoonte zozeer met elkaar zijn verweven dat ze beide in de behandeling worden betrokken. Voor de emotionele reëducatie wordt door logopedisten onder andere gebruik gemaakt van op het lichaam georiënteerde therapieën: ontspannings- en ademcontrole, actieve tonusregulatie, verhogen van lichaamsbewustzijn. Dit zijn ingrediënten van de gedragsgeneeskunde die ook bij andere psychosomatische dysfuncties kunnen worden toegepast. Wat de spreekmotorische training betreft is het programma volgens Webster (1978) een van de mogelijkheden.

De gedragsanalyse en -therapie heeft in belangrijke mate bijgedragen tot het ontwikkelen van een therapie voor stotteraars⁴. Door psychologen en logopedisten samen is de Nederlandse Vereniging voor Stottherapie opgericht (secretariaat: Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam), met het doel informatie uit te wisselen en maatstaven aan te leggen voor een adequate opleiding. De waarde hiervan zal worden erkend door alle artsen die hun patiënten selectief en verantwoord willen verwijzen. □

Literatuur

1. Janssen P. Vergelijking van de effecten van twee stotterbehandelingen. 1973 (Praeventiefonds onderzoek nr. 28-33).
 2. Alphen W van, Hoogerwerf N. Stotteren, helpt de Doetinchemse methode? Rapport van de Wetenschapswinkel van de VU. Amsterdam, 1984. (Uitgave: Stichting tot Voorlichting over Stotteren, Postbus 119, 3500 AC Utrecht, 1986.)
 3. Damsté PH. Spraak-taalontwikkeling en biologische weerbaarheid. Afdeling Foniatrie Academisch Ziekenhuis Utrecht, 1987.
 4. Janssen P. Gedragstherapie bij stotteren. Utrecht, 1985.
- Roodvoets J. Baas in eigen mond of gaat het stotteren met jou op de loop? (Rynoldingstraat 27, 7721 BP) Dalfsen, 1985.
- Gedragsgeneeskunde. Themanummer tijdschrift Gedragstherapie 1982.
- Een overzicht van stottertherapieën in Nederland. Stichting tot Voorlichting over Stotteren, 1986.

Patiënten met CARA in de eerste lijn

Niet alleen een zorg voor medici!

Chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen (CARA) vormen samen een van de grootste groepen chronische ziekten in Nederland. Onder deze aandoeningen worden gerekend: astma, chronische bronchitis en emfyseem. De prevalentie wordt zeer wisselend ingeschat, waarbij het gemiddelde ligt op ongeveer 10%¹⁻⁴. In de medische vakliteratuur wordt de laatste jaren regelmatig aandacht besteed aan de grote groep patiënten met CARA^{1,2,4-8}. De complexiteit van de behandeling van de aandoeningen die onder de afkorting CARA vallen komt in de meeste van deze artikelen duidelijk naar voren.

Door het langdurige karakter van de aandoeningen heeft de CARA-patiënt veelal met een groot aantal hulpverleners en instellingen te maken. In de medische literatuur komen andere hulpverleners dan artsen vaak niet in beeld. Omdat de praktijk leert dat de zorg aan CARA-patiënten over het algemeen breder moet zijn dan de strikt medische hulpverlening, lijkt het zinnig in de toekomst protocollen voor de samenwerking tussen huisarts en specialist, zoals ook in dit tijdschrift zijn beschreven¹, uit te breiden met protocollen voor de samenwerking tussen artsen en belangrijke niet-medische hulpverleners.

De opsomming van hulpverleners in tabel 1 illustreert de uitgebreidheid van het hulpverlenersnetwerk rondom de CARA-patiënt. Deze uitgebreidheid levert zowel voor de patiënt en zijn familie als voor hulpverleners regelmatig problemen op, die de zorgverlening en behandeling negatief kunnen beïnvloeden. Een aantal hulpverleners dat in de tabel wordt genoemd is in dienst van het kruiswerk. Het afgelopen decennium heeft het kruiswerk de extramurale CARA-zorg als versterking volgens het AWBZ-basispakket gezien. In de praktijk betekent dit dat vrijwel overal in Nederland bij de behandeling en nazorg van patiënten met CARA in de thuissituatie een beroep kan worden gedaan op het kruiswerk. De wijze waarop in de verschillende regio's con-

H. W. M. Plagge

De CARA-patiënt heeft te maken met een groot aantal hulpverleners, van wie een aantal in dienst is van kruisorganisaties. Welke taken het kruiswerk heeft op het gebied van de extramurale CARA-zorg wordt uiteengezet door H. W. M. Plagge, stafarts bij de staf Sector Uitvoering van de Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland.

creet uitvoering wordt gegeven aan de extramurale CARA-zorg blijkt helaas nog sterk te verschillen⁹.

In dit artikel wordt inzicht gegeven in de rol die het kruiswerk kan spelen bij de hulpverlening aan patiënten met CARA. De samenwerking met andere hulpverleners wordt toegelicht aan de hand van enkele gegevens die zijn ontleend aan CARA-projecten in Zuid-Holland. In deze provincie heeft het kruiswerk de afgelopen jaren in enkele regio's CARA-projecten opgezet met als hoofddoel de zorgverlening aan patiënten met CARA te verbeteren en op dit verbeterde niveau te houden. In deze projecten is uitgebreid aandacht besteed aan de hulpverlening door het kruiswerk en is vaak extra personeel ingezet om de CARA-zorg uit te bouwen. In enkele regio's is met betrekking tot de zogeheten CARA-huisbezoeken een uitgebreide registratie bijgehouden; hierdoor werd het mogelijk gegevens over verwijzers, aanvragers, aanmeldingsproblemen, gevonden problematiek en de aard van de verleende hulp in kaart te brengen.

AANBOD KRUISWERK

Na een besluit van het Algemeen Bestuur van de Nationale Kruisvereniging, werd in 1980 de extramurale CARA-zorg in het basispakket van het kruiswerk opgenomen¹⁰. Bij veel artsen die samenwerken met het kruiswerk bij de behandeling en

begeleiding van patiënten met CARA, is de 'districtsverpleegkundige CARA' bekend. Deze functionaris beschikt over specifieke kennis ten aanzien van CARA, mogelijke etiologische factoren (in de thuissituatie) en de begeleiding van de CARA-patiënt. Veelal wordt haar gevraagd een 'saneringshuisbezoek' aan de patiënt te brengen om specifieke factoren in de thuissituatie op te sporen. De districtsverpleegkundige heeft een inhoudelijk begeleidende, coördinerende en ondersteunende functie in haar werkgebied ten aanzien van de CARA-zorg door het kruiswerk.

Naast deze saneringshuisbezoeken kan nog een aantal taken worden genoemd dat het kruiswerk heeft met betrekking tot de extramurale CARA-zorg. In tabel 2 worden deze taken kort genoemd, waarbij is te zien dat, naast een aantal min of meer preventieve activiteiten, activiteiten met een curatief karakter zijn te onderscheiden. Bij vrijwel alle genoemde werkzaamheden werkt het kruiswerk samen met de behandelend (huis)arts.

Vroege herkenning op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters

Uit retrospectief onderzoek naar het manifesteren van CARA-klachten bij kinderen blijkt dat het overgrote deel van de kinderen dat op lagere-schoolleeftijd CARA-verschijnselen heeft, vóór de vierde verjaardag de eerste symptomen vertoont. Ongeveer 20% à 30% van deze kinderen heeft al in het eerste levensjaar symptomen die op CARA kunnen wijzen^{11,12}. Uit dit gegeven valt dan ook de taakstelling voor het kruiswerk af te leiden.

Op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters wordt het overgrote deel van de kinderen regelmatig door een arts en een wijkverpleegkundige gezien. Door systematisch na te gaan of er CARA-symptomen bestaan, kan vroegtijdige herkenning plaatsvinden en kan door de curatieve sector een adequaat beleid worden ingezet. Vermoedelijk wordt hiermee irreversibele schade aan de longfunctie verminderd. Vast staat dat door het

vroegtijdig instellen van een optimale behandeling de kwaliteit van het leven kan worden verbeterd en onnodig leed voorkomen.

De signalerende taak kan worden aangevuld met algemene en specifieke voorlichting aan ouders ten aanzien van het kind met (CARA-)klachten. Deze voorlichting en advisering kan vanaf de geboorte tot en met de leeftijd van 4 jaar plaatsvinden. Bij kinderen op de lagere-schoolleeftijd zal de schoolartsdienst een deel van deze taken overnemen. Hierbij moet men echter wel bedenken dat de contactfrequentie bij de schoolartsdienst beduidend lager is dan bij het kruiswerk.

Naast deze vroege herkenning en het geven van voorlichting en adviezen heeft het consultatiebureau een belangrijke andere algemene preventieve taak die voor het kind met CARA van belang mag worden geacht. Hierbij moet worden gedacht aan het geven van de vaccinaties tegen difterie, kinkhoest, tetanus en polio (DKTP) en aan de vaccinaties tegen bof, mazelen en rubella (BMR).

CARA-huisbezoek

Een van de specifieke activiteiten die ten aanzien van de CARA-patiënt door het kruiswerk wordt verricht is het CARA-huisbezoek. Een dergelijk huisbezoek wordt over het algemeen afgelegd door een wijkverpleegkundige alleen of samen met een districtsverpleegkundige CARA (afhankelijk van de aard van de problematiek en het beleid van de kruisorganisatie ter plekke). Tijdens een CARA-huisbezoek kan een groot aantal verschillende zaken aan de orde komen. Verderop wordt hierop nader ingegaan.

Over het algemeen wordt het CARA-huisbezoek door een behandelend arts aangevraagd, met een al of niet uitgebreide vraagstelling. Door middel van een enquête onder Haagse wijkverpleegkundigen over de zorgverlening aan CARA-patiënten is enig inzicht verkregen in de CARA-zorgverlening door de wijkverpleging. Hierbij werd ook informatie verstrekt over de vragen zoals deze bij de wijkverpleging binnenkomen¹³. In 1987 werden aan 95 wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden ruim 150 vragen gesteld over CARA. Met name de categorieën 'omgaan met medicatie' en 'omgaan met de ziekte CARA' bleken zeer frequent de primaire vraagstelling te zijn. Het merendeel van de aanvragen kwam van de huisarts en van ouders van de patiënt op eigen initiatief. Uit de registratie van de districtsverpleeg-

Tabel 1. Instellingen, organisaties en hulpverleners die met de CARA-problematiek te maken (kunnen) hebben.

huisarts wijkverpleegkundige districtsverpleegkundige	bedrijfsvereniging en GMD patiëntenvereniging (VBBA) Gemeentelijke Dienst Huisvesting
kinderarts longarts apotheker fysiotherapeut alternatieve genezers bedrijfsarts verzekeringsarts arts BaGD verpleegkundige BaGD	Gemeentelijke Sociale Dienst werkgever collega's/familie/vrienden scholen (leerkrachten) astmafonds Bouw- en Woningtoezicht huiseigenaar/verhuurder (algemeen) maatschappelijk werk gezinszorg RIAGG
ziekenhuispersoneel ziekenfonds/verzekering	

kundige CARA, die vooral op verzoek van de intramurale sector huisbezoeken verricht, krijgt men een iets ander beeld. De ingangsvragen zijn dan vooral 'saner-en' en 'inventarisatie thuissituatie'.

Indien bij een verpleegkundige van het kruiswerk een CARA-huisbezoek wordt aangevraagd, is het verschaffen van enige voorinformatie (door de behandelend arts) noodzakelijk. Informatie waarbij hier dan in het bijzonder aan wordt gedacht is³:

- de diagnose en het beloop tot op dat moment;
- bewezen uitlokkende factoren (vastgestelde allergieën);

Tabel 2. Taakomschrijving kruiswerk met betrekking tot de extramurale CARA-zorg.

1. vroege herkenning en erkenning CARA-problematiek bij kinderen op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters:
 - verwijzing naar huisarts;
 - verschaffen van algemene informatie over CARA;
 - geven van algemene informatie over CARA;
 - begeleiding (zo nodig) van het gezin;
 - vaccinaties volgens schema;
2. afleggen van CARA-huisbezoek:
 - identificatie uitlokkende prikkels in de leefomgeving;
 - advisering met betrekking tot het omgaan met de aandoening;
 - advisering met betrekking tot het gebruik van geneesmiddelen;
 - het geven van algemene informatie en adviezen met betrekking tot CARA;
 - het geven van specifieke (op de desbetreffende patiënt en problematiek afgestemde) informatie en adviezen op verzoek van de behandelend arts;
3. het signaleren van CARA-problematiek tijdens huisbezoeken om andere redenen afgelegd, en zo nodig:
 - verwijzen naar de huisarts;
 - geven van algemene voorlichting en adviezen in verband met CARA;
4. het adviseren bij beperkingen in de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) ten gevolge van CARA, bijvoorbeeld bij onderhoudsbehandeling met zuurstof thuis; en
5. het actief stimuleren van groepsgewijze voorlichting over CARA en de daarmee samenhangende problematiek, eventueel in relatie met reactiviteitsactiviteiten.

Bron: Voortgangsrapport 1987.

- reactie op specifieke prikkels (mate van hyperreactiviteit);
- medicatie;
- familieanamnese;
- eventuele (psycho)sociale factoren die van belang zijn;
- reeds gegeven adviezen en voorlichting; en

- een duidelijke vraagstelling met punten waaraan tijdens het huisbezoek extra aandacht moet worden gegeven.

Na de aanvraag wordt het huisbezoek zo spoedig mogelijk afgelegd, waarbij meestal aan de hand van een checklist wordt gewerkt. De betrokken verpleegkundige zal zich niet altijd beperken tot de oorspronkelijke vraagstelling, maar zo nodig ook aan andere punten aandacht besteden. Door middel van een verslag worden de bevindingen van het CARA-huisbezoek gemeld aan de aanvrager en de patiënt zelf; vaak wordt ook de huisarts geïnformeerd. Indien nodig wordt daarnaast mondeling overleg gevoerd met de verwijzer en/of de huisarts. In sommige plaatsen worden tijdens maandelijksse bijeenkomsten van een 'CARA-team' casus door specialisten, huisartsen en kruiswerk, besproken¹³.

In een groot aantal gevallen blijkt het noodzakelijk na een eerste inventariserend huisbezoek nog enkele vervolghuisbezoeken te brengen met als reden verdere begeleiding van de patiënt. Tijdens deze vervolghuisbezoeken wordt vaak aandacht besteed aan het in de praktijk brengen van de gegeven adviezen, het medicijngebruik en het omgaan met de ziekte.

Verwijzers of aanvragers van het CARA-huisbezoek

Uit de registraties die door districtsverpleegkundigen in de projectgebieden binnen Zuid-Holland zijn bijgehouden blijkt dat er een grote variatie bestaat in de verdeling van hulpverleners die een aanvraag voor een CARA-huisbezoek doen. Hoewel de gegevens op een niet-wetenschappelijke manier zijn verzameld, maken ze toch duidelijk dat er per regio grote verschillen zijn in de disciplines waarmee wordt samengewerkt. Het is vooral opvallend dat de huisarts slechts in beperkte mate gebruik lijkt te maken van de aanvullende mogelijkheden die het kruiswerk biedt op zijn diagnostisch en behandelingsbeleid. Dit is opmerkelijk omdat het merendeel van de patiënten met CARA door de huisarts wordt behandeld. Hierbij zal in een aantal gevallen het CARA-huisbezoek een goede aanvulling kunnen zijn.

Voorkomende problematiek tijdens het CARA-huisbezoek

In tabel 2 staat reeds in hoofdlijnen aangegeven aan welke punten tijdens een CARA-huisbezoek aandacht kan worden besteed. Uit de diverse CARA-projecten van het kruiswerk in Zuid-Holland is gebleken dat de problematiek waarmee men tijdens het CARA-huisbezoek wordt geconfronteerd per regio sterk kan verschillen.

Een probleem dat bij veel huisbezoeken naar voren komt, is het *roken* van één of meer huisgenoten. Omdat in een groot aantal gevallen stoppen met roken niet mogelijk lijkt te zijn, wordt vaak naar een voor de CARA-patiënt zo min mogelijk klachten veroorzakende manier van roken, buiten of in de woning, gezocht.

In de stedelijke gebieden blijkt vooral de *huisvesting* grote problemen op te leveren. Het bestaande absolute en relatieve tekort aan woningen speelt hierbij een grote rol. Ook de slechte bouwkundige staat van woningen in oude stadswijken blijkt vaak tot onoverkomelijke problemen te leiden. In een groot aantal gevallen lijkt het dan ook niet zinvol veelomvattende aanpassingen en saneringsmaatregelen in de woning te treffen. Het te verwachten effect hiervan op de CARA-symptomen is in die gevallen gering door de opeenstapeling van etiologische factoren. Verhuizen naar een betere woning is soms dan ook het enige advies dat, in overleg met de behandelend arts, kan worden gegeven. De districtsverpleegkundigen CARA moeten dan ook vaak veel tijd besteden aan overleg met instanties, zoals de Gemeentelijke Dienst (Her)huisvesting, woningbouwverenigingen, GMD en basisgezondheidsdienst. Het uiteindelijke resultaat laat helaas vaak lang op zich wachten. In deze periode blijft de patiënt toch CARA-klachten houden. In die omstandigheid kunnen bepaalde adviezen soms bijdragen aan de verbetering van de gezondheidstoestand; gedacht kan worden aan:

- adviezen met betrekking tot het woongedrag (zoals ventileren en verwarmen);
- beperkte saneringsadviezen die zonder grote financiële investeringen in de slechte woning zijn te realiseren.

In de meer landelijke gebieden vormen 'het omgaan met CARA' en 'het medicatiegebruik' de belangrijkste aandachtspunten. Het blijkt dat patiënten in een groot aantal gevallen nog steeds moeite hebben met het op de juiste wijze gebruiken van de medicatie; vooral de zogeheten inhalatiepreparaten, die bij CARA-patiënten veel worden voorgeschreven,

blijken vaak geheel verkeerd te worden gebruikt. In alle projectgebieden blijkt het dikwijls noodzakelijk de patiënt te ondersteunen in het omgaan met zijn ziekte en met alle hulpverleners met wie hij te maken kan krijgen. Ook de familie van de patiënten blijkt in veel gevallen ondersteuning nodig te hebben. De verpleegkundige van het kruiswerk vervult vaak een laagdrempelige wegwijzerfunctie in het doolhof van de zorgverlening, waarin veel patiënten de weg niet meer kunnen vinden.

TENSLLOTTE

De huidige zorgverlening voor CARA-patiënten is nog lang niet optimaal te noemen. Het belangrijkste knelpunt hierbij vormt de omstandigheid dat men onderling niet bekend is met elkaars mogelijkheden, functies en taken. Het is daarom ook toe te juichen dat (bestaande) multidisciplinaire samenwerkingsvormen duidelijk op een rijtje worden gezet in de vorm van werkafspraken en/of protocollen^{1-6,8}. Door het opstellen van dit soort werkafspraken wordt het zorgnetwerk rond de CARA-patiënt steeds inzichtelijker voor iedereen die met CARA te maken heeft.

Bij het maken van dit soort protocollen en werkafspraken moet zeker bij CARA ook de samenwerking met anderen dan medici duidelijk de aandacht krijgen. Dat ook het kruiswerk in dezen een duidelijk zorgaanbod heeft is in dit artikel uitgebreid aan de orde gekomen. Onder de druk van de veranderingen in de gezondheidszorg naar aanleiding van het rapport van de commissie-Dekker is elke beroepsgroep binnen de gezondheidszorg de eigen positie aan het versterken. In het belang van de patiënt mag hierbij de samenwerking tussen beroepsgroepen en tussen instituten niet uit het oog worden verloren. In het bijzonder bij de patiënt met CARA lijkt dit een absolute voorwaarde voor een goede hulpverlening.

SAMENVATTING

CARA is een van de meest voorkomende chronische ziekten in Nederland. De patiënt met CARA heeft vaak te maken met een groot aantal hulpverleners, onder wie medici en veel niet-medici. Een aantal van deze hulpverleners is in dienst van kruisorganisaties. Het kruiswerk biedt sinds 1980 de extramurale CARA-zorg aan als een verstrekking volgens het AWBZ-basispakket. De taken van het kruiswerk op het gebied van de extramu-

rale CARA-zorg werden uiteengezet, waarbij duidelijk wordt gemaakt dat samenwerking met andere hulpverleners vrijwel altijd een noodzaak is. Een en ander werd verhelderd met gegevens uit CARA-projectgebieden in Zuid-Holland.

Met name het CARA-huisbezoek blijkt een instrument te zijn waar de medische sector gebruik van kan maken als aanvulling op de eigen diagnostische en therapeutische mogelijkheden. Hierbij is het wenselijk de multidisciplinaire samenwerking in concrete werkafspraken vast te leggen in aansluiting op de eigen (medische) protocollen. □

Literatuur

1. Schipper RM. CARA in kaart; samenwerkingsproject van huisartsen en longartsen in Eindhoven. Medisch Contact 1988; 43: 1347-9.
2. Maas PJ van der, Hofma A, Dekker E (red). Epidemiologie en gezondheidsbeleid. Alphen aan den Rijn, 1989 (reeks Gezondheidsbeleid deel 3).
3. Informatie over CARA, bestemd voor de wijkverpleging. Nederlands Astmafonds/Nationale Kruisvereniging, 1986.
4. Bartelds AIM. Hoestende snotneusjes: over kinderen met luchtwegaandoeningen. Huisarts en Praktijk 1982; 6: 62-5.
5. Spreuwenberg C. Samenwerken bij CARA. Medisch Contact 1988; 44: 1335.
6. Waart MAC van der, Gill K, Dekker FW, Kaptein AA. Protocolaire benadering van patiënten met CARA. The Practitioner 1987; 425-32.
7. Essen-Zandvliet EEM van, Jongste JC de, Brackel HJL, Kerrebijn KF. Behandeling van astma op kinderleeftijd. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 1961-5.
8. Neijens HJ, Duiverman EJ, Kerrebijn KF. Samenwerking met de tweede lijn bij de behandeling van kinderen met CARA. Een visie vanuit de specialistische geneeskunde. Huisarts en Praktijk 1982; 6: 66-8.
9. Voortgangsrapport 1987 landelijke werkgroep extramurale CARA-zorg. Nederlands Astmafonds/Nationale Kruisvereniging, 1988.
10. De zorg aan patiënten met CARA vanuit het kruiswerk in Zuid-Holland. Beleidsnota Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland, januari 1989.
11. CARA bij kinderen van 0-4 jaar; het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. Nederlands Astmafonds, 1989.
12. Smits K, Vogel GCJ. Consultatiebureau biedt unieke gelegenheid voor systematische aandacht aan vroeg-opsporing. Maatschappelijke Gezondheidszorg 1986; 14: 44-9.
13. Verslag van het CARA-project Den Haag. Haags Kruiswerk en Provinciale Kruisvereniging Zuid-Holland, november 1988.

Kwaliteitsbewaking en -bevordering in de nucleaire geneeskunde

Nucleaire geneeskunde is de medische discipline die voor diagnostiek en behandeling van patiënten en voor wetenschappelijk onderzoek gebruik maakt van 'open bronnen' radionucliden. Met de term 'open bronnen' wordt aangeduid dat deze stoffen, gewoonlijk radiofarmaca genoemd, niet van een bestendig omhulsel zijn voorzien en aldus kunnen deelnemen aan metabole processen in het lichaam. Radionucliden zenden straling uit. Van deze fysische eigenschap wordt in de diagnostische nucleaire geneeskunde gebruik gemaakt om de inwendige spreiding van stoffen uitwendig te kunnen detecteren. In de therapeutische nucleaire geneeskunde wordt straling gebruikt vanwege haar toxisch effect op cellen en weefsels.

Sedert de oprichting in 1968 bestaat er binnen de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG) ruime aandacht voor kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering. De toepassing van ioniserende straling, die potentieel schadelijke gevolgen kan hebben voor mens en milieu, dwingt hiertoe. Te vaak wordt echter gedacht dat kwaliteitsbewaking en -bevordering in de nucleaire geneeskunde synoniem is met stralenbescherming voor mens c.q. patiënt en omgeving. Stralenbescherming vormt slechts één – zij het zeer belangrijk – aspect waarop de zorg voor kwaliteit zich richt. Evenals bij alle andere specialismen vereist een optimale kwaliteit van zorg voortdurende aandacht voor opleiding, nascholing, praktijkvoering, etc.

OPLEIDING

In 1984 werd de nucleaire geneeskunde door het Centraal College als zelfstandig medisch specialisme erkend en werden de opleidingseisen vastgesteld. De opleiding tot nucleair geneeskundige onderscheidt zich in tenminste twee opzichten van die voor andere dienstverlenende specialismen: de verplichte stage in de klinische discipline inwendige geneeskunde (een half tot één jaar) en de verplichting tot het behalen van het diploma stralenveiligheid niveau 3 (C-diploma). Met de vooropleiding in de inwendige geneeskunde wordt onder meer beoogd de nucleair geneeskundige *in spe* een ruime klinische ervaring te laten opdoen. Dit geschiedt in een situatie waarin de assistent *aanvrager* is

Prof. Dr. F. H. M. Corstens en
Drs. W. C. A. M. Buijs

De toepassing van ioniserende straling, die potentieel schadelijke gevolgen kan hebben voor mens en milieu, dwingt de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde ertoe ruim aandacht te besteden aan kwaliteitsbewaking en -bevordering. Hoe dit gebeurt beschrijven de nucleair geneeskundigen Prof. Dr. F. H. M. Corstens en Mw. Drs. W. C. A. M. Buijs, beiden werkzaam op de afdeling Nucleaire Geneeskunde van het Sint-Radboudziekenhuis te Nijmegen.

van diagnostische en therapeutische verrichtingen, uiteraard met het oogmerk deze ervaring later te incorporeren in de eigen arbeidssituatie waarbij hij of zij *uitvoerder* is van dergelijke verrichtingen. De NVNG heeft destijds gemeend het bezit van een diploma stralenveiligheid niveau 3 als absolute eis voor registratie te moeten stellen, opdat een hoog niveau van kennis op het gebied van stralenveiligheid en stralenbescherming bij elke nucleair geneeskundige gegarandeerd zou zijn. Het inbouwen van een door de overheid gecontroleerd examen in een specialistenopleiding was destijds voor het Centraal College een novum.

De opleiding tot nucleair geneeskundige omvat naast de opleiding nucleaire geneeskunde *structu sensu* een stage van minimaal een half jaar in de radiodiagnostiek. Doel hiervan is gedegen kennis te maken met andere beeldvormende technieken, zoals Röntgen, Röntgen-CT, Echo en MRI, teneinde in de latere beroepsuitoefening de mogelijkheden van de diverse technieken ten opzichte van elkaar te kunnen wegen.

NASCHOLING

De wetenschappelijke commissie van de NVNG organiseert tweemaal per jaar een bijeenkomst, gewijd aan nascholing en presentatie van nieuwe ontwikkelingen. Naast het postacademisch onderwijs door de medische faculteiten worden regelmatig symposia georganiseerd die zijn gewijd

aan een belangrijke nieuwe ontwikkeling. De NVNG stimuleert dat daaraan niet alleen nucleair geneeskundigen deelnemen, maar juist ook klinisch specialisten zoals cardiologen, neurologen, etc., die bij de uitoefening van hun vak gebruik maken van nucleair-geneeskundige technieken.

ZELFSTANDIG SPECIALISME

Vóór de erkenning als zelfstandig specialisme werd de nucleaire geneeskunde meestal in deeltijd beoefend door andere specialisten, zoals radiologen en internisten. Bij de instelling van het specialisme nucleaire geneeskunde werd destijds voorzien dat er ook in de toekomst behoefte zou blijven bestaan aan artsen die part-time de nucleaire geneeskunde beoefenen, vooral in de kleinere ziekenhuizen. Vanuit het tripartiete overleg van de NVNG, de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek en de Nederlandsche Internisten Vereniging, werden bij het Centraal College voorstellen ingediend voor de instelling van een 'aantekening' Nucleaire Geneeskunde voor radiodiagnosten en internisten en de daaraan te verbinden opleidingseisen.

Binnen het Centraal College is de laatste jaren veel gesproken over het voor en tegen van aantekeningen. Sedert de instelling van het zelfstandig specialisme nucleaire geneeskunde is er veel veranderd. Geschat wordt dat thans ongeveer 70% van de landelijke nucleair-geneeskundige werklust wordt verricht door erkende specialisten nucleaire geneeskunde. Het bestuur van de NVNG en zeer veel leden zijn anno 1989 van mening dat de instelling van een aantekening nucleaire geneeskunde voor andere specialismen – zes jaar na de erkenning van het zelfstandig specialisme – niet langer moet worden nagestreefd. Deze opstelling wordt vooral ingegeven door overwegingen van kwaliteit. Immers, met de instelling van het zelfstandig specialisme werd erkend dat het niet langer mogelijk is de nucleaire geneeskunde 'erbij' te doen en dat voor een kwalitatief goede beoefening van het vak een speciale en vierjarige opleiding nodig is. De noodzaak van een aantekening lijkt bovendien veel minder dringend, onder meer vanwege de voortgaande concentratie van ziekenhuizen. Voorwaarden voor de beoefening van de

nucleaire geneeskunde zijn radiofarmaca en detectiemedia. De complexiteit van beide elementen maakt dat de nucleaire geneeskunde een vakgebied is dat bij uitstek behoefte heeft aan de inbreng van deskundigheid van andere disciplines, zoals de chemie, de farmacie, de fysica en de informatica. Kwalitatief hoogstaande nucleaire geneeskunde kan dan ook slechts worden bereikt wanneer in multidisciplinair teamverband wordt gewerkt.

De NVNG verenigt als wetenschappelijke vereniging alle academici – artsen en niet-artsen – die werkzaam zijn in de nucleaire geneeskunde. De niet-medische academici worden opgeleid onder auspiciën van de NVNG en worden ook geregistreerd door de NVNG. De opleidingseisen voor klinisch fysici nucleaire geneeskunde zijn opgesteld in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica. Zo bestaat er ook een speciale opleiding voor chemici en farmaceuten. Deze speciale opleidingen voor niet-medici leveren een enorme bijdrage aan de kwaliteitsbewaking en -bevordering van de nucleaire geneeskunde.

ASSISTEREND PERSONEEL

Bij de uitvoering van nucleair-geneeskundig onderzoek zijn vele niet-academici betrokken. Tot voor kort hadden deze personeelsleden veelal een opleiding genoten tot radiologisch laborant of medisch-chemisch analist.

De NVNG en de Vereniging van Assistenten in de Nucleaire Geneeskunde (VANG) hebben enige jaren geleden de Stichting Opleiding Assistenten in de Nucleaire Geneeskunde opgericht. Deze stichting verzorgt opleidingen tot medisch nucleair werker. Tijdens deze opleidingen gericht op specifiek nucleair-geneeskundige kennis wordt een cursus stralenseveiligheid op adequaat niveau gegeven. In 1987 vond erkenning hiervan door de overheid plaats. De VANG is zeer actief op het gebied van nascholing van haar leden. De specifieke opleidingen en nascholing van het assisterend personeel zullen in de nabije toekomst belangrijke bijdragen leveren aan de kwaliteitsbewaking en -bevordering in de nucleaire geneeskunde.

BIJSCHOLING AANVRAGERS

Wettelijke regelingen met betrekking tot de stralenbescherming van werkers in de nucleaire geneeskunde zijn vervat in de Kernenergiewet en de daarbij behorende besluiten en voorschriften. Deze regelin-

gen hebben uitdrukkelijk géén betrekking op patiënten. De stralenbescherming van de patiënt is in de Nederlandse wetgeving niet geregeld. Wel is in 1986, ook in Nederland, een richtlijn van de Raad van de Europese Gemeenschappen 'tot vaststelling van fundamentele maatregelen met betrekking tot de stralingsbescherming van personen die medisch onderzocht of behandeld worden' van kracht geworden. Deze richtlijn stelt in artikel 1: 'Elke blootstelling (aan ioniserende straling) om medische redenen moet medisch gerechtvaardigd zijn en moet zo beperkt worden gehouden als redelijkerwijs mogelijk is, . . .' Dit artikel legt een belangrijke verantwoordelijkheid bij de aanvrager van elk onderzoek c.q. behandeling waarbij gebruik wordt gemaakt van ioniserende straling. Voor de rechtvaardiging van het onderzoek en de afweging ten opzichte van methodieken die geen gebruik maken van ioniserende straling zal de aanvrager over voldoende eigen deskundigheid moeten beschikken.

De staatssecretaris van WVC heeft met het oog op de implementatie van deze EG-richtlijn advies gevraagd aan de nationale Raad voor de Volksgezondheid. De raad merkt in zijn rapport van april 1988 ten aanzien van de positie van de aanvrager het volgende op: 'Nadrukkelijker dan in het algemeen gebruikelijk zal in de basisopleidingen en dus ook in het medisch curriculum aandacht moet worden besteed aan de voor- en nadelen van aangewende diagnostische en therapeutische middelen.' Voor alle duidelijkheid wordt door de raad vermeld dat de noodzaak van deskundigheid niet slechts van toepassing is op nucleair geneeskundigen, radiodiagnosten en radiotherapeuten, maar op alle medisch specialisten en andere medici die bij de uitoefening van hun specialisme gebruik maken van geneeskundige methoden en technieken waarbij ioniserende straling in het geding is.

In de door het Centraal College vastgestelde opleidingseisen voor een aantal medische specialismen staat al vele jaren vermeld dat de opleider erop moet toezien dat de arts-assistent voldoende kennis verkrijgt van de gevaren die aan het gebruik van ioniserende straling uitzendende stoffen en toestellen zijn verbonden. Kijken we om ons heen dan lijkt deze doelstelling in vele opleidingen niet te worden bereikt.

Op welke wijze zou nu in de *praktijk* gestalte kunnen worden gegeven aan zo-

wel de richtlijn van de EG als de eisen van het Centraal College? Zoals de Nationale Raad voor de Volksgezondheid al aangeeft, zou in het reguliere curriculum geneeskunde meer aandacht moeten worden geschonken aan de effecten van ioniserende straling en stralingsbescherming. Daarnaast zou een algemene inleiding moeten worden gegeven in de methoden en technieken waarbij gebruik wordt gemaakt van open en gesloten bronnen van ioniserende straling.

Vrijwel alle basisartsen volgen een specifieke beroepsopleiding tot huisarts of specialist. In de specialismen waar men veel gebruik maakt van nucleair-geneeskundig onderzoek is een aanvulling op het basisonderwijs nodig. In veel specialisatenopleidingen bestaat thans een vorm van cursorisch onderwijs. Daarin zou een en ander kunnen worden ingepast, waarbij dan per specialisme uitvoerig aandacht wordt besteed aan de indicaties en contra-indicaties voor de verschillende technieken, de afweging onderling en die ten opzichte van andere beeldvormende technieken die geen gebruik maken van ioniserende straling.

STRALINGSBESCHERMING

De belangrijkste bijdragen voor de stralingsbescherming van de patiënt zijn een zorgvuldige indicatiestelling en een goede afweging ten opzichte van andere onderzoeken die geen gebruik maken van ioniserende straling. Daarnaast speelt bij de uitvoering van het onderzoek een aantal factoren een rol dat van invloed is op de stralenbelasting van de patiënt. Uit een oogpunt van kwaliteitsbewaking en -bevordering verdienen deze factoren extra aandacht. Voor diverse onderzoeken zijn thans verschillende radio-farmaca beschikbaar waarmee globaal dezelfde of in ieder geval vergelijkbare informatie over het doelwitweefsel kan worden verkregen, maar waarvan de stralenbelasting zeer verschillend kan zijn. Er dient derhalve een zorgvuldige keuze te worden gemaakt, waarbij ook economische factoren een rol moeten spelen. Ook speelt de hoeveelheid toegediende radioactiviteit een grote rol. Een weloverwogen dosis radioactiviteit is altijd een compromis tussen enerzijds informatiedichtheid en anderzijds stralenbelasting, waarbij in de praktijk echter ook de voor de patiënt maximaal aanvaardbare duur van het onderzoek en zaken van logistieke aard een rol spelen.

Berekeningen van de stralenbelasting voor de patiënt en de extrapolatie naar de

gehele bevolking geschieden gewoonlijk volgens een internationaal gehanteerde en aanbevolen systematiek. Toch zijn hierbij veel kanttekeningen te plaatsen, onder meer omdat de methodiek in patiëntsituaties vaak niet bruikbaar is. De vraagstukken zijn vaak te complex om lokaal te worden opgelost. Het is daarom verheugend te zien dat enkele academische afdelingen Nucleaire Geneeskunde samen met de Nederlandse Commissie voor Stralingsdosimetrie en het Radio-biologisch Instituut TNO – met behulp van geavanceerde rekentechnieken – werken aan het verzamelen van gegevens en het berekenen van stralenbelasting. Op die manier zal over enige tijd een betere schatting van het risico van nucleair-geneeskundig onderzoek kunnen worden gemaakt.

PROTOCOLLEN

Met het oog op kwaliteitsverbetering in de breedte is binnen de NVNG de laatste jaren een discussie gevoerd over de wenselijkheid van een opstelling van standaardvoorschriften voor verrichtingen. Na een proefexercitie aan de hand van een conceptprotocol voor skeletscintigrafie heeft de ledenvergadering van de NVNG een jaar geleden besloten van alle routinematig uitgevoerde verrichtingen protocollen te zullen opstellen onder leiding van een commissie Kwaliteitsbevordering. In deze commissie zijn alle in de nucleaire geneeskunde werkzame disciplines vertegenwoordigd. De protocollen zullen aan de ledenvergadering worden voorgelegd in de verwachting consensus of tenminste een breed draagvlak te bereiken. Afgesproken is dat deze protocollen daarna als *richtlijn* zullen worden gehanteerd. Zij hebben de status van een

advies van de eigen beroepsgroep. Het is uiteraard mogelijk bij de individuele patiënt of als individuele beroepsbeoefenaar van deze richtlijn af te wijken, maar verwacht wordt dat daarvoor dan goede argumenten voorhanden zullen zijn.

De protocollen worden opgezet volgens een vast raamwerk, waarbinnen allerlei aspecten – variërend van benodigde klinische informatie, relatie met andere onderzoeken, voorbereiding van de patiënt, keuze en dosis van het radiofarmacon, parameters van uitvoering, tot bekende 'pitfalls' bij de interpretatie – worden vastgelegd. Daarbij worden ook gegevens van stralenbelasting vermeld, zo mogelijk opgesplitst naar relevante leeftijdscategorie. Naast de specifieke protocollen voor elk gangbaar onderzoek, wordt thans ook gewerkt aan een algemeen gedeelte waarin eisen en adviezen ten aanzien van kwaliteitscontrole van radiofarmaca, detectieapparatuur en dataverwerkende systemen worden geformuleerd.

Het moge duidelijk zijn dat hier sprake is van een zeer ambitieus project dat, wanneer het in de huidige opzet slaagt, zal leiden tot een kwaliteitsverbetering in de breedte van de nucleaire geneeskunde. Als *spin-off* zal een betere vergelijkbaarheid van de resultaten van de onderzoeken tussen de verschillende instituten worden bereikt. Zulks zal herhaling van onderzoek bij verwijzing naar een ander ziekenhuis vaak overbodig maken en voorkomt een in principe vermijdbare stralenbelasting en ander ongemak voor de patiënt.

BESLUIT

Kwaliteitsbewaking en -bevordering in de nucleaire geneeskunde richt zich thans vooral op de volgende zes items:

- in het basis-onderwijs aan studenten geneeskunde iets meer aandacht voor aspecten van ioniserende straling;
- tijdens de opleiding voor die specialisten die frequent nucleair-geneeskundig onderzoek aanvragen, meer aandacht voor technieken die van ioniserende straling gebruik maken;
- bemensing van afdelingen Nucleaire Geneeskunde met een staf waarin naast medische ook gespecialiseerde deskundigheid op het gebied van de fysica, farmacie en chemie aanwezig c.q. bereikbaar is;
- goede kwaliteitscontrole op radiofarmaca en detectieapparatuur;
- betere dosimetrie met name in patiëntsituaties; en
- landelijke invoering van een geprotocolleerde werkwijze voor routinematig uitgevoerde nucleair-geneeskundige onderzoeken.

De drie laatstgenoemde aandachtspunten regaderen primair de eigen beroepsgroep. Daaraan wordt thans enthousiast en voortvarend gewerkt. De drie eerstgenoemde punten zijn niet rechtstreeks te beïnvloeden door de beroepsgroep. Daarvoor wordt aandacht gevraagd bij de opstellers van de curricula geneeskunde, bij de specialistenopleiders en bij degenen die beslissen over de verdeling van de middelen voor de gezondheidszorg. □

Literatuur

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Stralingsbescherming Patiënten. Publikatie 13/88. April 1988.

Corstens FHM. Nucleaire Geneeskunde: Contradictie in adjecto? Faculteit der Geneeskunde en Tandheelkunde, Nijmegen. 1989: 1-30.

PRAKTIJKPERIKELLEN

Dubbelblind

Een zwijgzame man, Surinaamse afkomst, hindoestaan, komt op het spreekuur met een recept. Geschreven op een visitekaartje van een collega die, volgens dit visitekaartje, twee beroepen heeft die op de arbeidsmarkt moeilijk in te vullen zijn: arts en bioloog. Geadviseerd werd in verband met maagklachten carotaben te slikken. Of ik dat even wilde overnemen op ons receptpapier. 'Het ziekenfonds, u weet wel.' Ruim van opvatting wil ik dat, maar toch ook maar in het 'Kompas' kijken. Een waarschuwende vinger priemt naar controle door een specialist. Dan maar overleggen met de collega met twee beroepen: 'Nee, de hoeveelheid is niet zodanig dat je frequent de leverfuncties moet controleren. Twee glazen wortelsap is eigenlijk net zoveel. En dit werkt omdat uw patiënt maagklachten heeft en de maag is epitheliaalweefsel, dus vitamine A is goed.' De tegenwerping dat de maag van mesodermale afkomst is, wordt niet eens gehoord. Zouden die twee glazen wortelsap of af en toe een worteltje knabbelen niet een beter alternatief zijn?

Korte door artsen geschreven signalementen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

Van CT naar MRI: l'histoire se répète

Een neuroradioloog verbaast zich

De afgelopen jaren hebben een stormachtige ontwikkeling van de diagnostiek met behulp van afbeeldingen laten zien. In het begin van de jaren '70 kwam de 'computerized tomography' (CT) op en omstreeks 1980 kwam de diagnostiek met behulp van magnetische resonantie (MR) voor de kliniek ter beschikking. De manieren waarop deze beide dure methoden van onderzoek voor klinisch onderzoek zijn toegelaten, lopen op een frappante wijze parallel.

CT-SCANNING

De CT-scanning is in 1972 voor de kliniek beschikbaar gekomen. Deze afbeeldingstechniek maakte het voor het eerst mogelijk rechtstreeks inlichtingen te krijgen over de anatomie en tot op zekere hoogte over de samenstelling van weefsels. Daarvoor moesten we grotendeels varen op indirecte aanwijzingen; zo maakten we in de neuroradiologie gebruik van pneumoencefalografie en arteriografie, patiënt-onvriendelijke en nu en dan tijdrovende onderzoeksmethoden. Computertomografie daarentegen is patiënt-vriendelijk; hoogstens is het een enkele keer nodig dat iemand in een wat ongemakkelijke houding wordt onderzocht en ook moet op bepaalde indicaties intraveneus contrast worden toegediend.

CT-apparatuur is duur. Dit bracht de overheid ertoe maatregelen te treffen in de regelgevende sfeer, waardoor het aanschaffen van deze apparaten werd belemmerd. De eerste CT-scanner werd geplaatst in het zuiden des lands; Amsterdam volgde en daarna werden de CT-faciliteiten geleidelijk uitgebreid.

Met de toename van het inzicht in de gebruiksmogelijkheden namen de wachtlijsten toe. Wachttijden van enkele maanden en grote reizen, soms over een afstand van meer dan 100 km, werden noodzakelijk.

In het begin werden vooral ziekten van het centrale zenuwstelsel met CT gediagnostiseerd. Gaandeweg nam ook de body-CT een belangrijke plaats in.

MR-IMAGING

De 'imaging' met magnetische resonantie kwam in het begin van de jaren '80 van de grond. In 1981 had ik het genoegen voor het eerst een congres bij te wonen dat geheel aan MR-imaging en MR-spectroscopie was gewijd. Omdat het contrastop-

L. M. Vencken

Diagnostiek met behulp van magnetische resonantie (MR-imaging) kan de computertomografie voor een groot deel vervangen. Paradoxaal genoeg zien we dat er en masse CT-machines worden aangeschaft, terwijl het kopen van MRI-apparatuur aan banden is gelegd. Een neuroradioloog verbaast zich en doet aan patroonherkenning.

lossend vermogen zeer veel groter was dan we van CT gewend waren, was de anatomische informatie ook beter. Voor het eerst zag je de nucleus ruber in vivo! Een moeilijkheid was dat de apparatuur duurder bleek te zijn dan een CT-scanner.

De acquisitie van gegevens en de invloed van de vele parameters op de beeldvorming zijn ingewikkeld. Door fysici bedachte modellen hebben ons radiologen geholpen de techniek enigermate te doorzien. De talrijke en gevarieerde 'pulse-sequences' maakten de keuze vaak moeilijk. Allengs bleek dat het grootste gedeelte van de problemen met het afbeelden van afwijkingen van het centrale zenuwstelsel kon worden opgelost met behulp van de spin-echotechniek.

De eerste onderzoeken van patiënten in Nederland vonden in het begin van de jaren '80 plaats in een fabriekshal te Eindhoven. De eerste ziekenhuisapparatuur verscheen in Amsterdam, daarna in Utrecht en ook in Groningen (Academisch Ziekenhuis). Er werd druk overleg gepleegd tussen vertegenwoordigers van academische ziekenhuizen en hierbij waren ook afgevaardigden van de overheid aanwezig; intenties tot samenwerking werden naar voren gebracht, er kwamen plannen voor verdeling van de werkzaamheden tot stand.

Hoewel het bekende artikel 18 buiten werking werd gesteld, kwam er op een andere wijze een rem op de aanschaf van MR-apparatuur, namelijk via budgetcontrole. Ongeveer te zelfde tijd werd het aanschaffen van CT-scanners veel goedkoper. Daardoor vertoonde het aantal van deze apparaten dat werd aangeschaft een sterke stijging. Intussen werd ook duidelijk dat bij de diagnostiek van ziektes van het zenuwstelsel, maar tot op

zekere hoogte ook bij de diagnostiek van afwijkingen elders in het lichaam, de MR het duidelijk won van de CT. De diagnostische gebruiksmogelijkheden van MR op zich namen zeer sterk toe, doordat de apparatuur verbeterde en doordat de sterkte van de magneetvelden toenam, waardoor de acquisitetijden konden worden verkort.

In weerwil van dit alles en in weerwil van het feit dat spectroscopie goed van de grond begon te komen, bleef het aantal MR-machines sterk beperkt. Opnieuw moesten patiënten vaak grote reizen maken en dan nog waren het alleen de 'happy few' die in aanmerking kwamen voor een onderzoek.

Er zijn derhalve opvallend veel parallellen in de bovengeschetste ontwikkelingen. De beide onderzoeksmethoden hebben met elkaar gemeen dat ze patiëntvriendelijk zijn, waar voor kernspintomografie nog bij komt dat het onderzoek minder belastend is omdat er geen gebruik wordt gemaakt van in principe schadelijke röntgenstraling.

PARADOX

Bij de vergelijking van MRI en CT is een belangrijk aspect, dat de nieuwe methode de oudere voor een groot deel kan vervangen. Dit geldt met name voor de diagnostiek van ziekten van het centrale zenuwstelsel.

Voor ons zien we nu een paradoxale ontwikkeling: er worden in groten getale CT-machines aangeschaft; het kopen van MRI-apparatuur is maar beperkt mogelijk door monetaire restricties. Ziektekostenverzekeraars vergoeden de kosten van grote aantallen computertomografieën, terwijl voor het grootste gedeelte van de indicaties ook, en in vele gevallen beter, een MR-onderzoek kan plaatsvinden. Aanschaf en onderhoud van MR-apparatuur is op dit moment duurder dan het kopen en onderhouden van CT-apparatuur. Daar staat tegenover dat schadelijke röntgenstralen bij magnetische resonantie onnodig zijn en dat in een groot aantal gevallen het diagnostische rendement hoger is (met betrekking tot de neuroradiologie kan men onder andere denken aan het onderzoek van de achterste schedelgroeve en het onderzoek van de sella-regio). Het komt er in grote lijnen op neer dat de betere 'imaging'-methode MR, die slechts weinig duurder is dan zijn voorganger CT en die voor de patiënt

onschadelijk is, minder kansen krijgt vanwege beperkte aanschafmogelijkheden. Er zijn meer verschuivingen in de diagnostiek die op een bevreedende wijze plaatsvinden. Zo verscheen er in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van de hand van F. E. Posthumus Meyjes een artikel over de merkwaardige gang van zaken in de neurodiagnostiek¹: CT en MRI verdienen de voorkeur boven EEG voor het aantonen van structurele afwijkingen, maar in 1989, ruim tien jaar na invoering van de computertomografie in Nederland, worden er meer EEG's gemaakt dan in de eraan voorafgaande jaren. Posthumus Meyjes spreekt van overconsumptie. Wat de oorzaken aangaat tast hij in het duister: er is te weinig onderzoek naar gedaan! Dit is schrijnend, omdat het EEG anno 1989 eigenlijk vooral bij epilepsie en encefalitis en soms bij andere aandoeningen van het zenuwstelsel nuttig kan zijn, maar voor het overige is 'uitgeteld'. Nog een heel belangrijk punt is Posthumus Meyjes' opmerking,

dat meer technische diagnostiek gemakkelijk op een dwaalspoor kan leiden. Wat dit betreft hebben we in de afgelopen jaren met CT en de vele erbij optredende artefacten in achterste schedelgroeve en temporale groeve wel voldoende moeilijkheden ondervonden. Bij MR zijn in elk geval geen botartefacten te vrezen.

CONCLUSIE

Moeten we met lede ogen blijven aanzien dat de geschiedenis zich herhaalt? Of hebben we geleerd van het verleden? Zo ja, dan gaan we nu versneld over tot het aanschaffen van de betere apparatuur: MR in plaats van CT. Overwogen zou kunnen worden de aanschaf van CT-scanners sterk te beperken. In de sfeer van honorering en kostenvergoeding kunnen hiervoor sturende maatregelen worden genomen. Spiegelbeeldig hieraan kan de diagnostiek met MR worden gestimuleerd door de honorering voor dit onderzoek licht te verhogen en voor een ade-

quate kostenvergoeding te zorgen. De uitbreiding van produktietijden (langer dan de 'normale' 8-urendag) zou moeten worden gestimuleerd door faciliteiten in de personele sfeer. Helaas ligt ook dit grotendeels in het budgettaire vlak. De kosten per onderzoek zouden gemiddeld nog iets hoger worden dan nu, maar een MRI-apparaat met behulp waarvan geen patiënt wordt onderzocht kost ook geld. □

Drs. L. M. Vencker is als neuroradioloog verbonden aan de afdeling Radiodiagnostiek van het Academisch Ziekenhuis Groningen.

Literatuur:

1. Posthumus Meyjes FE, Crevel H van. Het EEG in de neurologische praktijk; verschuivingen in de diagnostiek. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 1970-4.

Medische Beroepsgroep Amnesty International/Johannes Wier Stichting:

Hulp voor gevangenen in Zuidafrikaanse dodencellen

In de week rond 10 december, de 41e verjaardag van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, was er een actieweek tegen de doodstraf in Zuid-Afrika, georganiseerd door de anti-apartheidsbewegingen in Nederland. Ter gelegenheid hiervan waren er twee Zuid-Afrikanen op bezoek: de 70-jarige Simon Pot-sane, vader van van een ter dood veroordeelde, die de ouders van de gevangenen in de Zuid-afrikaanse dodencellen vertegenwoordigde, en Joan Cameron, actief in de Abolitionist Society. Beiden bezochten op 8 december het door staatssecretaris Simons geopende symposium over de medicalisering van de doodstraf, georganiseerd door de Johannes Wier Stichting. Op een latere bijeenkomst vertelde Joan Cameron ons over haar werk. Zij is psychologisch 'raadvrouw' van twee politieke gevangenen in Pretoria Central Prison. Ondanks het feit dat ze een 'white madam' is en geen enkele zwarte taal vloeiend sprak, besloot ze een half jaar geleden de uitdaging toch aan te gaan. 'Uiteindelijk bedacht ik dat de situatie er voor hen niet slechter op kon worden.' Tweemaal per week praat ze veertig minuten met de gevangenen via een intercom: gescheiden als ze zijn door een dikke glazen wand. Op de achtergrond is altijd een bewaker aanwezig die meeluistert; tevens is er veel lawaai van de andere gevangenen die in dezelfde ruimte bezoek ontvangen.

Behalve over de gevangenisomstandigheden zelf, zegt Joan, mag over alles worden gesproken. Ze krijgt veel te horen over de woede en angst van de gevangenen, en over hun schuldgevoelens omdat ze van huis zijn weggevloden om zich aan te sluiten bij de bevrijdingsbeweging. Zo hoeven ze deze gevoelens niet te uiten aan hun moeders of geliefden in de korte tijd dat dezen hen mogen bezoeken. Door de gevangenen aan te moedigen hun eigen krachten te ontwikkelen om de spanningen aan te kunnen en met angst en woede om te gaan biedt men ze de kans energie over te houden om het gevecht van de eindeloze beroepsprocedures aan te kunnen.

Het project van 'lay counseling' loopt zo goed dat men het wil gaan uitbreiden en anderen gaat trainen voor dit werk. De begeleiding ligt in handen van de klinisch psycholoog Lloyd Vogel-gelman, lid van OASSSA en directeur van het 'Project for the Study of Violence' aan de Universiteit van de Witwatersrand in Johannesburg. Vogel-gelman heeft een van de gevangenen in de dodencellen onderzocht ten behoeve van een afgewezen aanvraag voor vrijlating op borg. Het betreft de enige vrouw in Pretoria Central Prison, Evelina de Bruin. Zij is veroordeeld op grond van 'common purpose' omdat ze deel uitmaakte van de menigte van driehonderd mensen die op 13 november 1985 een politie-

agent in Upington zou hebben vermoord. De twee jongsten van haar elf kinderen mogen haar niet bezoeken; dit gevoegd bij de relatieve isolatie, haar analfabetisme en slechte fysieke conditie, hebben deze 60-jarige vrouw in een diepe depressie gebracht. Er is een schrijfactie gestart om haar vrijlating om humanitaire redenen te bepleiten. Een kopie van het schrijven dat wij richten aan de Medical Association of South Africa vindt u in de rubriek 'Brieven'. Voor meer informatie: Johannes Wier Stichting, Postbus 62, 4450 AB Heinkenszand, tel. 01106-3768.

(JWS)

Roken en lichaamsgewicht

Het is al weer 25 jaar geleden dat de door de Amerikaanse nationale gezondheidsdienst ingestelde Advisory Committee on Smoking and Health een indrukwekkend rapport publiceerde over de op dat moment bekende gevolgen voor de gezondheid van sigaretten roken. Dit gezaghebbende rapport vestigde de aandacht van het Amerikaanse publiek op de gevaren van het roken van sigaretten en vormde de aanzet tot campagnes van de overheid om het tabaksgebruik terug te dringen. Sindsdien is er veel vooruitgang geboekt in de strijd tegen deze levensgevaarlijke gewoonte en is er veel veranderd in de kennis, de attitudes en het gedrag van het Amerikaanse publiek. Onder volwassenen daalde de prevalentie van roken van 40% in 1965 tot 29% in 1987.¹ Van de volwassenen die ooit hebben gerookt is inmiddels bijna de helft gestopt. Roken wordt sociaal ook steeds minder geaccepteerd getuige het toenevende aantal plaatsen in openbare gebouwen en op het werk waar een rookverbod geldt. Dankzij het feit dat het percentage rokers een dalende lijn ging vertonen zijn tussen 1964 en 1985 naar schatting 789.000 premature sterfgevallen voorkomen. Helaas is er niet alleen goed nieuws te melden. Hoewel er steeds minder mensen zich aan bezondigen is roken nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak in de Verenigde Staten die alleen al in 1985 zo'n 390.000 mensenlevens heeft gekost, wat betekent dat meer dan één op de zes sterfgevallen het gevolg was van roken¹. Ongeveer 56 miljoen Amerikanen roken nog steeds

en het percentage jongeren dat gaat roken is sinds 1980 niet gedaald. Het percentage rokers is het hoogst onder mensen met weinig opleiding, de lage inkomensgroepen en de minderheidsgroepen, dat wil zeggen onder mensen die toch al een veel grotere kans lopen om ziek te worden. Even verontwaardigd is het feit dat het verschil tussen het percentage mannelijke en vrouwelijke rokers steeds kleiner wordt. Als de huidige trend zich voortzet hebben de vrouwen de mannen tegen het midden van de jaren negentig ingehaald.

Dankzij jarenlange voorlichtingscampagnes weten bijna alle rokers dat roken slecht is voor de gezondheid. Waarom is roken dan toch zo'n hardnekkige gewoonte? Sociale factoren spelen ongetwijfeld een belangrijke rol. Er wordt veel reclame gemaakt voor tabaksprodukten, ze zijn betrekkelijk goedkoop en ze zijn overal verkrijgbaar, zelfs voor kinderen. Ook de kennis over de gevaren van roken laat te wensen over: sommige rokers beseffen niet hoe groot de risico's zijn en wat nog belangrijker is, veel rokers geloven niet dat zij persoonlijk risico lopen. Toch willen de meeste rokers (ook als ze pas kort geleden zijn begonnen) stoppen en velen hebben dat ook tevergeefs geprobeerd. Waarom is het zo moeilijk om te stoppen met roken? Een van de belangrijkste oorzaken is de uitermate verslavende werking van nicotine, waardoor mensen die stoppen met roken last krijgen van ontwenningssverschijnselen^{1 3 4}. Verder is het moeilijk definitief te stoppen omdat sigaretten zo gemak-

kelijk verkrijgbaar zijn en omdat roken nog altijd, zij het steeds minder, een sociaal aanvaarde gewoonte is. Voor veel rokers zijn sigaretten een middel om zich te ontspannen, om zich beter te concentreren of om beter bestand te zijn tegen stress^{3 4}. Stoppen met roken betekent afstand doen van een belangrijke houvast. Tenslotte blijkt steeds duidelijker dat met name vrouwen niet willen stoppen met roken uit angst dat zij dikker zullen worden.

In onze samenleving wordt het modebeeld bepaald door het slankheidsideaal en wordt roken door veel mensen beschouwd als een doeltreffende manier om slank te blijven. Uit onderzoek is gebleken dat sommige mensen zelfs gaan roken uit angst om dik te worden. Het idee dat je dikker wordt als je stopt met roken weerhoudt veel mensen ervan om het roken op te geven en een van de redenen waarom mensen opnieuw gaan roken is de constatering dat zij inderdaad zwaarder zijn geworden³. Tientallen jaren lang heeft de tabaksindustrie dit soort ideeën gepropageerd, te beginnen met de Lucky Strike-advertenties uit de jaren dertig waarin vrouwen werd geadviseerd: 'Reach for a Lucky instead of a sweet'. De moderne reclame verwijst in woord, beeld en merknaam naar het slankheidsideaal en brengt een boodschap over die minder expliciet maar net zo duidelijk is.

Er zijn overtuigende bewijzen voor een omgekeerd evenredig verband tussen roken en lichaamsgewicht^{3 5}. Uit 'cross-sectional' onderzoek is geble-

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

ken dat rokers gemiddeld vijf tot tien pond minder wegen dan niet-rokers van dezelfde leeftijd en lengte. Longitudinale onderzoeken hebben uitge-wezen dat rokers die stoppen ook ongeveer vijf tot tien pond aankomen. Onderzoeken naar het effect van nicotine op het lichaamsgewicht van die-ren bevestigen deze observaties en doen vermoeden dat de nicotine verantwoordelijk is voor de effecten die roken heeft op het lichaamsgewicht^{3 6}. Er is meer onderzoek nodig naar het patroon of de voorspellende factoren van de gewichtstoename na het stoppen met roken, maar de beschikbare gegevens geven aanleiding te veronderstellen dat mensen die veel roken, mensen die in het verleden al problemen hadden met hun gewicht en 'matige eters' een grotere kans hebben om aan te komen als zij stoppen met roken^{3 7}. Hoewel zwaarlijvigheid net als roken een risicofactor is voor prematu-re sterfte is het gemiddelde verschil in lichaamsgewicht tussen rokers en niet-rokers te klein om op te wegen tegen de voordelen van het stoppen met roken⁸. Bovendien is inmiddels aangetoond dat het lichaamsvet bij rokers ondanks hun lagere gewicht over het lichaam is verdeeld volgens een patroon dat in verband wordt gebracht met een hogere kans op aandoeningen van de kransslagaders⁹. Hoe komt het dat rokers minder wegen en dat hun gewicht toeneemt wanneer zij stoppen met roken? Volgens alledaagse wijsheid en verschillende empirische aanwijzingen zijn deze verschillen toe te schrijven aan veranderde eetgewoonten. Rokers die na het stoppen met roken acht weken lang werden gevolgd bleken meer calorieën te gaan gebruiken en hun eetgewoonten te veranderen, hetgeen de geobserveerde gewichtstoename minstens ten dele zou kunnen verklaren^{3 10}. Wie stopt met roken gaat meer zoetigheden eten, bij voorkeur in de vorm van voedingsmiddelen met een hoog suikergehalte^{6 7}. Soortgelijke veranderingen in lichaamsgewicht en dieet zijn waargenomen bij ratten na

onthouding van nicotine⁶, een effect dat het duidelijkst was bij vrouwtjes-ratten¹¹. Bij 'cross-sectional' onderzoeken rapporteerden rokers echter een caloriegebruik dat even hoog of hoger was dan het caloriegebruik van niet-rokers, terwijl hun lichaamsgewicht toch lager was^{3 5}. Dit doet vermoeden dat verschillen in energieverbruik (hetzij als gevolg van meer lichaamsbeweging, hetzij als gevolg van een hogere stofwisselingssnelheid) het verschil in lichaamsgewicht voor een deel kunnen verklaren. Hoewel er slechts weinig gegevens beschikbaar zijn lijken rokers en niet-rokers nauwelijks van elkaar te verschillen voor wat betreft de hoeveelheid lichaamsbeweging³. De sleutel tot een beter begrip van de relatie tussen roken en lichaamsgewicht ligt bijgevolg in de effecten die roken heeft op de stofwisseling. Perkins en medewerkers¹² hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de beperkte maar in omvang toenemende hoeveelheid literatuur over de stofwisselingseffecten van roken. In een zorgvuldig gecontroleerd onderzoek toonden zij aan dat mannelijke rokers die tijdelijk geen nicotine binnenkrijgen bij het uitvoeren van een vastgestelde taak minder energie verbruiken dan rokers die wel nicotine binnenkrijgen. Anders dan bij eerdere onderzoeken werd het energieverbruik zowel bij inspanning als in rust gemeten en werd meer gekeken naar het effect van nicotine dan naar het effect van tabaksrook. Bij lichte activiteit was het surplus aan afgegeven energie bij rokers groter dan in rust, een nieuw gegeven dat doet vermoeden dat de verschillen in stofwisselingssnelheid tussen rokers en niet-rokers groter zijn dan tot dusver werd gedacht. Dit vermoeden wordt versterkt door de omvang van de verschillen in stofwisselingssnelheid die over een periode van 24 uur werden geobserveerd¹³. De onderzoekbevindingen geven aanleiding te veronderstellen dat lichaamsbeweging indi-

rect een rol speelt in de relatie tussen roken en lichaamsgewicht en dat de nicotine verantwoordelijk is voor de stofwisselingseffecten van roken. Er is meer onderzoek nodig om het bestaan van deze effecten bij vrouwen te bevestigen en meer zicht te krijgen op de onderliggende mechanismen, waarbij kan worden gedacht aan veranderingen in het sympatische zenuwstelsel¹² en in de energieopslag¹⁴. Er moeten longitudinale onderzoeken worden uitgevoerd met een uitgebreide analyse van het dieet, de lichaamsbeweging en de stofwisseling om vast te stellen of de door Perkins en collega's geconstateerde verschillen van blijvende aard zijn, of er sprake is van compenserende veranderingen in de voedselopname en welke rol dit verschil in stofwisseling speelt bij de gewichtstoename na het stoppen met roken. Een beter begrip van de factoren die een rol spelen bij de relatie tussen roken en lichaamsgewicht biedt wellicht aanknopingspunten voor methoden om deze gewichtstoename zo beperkt mogelijk te houden. Welk advies kunnen artsen intussen geven aan rokers die bang zijn dat zij dikker zullen worden als zij stoppen met roken? Omdat angst om dikker te worden onbewust een belangrijke hinderpaal kan vormen voor rokers die er niet in slagen te stoppen, zouden artsen die patiënten van het roken willen afhelpen routinematig informatie moeten geven over de kans op een gewichtstoename. Rokers moeten weten dat niet iedereen die stopt met roken dikker wordt en dat een eventuele gewichtstoename meestal kleiner is dan vaak wordt gedacht en niet opweegt tegen de gunstige effecten die stoppen met roken heeft op de gezondheid. De meeste rokers maken zich echter meer zorgen over de consequenties van een gewichtstoename voor hun uiterlijk dan over de gevolgen voor hun gezondheid. Conventionele vermageringsstrategieën, met name het advies om niet te snoepen en meer aan lichaamsbeweging te

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

gaan doen, kunnen nuttig zijn om de gewichtstoename zo binnen de perken te houden. In hoeverre lichaamsbeweging een hulpmiddel kan zijn bij het stoppen met roken is niet bekend. Gezien de vele andere gunstige effecten voor de geestelijke en lichamelijke gezondheid van de patiënt is lichaamsbeweging echter altijd aan te raden. Recent onderzoek heeft uitgezeten dat mensen die stoppen met roken minder aankomen wanneer zij gedurende langere tijd nicotinekauwgum gebruiken.¹⁵ Nicotinesubstitutie zal de gewichtstoename waarschijnlijk eerder uitstellen dan voorkomen, maar kan niettemin nuttig zijn. Tenslotte moeten artsen alle rokers – en met name jongeren die potentiële rokers zijn – duidelijk maken dat roken een ongezonde manier is om aan de lijn te doen. Zolang we in onze cultuur nog steeds geobsedeerd blijven door het slankheidsideaal moet er meer aandacht komen voor de mogelijkheid dat mensen niet willen stoppen met roken uit angst dikker te worden. Als we de

voortgang die de afgelopen 25 jaar is geboekt bij het streven naar een rookvrije samenleving willen voortzetten, zullen we meer te weten moeten komen over de mechanismen die ten grondslag liggen aan de gewichtstoename bij mensen die stoppen met roken en zullen we strategieën moeten ontwikkelen om het gewicht van rokers die proberen te stoppen met roken in de hand te houden.

Rigotti NA. Cigarette smoking and body weight. *N Engl J Med* 1989; 320: 931-3.

Literatuur

1. Department of Health and Human Services, Public Health Service. The health consequences of smoking: 25 years of progress: a report of the Surgeon General. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1989. (DHHS publication no. (CDC) 89-8411.)
2. Pierce JP, Fiore MC, Novotny TE, Hatzidreou EJ, Davis RM. Trends in cigarette smoking in the United States: projections to the year 2000. *JAMA* 1989; 26: 61-5.
3. Department of Health and Human Service, Public Health Service. The health consequences of smoking; nicotine addiction: a report of the Surgeon General. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1988. (DHHS publication no. (CDC) 88-8406.)

4. Benowitz NL. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *N Engl J Med* 1988; 319: 1318-90.
5. Wack JT, Rodin J. Smoking and its effects on body weight and systems of caloric regulation. *Am J Clin Nutr* 1982; 35: 366-80.
6. Grunberg NE. The effects of nicotine and cigarette smoking on food consumption and taste preferences. *Addict Behav* 1982; 7: 317-31.
7. Hall SM, Ginsberg D, Jones RT. Smoking cessation and weight gain. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54: 342-6.
8. Gordon T, Kannel WB, Dawber TR, McGee D. Changes associated with quitting cigarette smoking: the Framingham Study. *Am Heart J* 1975; 90: 322-8.
9. Shimokata H, Muller DC, Andres R. Studies in the distribution of body fat. III. Effects of cigarette smoking. *JAMA* 1989; 261: 1169-73.
10. Rodin J. Weight changes following smoking cessation: the role of food intake and exercise. *Addict Behav* 1987; 12: 303-17.
11. Grunberg NE, Popp KA, Winders SE. Effects of nicotine on body weight in rats with access to 'junk' foods. *Psychopharmacology* 1988; 94: 536-9.
12. Perkins KA, Epstein LH, Marks BL, Stiller RL, Jacob RG. The effect of nicotine on energy expenditure during light physical activity. *N Engl J Med* 1989; 320: 898-903.
13. Hofstetter A, Schutz Y, Jéquier E, Wahren J. Increased 24-hour energy expenditure in cigarette smokers. *N Engl J Med* 1986; 314: 79-82.
14. Carney RM, Goldberg AP. Weight gain after cessation of cigarette smoking: a possible role for adipose-tissue lipoprotein lipase. *N Engl J med* 1984; 310: 614-6.
15. Hajek P, Jackson P, Belcher M. Long-term use of nicotine chewing gum: occurrence, determinants, and effect on weight gain. *JAMA* 1988; 260: 1593-6.

Invloed van de arts op het percentage keizersneden

De laatste twintig jaar is het percentage keizersneden in de Verenigde Staten gestegen van ongeveer 5% in het midden van de jaren zestig tot meer dan 25% in 1988^{1,2}. Deze stijging wordt toegeschreven aan een groot aantal factoren, waaronder een groter percentage herhaalde keizersneden en een frequentere toepassing van de sectio caesarea bij dystocie, benauwdheid van de foetus en bij een abnormale ligging van het kind in de baarmoeder^{1,3,6}. Andere factoren waarvan men vermoedt dat ze verband houden met het toenemend percentage keizersneden zijn de betrekkelijke veiligheid van de procedure

voor de moeder, de invloed van de veranderende demografische karakteristieken van zwangere vrouwen¹ en het medisch en juridisch klimaat^{1,3,4}. Om meer duidelijkheid te krijgen over de vraag in hoeverre de wijze van praktijkvoeren van artsen van invloed is op het percentage keizersneden hebben wij een onderzoek uitgevoerd onder 1.533 welgestelde vrouwen met een kleine kans op obstetrische complicaties die in een plaatselijk ziekenhuis bij elf artsen onder controle waren. Gemiddeld werd bij 26,9% van de bevallingen een keizersnede uitgevoerd. Afhankelijk van de arts varieerde dit cijfer echter van 19,1% tot

42,3%. Het percentage eerste keizersneden (dat wil zeggen het percentage vrouwen dat nog niet eerder een keizersnede had gehad) bedroeg gemiddeld 17,2%, met een spreiding van 9,6% tot 31,8%. Uit een stapsgewijs logistisch regressiemodel van de determinanten van een eerste keizersnede, waaronder de individuele arts, pariteit, geboortegewicht en leeftijd van de moeder en met uitsluiting van specifieke medische indicaties bleek dat alleen nullipariteit ($p < 0,001$) een grotere invloed had op het percentage keizersneden dan de identiteit van de arts ($p < 0,001$). De variatie in de percentages keizersne-

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

den van de artsen kon niet worden toegeschreven aan de praktijksetting, de patiëntenpopulatie, de mate van obstetrisch risico of de recente aanklacht tegen een arts en ging niet gepaard met corresponderende verschillen in de Apgarscore van de kinderen.

Beschouwing

De uitkomsten van ons onderzoek geven aanleiding te veronderstellen dat de individuele arts een belangrijke determinant is van de manier waarop vrouwen bevallen. Onze bevindingen lijken niet te kunnen worden toegeschreven aan de variatie in de patiëntenpopulatie, de mate van obstetrisch risico, het systeem van gezondheidszorg, de 'service status' van de moeder, de wijze van betaling of de recente medisch-juridische ervaring van de arts. Voor al deze factoren behalve de laatstgenoemde werd het onderzoek gecontroleerd door de onderzoekspopulatie te beperken. Het is dan ook mogelijk dat onze uitkomsten niet gelden voor onbemiddelde, reeds klinisch opgenomen of 'high-risk' patiënten. Aangezien het onderzoek slechts elf artsen betrof is de statistische 'power' van het onderzoek lang niet voldoende om te kunnen concluderen dat de recente medisch-juridische ervaring van de arts geen invloed heeft op het percentage keizersneden. Als dit echter de belangrijkste factor zou zijn die een rol speelt bij de variatie in de percentages keizersneden, dan had het in de lijn der verwachting gelegen dat deze factor in het logistisch regressiemodel als belangrijker naar voren zou komen dan de identiteit van de arts. Bovendien hebben we geen objectieve aanwijzingen gevonden op grond waarvan we zouden kunnen concluderen dat een hoger percentage keizersneden gepaard gaat met een lagere morbiditeit onder de pasgeborenen, die bij deze 'low-risk'-populatie heel laag was. Onze bevindingen doen vermoeden dat individuele verschillen tussen artsen een belangrijke rol kunnen

spelen bij het toenemen van de percentages keizersneden. Dit mag echter niet worden geïnterpreteerd als een harde conclusie, omdat ons onderzoek slechts één ziekenhuis gold en de onderzoeksperiode slechts één jaar bedroeg. Onze klinische waarnemingen geven desalniettemin aanleiding te veronderstellen dat vergelijkbare onderzoeken overal in de Verenigde Staten dezelfde uitkomsten zouden opleveren.

Een analyse van alle aspecten van de praktijkstijl van een individuele arts is een complexe zaak en valt buiten het bestek van dit onderzoek. Het is van belang op te merken dat (voor elke willekeurige procedure) een hoger percentage chirurgische ingrepen niet perse wijst op een slechte besluitvorming^{7,8}.

In 1984 noemde Gleicher de percentages keizersneden echter al overdreven hoog en pleitte hij voor rigoureuze intercollegiale toetsingsactiviteiten om deze percentages omlaag te brengen⁹. Gleicher heeft inmiddels bijval gekregen van Queenan die in een recent editorial stelt dat het huidige aantal keizersneden in de Verenigde Staten epidemische vormen heeft aangenomen².

Eerste keizersneden worden zelden beschouwd als een 'electieve' procedure. Toch zou het verhelderend kunnen zijn te kijken naar de drastische daling van het percentage electieve tonsillectomieën en adenoïdectomieën in de laatste twintig jaar. De scherpe daling die sinds het einde van de jaren zestig is opgetreden in het percentage electieve tonsillectomieën en adenoïdectomieën was in eerste instantie het gevolg van het feit dat men significante verschillen constateerde in de percentages tonsillectomieën en adenoïdectomieën van vergelijkbare geografische gebieden^{7,8,10-13}.

Het geven van voorlichting aan de artsen (onder meer via feedback van informatie over de verrichtingen in aangrenzende regio's) is vanuit de belangrijkste factor geweest bij de daaropvolgende verandering in het gedrag

van de artsen^{10,11}. Het geven van voorlichting aan de artsen is een effectiever middel gebleken om de percentages electieve tonsillectomieën en adenoïdectomieën omlaag te brengen dan regulering door de overheid of via intercollegiale toetsingsmechanismen¹¹.

Samengevat kan worden gesteld dat we een aanzienlijke variatie hebben geconstateerd in de percentages keizersneden, een variatie die uitsluitend lijkt te moeten worden toegeschreven aan verschillen tussen individuele artsen. Wij geloven dat de invloed van deze factor op de manier van bevallen in het verleden is onderschat of te weinig is onderzocht.

Goyert G, Bottoms SF, Treadwell MC, Nehra PC. The physician factor in caesarean birth rates. *N Engl J Med* 1989; 320: 706-9.

Literatuur

- Bottoms SF, Rosen MG, Sokol RJ. The increase in the cesarean birth rate. *N Engl J Med* 1980; 302: 559-63.
- Queenan JT. The c-section crisis: why we must solve it ourselves. *Contemp Obstet Gynecol* 1988; 31(2): 9-10.
- Shiono PH, McNellis D, Rhoads GG. Reasons for the rising cesarean delivery rates: 1978-1984. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 696-700.
- Anderson GM, Lomas J. Determinants of the increasing cesarean birth rate: Ontario data 1979 to 1982. *N Engl J Med* 1984; 311: 887-92.
- Minkoff HL, Schwarz RH. The rising cesarean section rate: can it safely be reversed? *Obstet Gynecol* 1980; 56: 135-43.
- Cesarean childbirth. Bethesda, Md: Department of Health and Human Services, 1981. (NIH publication no. 82-2067).
- LoGerfo JP. Variation in surgical rates: fact vs. fantasy. *N Engl J Med* 1977; 297: 387-9.
- Roos NP, Roos LL Jr, Henteleff PD. Elective surgical rates – do high rates mean lower standards? Tonsillectomy and adenoïdectomy in Manitoba. *N Engl J Med* 1977; 297: 360-5.
- Gleicher N. Cesarean section rates in the United States: the short-term failure of the National Consensus Development Conference in 1980. *JAMA* 1984; 252: 3273-6.
- Wennberg JE, Blowers L, Parker R, Gittlesohn AM. Changes in tonsillectomy rates associated with feedback and review. *Pediatrics* 1977; 59: 821-6.
- Moore FD, Pratt LW. Tonsillectomy in Maine: regulation versus education as modulators of medical care. *Ann Surg* 1981; 194: 232-41.
- McPherson K, Wennberg JE, Hovind OB, Clifford P. Small-area variations in the use of the common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *N Engl J Med* 1982; 307: 1310-4.
- LoGerfo JP, Efrid RA, Diehr PK, Richardson WC. Rates of surgical care in prepaid group practices and the independent setting: what are the reasons for the differences? *Med Care* 1979; 17: 1-10.

Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege

Verklaring in echtscheidingsprocedure: over de medische schreef

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door 1. S, wonende te M, en 2. G, kantoorhoudend te J, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te M van 25 april 1988, waarbij de klacht van appellante onder 1, hierna te noemen: klaagster, tegen A, huisarts, wonende te M, is afgewezen.

1. Het Centraal College heeft kennis genomen van de stukken van eerste aanleg; van het proces-verbaal van eerste aanleg, van de beslissing waarvan beroep; van het beroepschrift van klaagster d.d. 30 juni 1988; van het beroepschrift van appellant onder 2, hierna te noemen: G, d.d. 28 juni 1988 en zijn aanvullend beroepschrift, alsmede van het verweerschrift van de arts.

2. De zaak is in hoger beroep behandeld ter terechtzitting van het Centraal College op 18 mei 1989, alwaar zijn gehoord: Mr. L, advocaat te M, namens klaagster die, ofschoon behoorlijk opgeroepen, niet is verschenen. G en de arts, bijgestaan door Mr. C, advocaat te M.

3. De beroepen zijn tijdig ingesteld.

4. Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal College uit van de volgende door het college in eerste aanleg vastgestelde en in hoger beroep niet bestreden feiten en omstandigheden:

Klaagster is gehuwd met E. Uit dit huwelijk zijn twee kinderen geboren van – ten tijde van de uitspraak in eerste aanleg – 7 jaar respectievelijk 9 maanden oud. Op 20 augustus 1987 heeft klaagster met de beide kinderen de echtelijke woning verlaten. Zij verbleef daarna in Q. Medio september 1987 werd de arts telefonisch benaderd door Mr. W, advocaat te M, die hem mededeelde dat zij de raadvrouw van E in de inmiddels aangevangen echtscheidingsprocedure; zij verzocht de arts een schriftelijke verklaring af te geven betreffende de feitelijke situatie rond de verzorging van het oudste kind.

Op 17 september 1987 schreef de arts de volgende brief: 'Geachte Mevrouw W, N.a.v. ons telefonisch onderhoud kan ik U bevestigen dat tijdens de frequente consulten van de Hr. E de laatste 1½ à 2 jaar mij is gebleken dat patiënt het merendeel van huishouden en kinderverzorging deed omdat zijn vrouw niet functioneerde. Hij is bij mij frequent met de vraag gekomen hoe hij hiermee om moest gaan. Als zijn zoon niet naar school moest had hij hem altijd bij zich. Ik hoop u hiermee voldoende te hebben ingelicht.'

5. De door klaagster ingediende klacht, zoals weergegeven in de bestreden beslissing houdt in dat de arts ten opzichte van klaagster, zijn patiënte, zijn beroepsgeheim heeft geschonden door zonder haar voorkennis en toestemming voormelde verklaring van 17 september 1987 af

te geven aan de advocaat van haar tegenpartij in de echtscheidingsprocedure, terwijl hij wist dat deze voor klaagster nadelige verklaring in die procedure zou worden gebruikt. Appellanten bestrijden niet het oordeel van het college in eerste aanleg, dat het niet juist was dat de arts deze verklaring zonder voorkennis en toestemming van klaagster heeft afgegeven, maar zij keren zich wel tegen de opvatting van het college dat de arts door aldus te handelen niet het vertrouwen in de stand der geneeskundigen heeft ondermijnd.

6. Het Centraal College stelt voorop dat een door een arts opgestelde verklaring omtrent iemands huidige of vroegere lichamelijke of geestelijke gesteldheid moet worden beschouwd als een medische verklaring. De onderhavige verklaring, die onder meer behelst dat klaagster 'niet functioneerde' – hetgeen in een door een arts opgestelde verklaring bezwaarlijk anders kan worden opgevat dan als aanduiding van lichamelijke en/of geestelijke tekortkomingen van klaagster – moet dan ook als een medische verklaring worden gezien.

Indien de arts de in een verklaring als de onderhavige vervatte gegevens zou hebben verkregen door onderzoek van zijn patiënte – klaagster – of op grond van door deze aan hem gedane mededelingen, brengt reeds het beroepsgeheim van de arts mee dat hij het afgeven van die verklaring zonder toestemming van klaagster achterwege had behoren te laten. Dit laatste geldt eens te meer indien, zoals de arts schrijft in zijn brief van 1 november 1987 aan Mr. L, zijn 'indruk voornamelijk is gebaseerd op gegevens uit de consulten van de Hr. E'. Die indruk kan dan immers niet zijn grondslag vinden in een op grond van onderzoek van de patiënte gevormd deskundig medisch oordeel, terwijl de rechter voor wie de verklaring is bestemd er, bij gebreke aan aanwijzingen voor het tegendeel, van zal uitgaan dat zulks wel het geval is en dienovereenkomstig gewicht aan de verklaring zal hechten. Aldus heeft de arts onvoldoende aard en betekenis van de door hem afgegeven verklaring onderkend.

7. Ter zitting in hoger beroep heeft de arts verklaard dat hij op de hoogte was van regels met betrekking tot verklaringen als de onderhavige, zoals opgenomen in het 'Besluit en Rapport inzake Geneeskundige Verklaringen, Intercollegiale Informatie, Medische Informatie' van de KNMG, en van tuchtrechtelijke uitspraken op dit terrein, maar dat hij met het belang van het zoontje van klaagster voor ogen, bewust heeft gekozen voor de vader, en dat hij, ofschoon hij meende dat het afgeven van de onderhavige verklaring niet onjuist was, bewust het risico heeft genomen dat hij zich ter zake voor de tuchtrechter zou moeten verantwoorden.

Voor zover in dit betoog mede de zienswijze

besloten ligt dat de verklaring niet als een medische verklaring zou kunnen worden aangemerkt, faalt het op grond van hetgeen hiervoor is overwogen.

Voor zover de arts zou hebben willen betogen dat hij op grond van de ingewonnen inlichtingen van voormelde zienswijze uitging en mocht uitgaan, merkt het Centraal College op dat hij in elk geval dit vertrouwen niet had mogen baseren op de hem door Mr. W, de advocaat van de echtgenoot van klaagster, gegeven verzekering dat de verklaring juridisch geen kwaad kon; onverminderd zijn eigen verantwoordelijkheid had hij er beter aan gedaan het advies in te winnen van een niet bij de zaak betrokken jurist, zoals een andere advocaat of de jurist van het bureau van de KNMG.

Voor het overige merkt het Centraal College op dat de arts, door zijn keuze voor de vader in de vorm van de onderhavige verklaring te gieten, de grenzen van hetgeen hem als arts was geoorloofd, heeft overschreden. Het Centraal College neemt aan dat honorabele motieven hem hiertoe hebben bewogen, maar dit baat hem niet, nu er andere wegen openstonden om het belang van het kind te dienen.

8. Het vorenstaande leidt het Centraal College tot de slotsom dat de arts zich schuldig heeft gemaakt aan een handeling die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnt, zodat de bestreden beslissing moet worden vernietigd. Gelet op de omstandigheden van het geval, waaronder in het bijzonder de motieven van de arts, acht het College de maatregel van waarschuwing passend. Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal het College bepalen dat deze beslissing op de hierna aangegeven wijze bekend zal worden gemaakt.

9. Het Centraal Medisch Tuchtcollege beslist mitsdien als volgt:

Rechtdoende in hoger beroep:

Vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep;

Verklaart de klacht gegronnd;

Legt de arts de *maatregel van waarschuwing* op;

Bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 13b van de Medische Tuchtwet zal worden bekend gemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en toezending aan de redacties van het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Aldus gegeven in raadkamer door: Mr. P. Nelman, voorzitter; Dr. C. Hermann, K.W. Woltering, G. H. Gispén, Dr. A. P. Roodvoets, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van Mr. J. M. W. G. Mulder-Rutten, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag 31 augustus 1989, door Mr. B. Pronk in tegenwoordigheid van de secretaris. □

CHG

Toelating interimopleiding huisarts 1991-'93

Krachtens het besluit van het College voor Huisartsgeneeskunde nr. 2-1987 dient voor de toelating tot de twee jaren durende opleiding tot huisarts voor afgestudeerde artsen een drietal fasen te worden doorlopen.

De eerste fase omvat de administratieve aanmelding. Aanmeldingsformulieren zijn verkrijgbaar – voor degenen die kunnen aantonen vóór 15.05.1990 aan alle vereisten voor het behalen van het artsdiploma te hebben voldaan – vanaf 5 februari 1990 tot 17 maart 1990 bij één van de onderstaande Universitaire Huisarts Instituten.

UHI Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam Z.-O.-Bijlmer;

UHI Vrije Universiteit te Amsterdam, van der Boechorstraat 7, 1081 BT Amsterdam-Buitenveldert;

UHI Rijksuniversiteit te Groningen, Ant. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen;

UHI Rijksuniversiteit te Leiden, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden;

UHI Rijksuniversiteit Limburg, P. Debyeplein 1, 6229 HA Maastricht;

UHI Katholieke Universiteit Nijmegen, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen;

UHI Erasmus Universiteit te Rotterdam, Mathenesserlaan 264 a, 3021 HR Rotterdam;

UHI Rijksuniversiteit te Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

Op het aanmeldingsformulier kan men een volgorde van voorkeur voor een zestal opleidingsgroepen (= UHI en startdatum) kenbaar maken.

Uiterlijk 19 maart 1990 dienen aanmeldingsformulier en lotingsgeld (f 50) in het bezit te zijn van de HVRC.

De tweede fase omvat de loting. De aanmeldingen worden op of omstreeks 19 april 1990 door de notaris door middel van loting in volgorde gerangschikt. Volgens deze volgorde wordt een aantal artsen overeenkomend met de toegestane capaciteit (minus vrijgestelden) + 25% toegelaten tot de sollicitatie, waarbij zoveel mogelijk volgens volgorde van voorkeur een opleidingsgroep wordt toegewezen. De lotingsuitslag wordt omstreeks 15.05.1990 toegesonden. Toelating tot de sollicitatie geeft nog geen recht op een opleidingsplaats!

De derde fase omvat de sollicitatie = selectiefase. De sollicitatiekosten ad f 300 dienen te worden overgemaakt aan het toegewezen UHI. De sollicitatiegesprekken worden gehouden tenminste zes maanden voor de start van de opleidingsgroep. Artsen werkzaam en woonachtig in een ontwikkelingsland kunnen de sollicitatiecommissie verzoeken om uitstel van het sollicitatiegesprek. De sollicitatie omvat onder andere het schrijven van een sollicitatiebrief, het schrijven van een curriculum vitae en het voeren van een selectiegesprek. Het toegewezen Universitair Huisarts Instituut zal betrokkene hierover nader informeren.

Contributie 1990

De nota's voor de contributie 1990 worden in februari 1990 verzonden. Aan de leden wordt verzocht:

- Gebruik te willen maken van het aangehechte acceptgiroformulier. Het versnelt de verwerking en de registratie van de betaling.
- Indien een machtiging tot automatische afschrijving van de contributie is verstrekt, te willen zorgen voor voldoende saldo op de giro- of bankrekening.

Voor uw medewerking zeg ik u bij voorbaat hartelijk dank.

Th. M. G. van Berkestijn, secretaris-generaal

KNMG

Vergaderdata

1990

Algemene vergadering

vrijdag 27 april en donderdag 11 oktober

Bijeenkomst db met afgevaardigden en/of vertegenwoordigers afdelingsbesturen

dinsdag 20 maart en dinsdag 18 september

Ledencongres Leiden

donderdag 11 oktober en vrijdag 12 oktober

LANDELIJKE CONTACTPERSONEN

Drs. F. M. Arendsen Hein, psychologe-psychotherapeute, Warmonderweg 2B, 2341 KV Oegstgeest, tel. 071-155858 of (op maandag en donderdag overdag) op 071-350660

Prof. Dr. W. K. van Dijk, Molenweg 5, 9761 VB Eelde, tel. 05907-4039 (na 19.00 uur)

Drs. W. H. Melles, theoloog, psychotherapeut, Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum, tel. 02159-18361

Prof. Dr. M. M. W. Richartz, Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-633444

Hulpverlening aan artsen

Dr. M. J. van Trommel, psychiater, RIAGG Rijnmond Noord-Oost, Schiekade 121, 3033 BK Rotterdam, tel. 010-4658066

CONTACTPERSONEN REGIO TWENTE

Dr. W. Beck, Horstlindelaan 126, 7522 JL Enschede, tel. 053-351937

J. M. Komen, huisarts, Prof. Lorentzstraat 13 (praktijk), 7557 AV Hengelo/Anna Bijnstraat 14 (privé), 7552 NC Hengelo (Ov.), tel. 074-912131/074-439046

W. Chr. F. de Vries, De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333 (woensdag- en donderdagavond: tel. 05496-74774)

ANONIEME DOKTERS

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

Werkgroep Den Haag, tel. 070-504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-463449