

MEDISCH CONTACT

Nummer 45 – 11 november – 43e jaargang

Veel jonge artsen die hier niet aan de slag kunnen komen, blijken belang te stellen in een job in Engeland. Met name voor hen schreef vakgenoot L. W. F. Hooftman op basis van eigen ervaringen een serie informatieve artikelen over de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk. Medisch Contact drukt die serie vanaf heden om de veertien dagen af.

Met de steeds belangrijker wordende Europese samenwerking in gedachten heeft de afdeling Gynaecologie en Verloskunde van het Westeinde Ziekenhuis te Den Haag een ontmoetingsweek georganiseerd voor Europese artsen in opleiding voor gynaecologie/obstetrie, waarvan in dit nummer een verslag uit.

Onder welke condities kan de continuïteit van de zorg worden gewaarborgd bij patiënten die poliklinisch chemotherapie ontvangen? Dit was de centrale probleemstelling van een onderzoek dat is verricht in opdracht van de Provinciale Groninger Vereniging 'Het Groene Kruis'. Onderzoekers Mw. Drs. C. Engelsman en Drs. M. Riewald brengen verslag uit.

Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO is per 1 januari 1988 gestart met een 2½ jaar durende scenariostudie 'Arbeid en gezondheid'. De eerste fase hiervan is nu afgerond. Het onderzoeksteam beschrijft de gang van zaken.

Terminale zorg en stervenshulp behoren ook tot de functies van het verpleeghuis. A. Hoogerwerf, geneesheer-directeur van het Verpleeghuis Zutphen, maakt onderscheid tussen lang-terminale en kort-terminale zorg. Hij gaat in zijn artikel vooral in op de laatste.

Voor kuur- en onderhoudsbehandelingen wordt het gebruik van H₂-receptorantagonisten aanbevolen. In 1986 kostten deze H₂-remmers de Nederlandse samenleving 98 miljoen gulden, afgezien van de afleveringskosten. Is deze uitgave farmacotherapeutisch verantwoord? Een pleidooi voor een rationeel farmacotherapiebeleid van adviserend geneeskundige Drs. J. A. M. van Adrichem en de apothekers Dr. J. van Kessel en Drs. M. M. Tjoeng.

INHOUD

The British Connection. Werken in Engeland

Drs. L. W. F. Hooftman – 1375

De gynaecoloog in opleiding in Europa

Drs. H. J. H. M. van Dessel en Dr. F. Th. J. G. Th. Kok – 1376

Continuïteit van zorg bij poliklinische chemotherapie. Een onderzoek

Mw. Drs. C. Engelsman en Drs. M. Riewald – 1377

Sociaal-medische begeleiding: dicht bij de werkvloer en integraal. Een bedrijfsgezondheidskundig ('tandem'-)model

T. Lunshof – 1381

Toekomst van arbeid en gezondheid onderzocht

Mw. Ir. A. Bloemhof, Dr. P. G. W. Smulders en Dr. C. L. Ekkers – 1383

Facetten van stervenshulp in het verpleeghuis

A. Hoogerwerf – 1385

Zorg dragen voor een rustig sterven is niet synoniem met actieve levensbeëindiging

Prof. Dr. H. van Alphen c.s. – 1389

H₂-remmers: wie zit ermee in zijn maag?

J. A. M. van Adrichem, J. F. E. van Kessel en M. M. Tjoeng – 1391

Uitspraken Districtsraden in 1987 – 1401

Colofon 1370 – Colofon officieel 1370 – Hoofredactioneel commentaar 1371 – Voorzitterskolom LSV 1372 – Brieven 1373 – Agenda 1390 – Dagboek 1394 – Buitenland 1395 – Uit de Verenigingen 1399 – Officieel 1401

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

Bestuur Medisch Contact

Dr. P. van Rosevelt, voorzitter
E. Iwema Bakker, secretaris
Funke Kupperstraat 3, 1068 KL Amsterdam
Mw. G. A. E. Kreek-Weis
R. Bekendam
Dr. J. L. A. Boelen

Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur
C. G. Jansens, redactiesecretaris

Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. Drs. M. C. A. van Wandelen, redactrice
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 136,99 (inclusief BTW); overige landen f 242,—

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

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: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.

Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

'Bevalling in een baarstoel'. Terracottareliëf op het graf van de vroedvrouw Scribonia Larga, tweede eeuw na chr.
Museo Ostiense, Ostia.

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.

Dagelijks bestuur

W. H. Cense, voorzitter; Prof. Dr. W. J. Schudel en P. C. H. M. Holland, ondervoorzitters; Mw. M. L. van Weert-Waltman; A. M. C. van de Zandt (voorzitter LHV), J. C. F. M. Aghina (voorzitter LAD), Dr. C. M. T. Plasmans (voorzitter LSV) en Mw. Dr. C. Hermann (voorzitter LVSG), adviseerende leden.

Secretariaat

W. van Hof, secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; G. J. Eikmans en Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretarissen; Prof. Mr. W. B. van der Mijl en Dr. H. Roelink, adviseurs; 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)

Drs. C. R. J. Laffré, directeur; Mw. J. den Bode-de Graaf, informatrice.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mw. Mr. P. Swenker, 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. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

A. L. J. E. Martens, arts, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, 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 Registratie Commissie (HRC)

L. G. Oltmans, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

N. A. Meursing, secretaris-penningmeester, Irislaan 7, 1943 DB Beverwijk, telefoon 02510-25636; postgironummer 111.950 ten name van de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Beverwijk.

Bibliotheek

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

Stichting Dienstverlening Medici

Mw. C. M. Voermans-Neleman, voorzitter Bureau-Adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911

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.

Internationale uitwisseling

Internationaal vindt er op het gebied van de gezondheidszorg een massa uitwisselingen van gegevens plaats. Het duidelijkst geschiedt dit op wetenschappelijk gebied. Vond de wetenschappelijke gedachtenwisseling vroeger in het Latijn of in het Frans plaats, later kwam steeds vaker het gebruik van het Engels in zwang. Reinier de Graaf en Antonie van Leeuwenhoek correspondeerden al in de 17e eeuw met The Royal Society (voluit: The Royal Society of London for Improving Natural Knowledge). De laatste schreef in vijftig jaar ruim 560 brieven over de door hem ontdekte microscoop en de vele onbekende verschijnselen die hij daarmee kon waarnemen. Hij deed dit overigens in het Nederlands, omdat hij 'tot zijn spijt geen vreemde talen' kende; van publikaties van buitenlandse onderzoekers kon hij daarom geen kennis nemen.

Op dit moment zou zo'n gebrek aan enige talenkennis rampzalig voor een onderzoeker zijn. Alle belangrijke wetenschappelijke congressen vinden in het Engels plaats. De kwaliteit van iemands wetenschappelijk werk en het ontwikkelingspeil van een discipline worden zelfs afgemeten aan publikaties in gerenommeerde, vrijwel altijd Engelstalige tijdschriften. Publikaties in Nederlandstalige medisch-wetenschappelijke tijdschriften, zoals het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, dragen heden ten dage niet echt bij tot iemands prestige. Op zich is dit te billijken, maar het gevolg hiervan is wel dat slechts op Nederlandse literatuur georiënteerde artsen geen kennis meer nemen van het belangrijkste Nederlands wetenschappelijk werk. Het is daarom zinvol een tweesporenbeleid te volgen en onderzoekers te stimuleren om zoveel mogelijk internationaal te publiceren, maar hun bevindingen tevens te 'vertalen' voor het geïnteresseerde Nederlandse publiek. De redactie van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde stimuleert met het oog hierop terecht parallel- of dubbelpublikaties van in het buitenland gepubliceerd onderzoek, bij voorkeur in een aangepaste vorm¹.

Tot voor kort hield het talenonderwijs op de middelbare school nauwelijks rekening met de internationalisatie van wetenschap. We leerden al nauwelijks in het Nederlands een voordracht te houden of een verhandeling te schrijven, laat staan in een vreemde taal. Naar verluidt is deze situatie thans verbeterd. Universitair is de

situatie gecompliceerder. In tegenstelling tot voorheen bestaan er op vrijwel alle vakgebieden uitstekende leerboeken van eigen bodem, waardoor studenten tijdens de opleiding nauwelijks kennis nemen van buitenlandse medische literatuur. Daarentegen is een van de positieve kanten van de huidige postdoctorale opleidingen tot wetenschappelijk onderzoeker, dat spreek- en schrijfvaardigheid in het Engels vrijwel altijd onderdeel van het programma vormt. Ook worden jonge mensen die een wetenschappelijke carrière ambiëren, vaker gestimuleerd om een stage in een buitenlands onderzoeksinstituut door te brengen.

Nu Engels de taal is geworden waarin wetenschappers corresponderen, is het jammer dat Duits-, Frans- en Spaansprekenden vaak nog zó'n moeite met het Engels hebben, dat zij van belangrijk

Dr. C. Spreeuwenberg

wetenschappelijk werk uit vooraanstaande landen slechts in beperkte mate kennis kunnen nemen.

Op het gebied van de concrete gezondheidszorg vinden er veel minder uitwisselingen plaats. Soms zijn er formele beperkingen om als buitenlander in een land te praktiseren. Hoewel buitenlandse collega's die een deel van mijn spreekuur bijwonen de essentie van de consulten non-verbaal goed blijken te volgen, vormt de Nederlandse taal voor hen een niet gemakkelijk te nemen obstakel. Wil men werkelijk elders in de gezondheidszorg kunnen participeren, dan zal men de cultuur van het land moeten begrijpen en de taal daar kunnen spreken. De vervlechting van cultuur en gezondheid is zo essentieel dat ze binnen de EEG een belemmering zal vormen voor de vrije uitwisseling van artsen, zeker op die gebieden waar de communicatie met de patiënt een wezenlijk onderdeel van de werkwijze vormt.

Dit wil niet zeggen dat er geen uitwisseling van artsen moet zijn. Robin Hull, de Engelse huisarts met wie ik enige jaren in ons land heb mogen samenwerken en die ook u als lezer van Medisch Contact niet onbekend zal zijn ('Een verhaal van twee steden'), was en is het Nederlands niet machtig en deed zelf geen spreekuren. Toch heeft hij ons door zijn observaties een spiegel van de Nederlandse

gezondheidszorg voorgehouden en ons in zijn stukjes in MC zijn kritiek niet bespaard. Zo verweet hij ons onze gebrekige praktijkorganisatie, verwijsbrieven en preventieve activiteiten. Natuurlijk riep dit kritisch commentaar van een vreemde deling irritaties op, maar degenen die voor deze kritiek openstonden, hebben van zijn opmerkingen, didactische gaven en warme betrokkenheid bij ons onderwijs en bij onze patiëntenzorg veel kunnen leren.

Als voorzitter van een Europese groep huisartsen die het huisartsgeneeskundig onderwijs beoogt te bevorderen, weet ik maar al te goed dat we op gebied van het onderwijs veel van elkaar kunnen opsteken. Allen die zijn betrokken bij het onderwijs in Europa worstelen met dezelfde problemen en proberen het wiel zelf uit te vinden.

Het vermogen over de eigen grenzen heen te kijken kan al worden geleerd en bevordert tijdens de basis- en beroepsopleiding. In dit nummer van Medisch Contact staat een navolgenswaard voorbeeld betreffende een bijeenkomst van assistenten-gynaecologie uit geheel Europa. De laatste jaren heeft de redactie op velerlei wijze geprobeerd informatie te verschaffen over andere gezondheidszorgsystemen. Zo is in het kader van de commissie-Dekker uitgebreid aandacht besteed aan de Amerikaanse gezondheidszorg, vooral aan het verschijnsel 'HMO's'. Eerder al hadden Europese huisartsen over de gezondheidszorg in hun land geschreven. Deze week starten we in Medisch Contact met een serie artikelen geschreven door een Nederlandse arts, collega Hooftman, die in Engeland werkzaam is. De aanleiding voor hem om zich in Engeland te vestigen was de slechte arbeidsmarkt hier. In deze eerste bijdrage komen enkele praktische zaken met betrekking tot het werken in de Engelse gezondheidszorg aan de orde. Uit de daarop volgende beschrijvingen van die zorg kunnen we lering trekken voor de toekomstige inrichting van ons eigen stelsel. □

1. Dunning AJ. Tussen lezen en schrijven. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 1-2.

LSV-voorzitter Dr. C. M. T. Plasmans:

Gezondheidszorg, tel uit je winst!

Dit voorjaar lanceerde het Centraal Bestuur van de LSV de beleidsnota 'De specialist van morgen'. De nota was ter discussie, maar er sprak een heel duidelijke visie uit. Bovendien bleek daaruit de bereidheid van de LSV om mee te werken aan veranderingen in de structuur van de gezondheidszorg. Het rapport-Dekker werd weliswaar niet voor zoete koek geslikt, maar op de verschillende bouwstenen van dit rapport, met name marktwerking, substitutie en doelmatigheid als onderdeel van kwaliteit, werd op een voor de specialistische geneeskunde verantwoorde wijze voortgebouwd. Bij een eerste discussie over dit beleidsplan in de ledenvergadering heeft het helaas moeten blijven. Alras bleek dat de overheid, en met name WVC, heel andere prioriteiten kende. Van de zijde van WVC kwam zelfs op het beleidsplan geen enkele reactie! Daarentegen werden wel omineuze beleidsvoornemens met betrekking tot norminkomen en praktijkkosten, alsmede ten aanzien van bedden- en functiereductie, in steeds concretere uitvoeringsmaatregelen omgezet. Dit laatste ondanks de veelheid van gegronde argumenten die daar onzerzijds tegen kon worden aangevoerd en ondanks door de LSV aangedragen gezonde alternatieven met betrekking tot de honoreringsproblematiek. Bij het torpederen van deze alternatieven heeft ook de VNZ een ongezonde rol gespeeld. Nadat eerst gedurende een aantal besprekingen onder leiding van Prof. Dr. W. Dekker consensus bestond over een nieuwe honoreringsstructuur, geënt op een uurtarief dat de voor de LSV essentiële componenten als norminkomen, normatieve kostenvergoeding en normatieve werkbelasting bevatte, haastte het VNZ-bestuur zich vervolgens de resultaten van het zoge-

heten vierpartijenoverleg, met name ook op dit punt, onderuit te halen. Naar later bleek handelde men daarmee overeenkomstig de 'visie' van de secretaris van de VNZ, Drs. D. Blanken, die buiten iedereen om reeds per brief van 1 juli 1988 het kabinet had laten weten de oplossing via een uurtarief onaanvaardbaar te vinden. Voor de KLOZ was een en ander aanleiding om vervolgens ook maar uit de boot te stappen. De aldus gerezen situatie vormde voor het kabinet aanleiding om, zoals inmiddels iedereen bekend, fors naar LSV en specialisten uit te halen, daarbij de VNZ

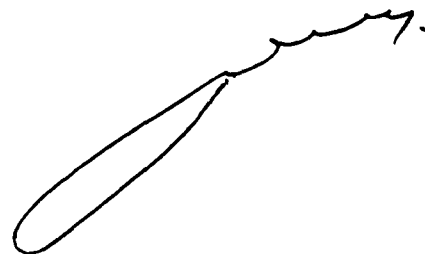
LSV

die de facto iedere oplossing had geblokkeerd, gemakshalve buiten schot lattend, ja zelfs in de kaart spelend. Is het wonder dat onder die omstandigheden de specialisten de pijp aan Maarten gaven en, door middel van zondagsdiensten door de week, aan hun verontwaardiging maar ook diepe bezorgdheid uiting gaven? Is het wonder dat, toen de rechter vervolgens iedere vorm van actie tegen het onrecht dat hun werd aangedaan verbood, de specialisten, aangeslagen en gedemotiveerd, besloten zich van nu af aan volledig op hun eigenlijke taak, de direct patiëntgebonden activiteiten, te concentreren en daarbij het meedenken en -doen aan een zinvolle herstructurering van de ge-

zondheidszorg opschortten? Mijn antwoord is duidelijk: natuurlijk niet, een dergelijke reactie is alleszins begrijpelijk; zij was ook voorspelbaar, zoals de NZR inmiddels in een reactie op deze besluiten heeft doen weten.

Kabinet en verzekeraars kunnen nu straks hun winst uittellen. Voorspelbaar is nu reeds dat dit voor hen een frustrerende bezigheid zal worden. Zeker wanneer bij gerechtelijke toetsing de diverse uitvoeringsmaatregelen – evenals dit eerder reeds bij het College van Beroep voor het Bedrijfsleven het geval is geweest – te licht zullen worden bevonden. En dit alles, terwijl er een degelijk alternatief op tafel lag in de vorm van het LSV-beleidsplan.

Of de specialist van morgen nog steeds bereid kan worden gevonden om op dit chapter voort te borduren, is op zijn zachtst gezegd twijfelachtig. Daarvoor zal in ieder geval eerst het beleid van overheid en financiers om moeten. Dát is voor de specialist van vandaag op deze vraag bij voorbaat het antwoord. Gezondheidszorg, tel uit je winst!



Dr. C. M. T. Plasmans,
voorzitter LSV

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.

'VERANDERING VERZEKERD' VOOR EERSTELIJNSARTS?

In de openbare discussie hebben vooral de financiële implicaties van het rapport van de commissie-Dekker en het kabinetsstandpunt dienaangaande (nota 'Verandering verzekerd', 7 maart 1988) aandacht gekregen. Veel minder is gesproken over de in het geding zijnde kwaliteit van de zorgverlening. Langs deze weg willen wij in dit verband enkele gevolgen voor de Nederlandse huisartsgeneeskunde aan de orde stellen, waarvan naar verwachting een aantal buitengewoon nadelig zal zijn.

Vooropgesteld wordt, dat de regeringsnota veel goede elementen bevat die de huisartsenzorg ten goede kunnen komen. De meeste hiervan sluiten aan bij de initiatieven die al geruime tijd geleden door huisartsen zelf zijn ondernomen, zoals: extra aandacht voor kwaliteitsnormering, -bewaking en -bevordering, substitutie van tweede naar de eerste lijn en de prikkeling van beroepsbeoefenaren om tot een beter 'produkt' te komen. Deze goede elementen worden echter in de schaduw gesteld doordat in de visie van het kabinet 'een veel minder strikte relatie zal ontstaan tussen instelling/beroepsbeoefenaar enerzijds en type zorgverlening anderzijds'. Men spreekt van 'mogelijkheden tot grotere onderlinge concurrentie (andere aanbieders kunnen nu in beginsel ook de desbetreffende diensten aanbieden)' (pagina 33). Met andere woorden: de huisarts heeft niet meer die vanzelfsprekende centrale positie in de eerstelijns-geneeskunde, die hij had sinds het ziekenfondsbesluit uit 1941 en die de huisartsgeneeskunde in staat stelde een continue, integrale zorgverlening te realiseren.

Het generalisme van de huisarts, op grond waarvan deze thans 90 procent van alle aan de gezondheidszorg aangeboden gezondheidsproblemen kan afhandelen en welke hem de basis verschaft voor continuïteit van zorg, dreigt dan verloren te gaan in een bonte mengeling van medische hulpverleners, c.q. werkzoekende artsen, die elk – in onderlinge competitie – hun eigen zorgfragment aanprijzen bij de consument. Een doolhof voor gebruikers en desintegratie van zorg zullen daarvan het gevolg zijn. De zeeffunctie naar vormen van gespecialiseerde zorg, zoals de huisarts die thans vervult op grond van zijn generalisme, wordt uitgehold. Dit zal toenemende inefficiëntie, dwaalwegen en iatrogene schade met zich brengen.

Men kan zich niet onttrekken aan de gedachte dat, daar waar de Boerema-klinieken leken opgeheven, in de visie van het kabinet nu heel Nederland een Boeremakliniek zou moeten worden. Hierbij wordt voorbijgegaan aan het specifieke belang en de unieke mogelijkheden

BRIEVEN

van de huisartsgeneeskunde, waarop men in vele andere landen terecht jaloers is. Het ondermijnen hiervan zal naar onze stellige verwachting leiden tot een enorme, voorlopig onherstelbare kapitaalsvernietiging, vanuit een oogpunt van onder meer: de continuïteit en samenhang van de eerstelijnszorg en de specifieke kennis voor de uitoefening van de geneeskunde in de eerste lijn.

Ter toelichting van het laatste punt: epidemiologische inzichten – die ook in de kabinetsnota zeer relevant worden genoemd – hebben duidelijk gemaakt, dat de nosologische spectra in eerste en tweede lijn niet alleen kwantitatief, maar ook kwalitatief (wat betreft onder andere: diagnostisch profiel, ernst, prognose, behandelbaarheid) duidelijk verschillen. Als men daarnaast beseft dat de eerstelijnsarts – ten behoeve van de (eerste en vaak afdoende) diagnostiek en behandeling van per definitie a priori niet gedifferentieerde en niet voorgeselecteerde problemen – in principe het gehele spectrum dient te overzien, is duidelijk welke – inmiddels met veel moeite opgebouwde en in stand gehouden – deskundigheid op het spel wordt gezet.

Het zou van wijs beleid getuigen als temidden van voorgestelde verbeteringen de specifieke centrale en coördinerende positie van de huisarts in de eerstelijnsgezondheidszorg onaangetast blijft. In een situatie van toenemende differentiatie, specialisatie en complexiteit van de zorg zal deze positie alleen nog maar belangrijker worden.

Maastricht, oktober 1988

J. A. Knottnerus

H. Crebolder

C. A. de Geus

HEBBEN VROUWEN GEEN THUISZORG NODIG?

In Medisch Contact van 16 september jl. (MC nr. 37/1988, blz. 1083) staat een interessant artikel van Drs. M. H. J. M. Knapen over experimenten met thuisverpleging. Onder het kopje 'Patiënten' is het feit vermeld dat onder de patiënten zich meer mannen dan vrouwen bevinden. Dit wordt door de auteur opmerkelijk genoemd, aangezien er in de desbetreffende leeftijdscategorie meer vrouwen dan mannen zijn. Zijn hypothese: wellicht zijn vrou-

wen meer zelfredzaam dan mannen (blz. 1084).

Deze hypothese was voor mij het meest opmerkelijk. Er zijn immers meer vrouwen dan mannen in leven in deze leeftijdscategorie omdat vrouwen hun mannen plegen te overleven, soms met tientallen jaren. Het resultaat daarvan: wanneer deze vrouwen zelf ernstig ziek of gehandicapt raken, is er geen verzorger meer aanwezig en zijn ze dikwijls gedwongen zich te laten opnemen in verzorgingshuis, verpleeghuis of ziekenhuis, ook al zouden ze liever zelfstandig blijven wonen; ze hebben dan 'dus' geen behoefte meer aan thuiszorg...

Kennelijk ben ik niet de enige, die dit de meest logische verklaring voor het genoemde verschijnsel vindt. In Medisch Contact van 30 september jl. (MC nr. 39/1988, blz. 1159) staat het in één zin beschreven: 'Met name de grote groep oudere, veelal alleenstaande vrouwen zal hiervan de dupe worden, na eerst haar zieke echtgenoot in thuiszorg te hebben gehad.'

Amsterdam, oktober 1988

Mw. Drs. J. Tromp Meesters

GOEDE VISUS NIET NODIG?

Uit een centrum voor visueel en verstandelijk gehandicapten moet eigenlijk wel worden gereageerd op het patiëntenperikel in Medisch Contact van 9 september jl. (MC nr. 36/1988, blz. 1062). Hierin wordt namelijk door pleegouders geschreven, dat het moeite en tijd heeft gekost voor hun mongoloïde pleegdochtertje oogheelkundige behandeling en hulpmiddelen te krijgen die bij ieder normaal kind vanzelfsprekend zouden zijn geweest. Bij een verstandelijk gehandicapt meisje met het syndroom van Down dacht men echter dat zij haar visus toch niet zou (willen) gebruiken. Uit het verhaal van de pleegouders blijkt het tegenovergestelde. Ook onze ervaring is, dat verstandelijk gehandicapte kinderen juist hun gezichtsvermogen – al is het gebrekkig – zo nodig hebben voor hun ontwikkeling. Het maakt bijvoorbeeld heel wat uit, als je de dingen die je niet zo goed kunt begrijpen kunt 'afkijken'. Doordat gezichtsprakken al direct na de geboorte en met name in het eerste levensjaar, de ontwikkeling van de visuele banen en schors, dus de latere visus, beïnvloeden, wordt het tijdstip van te opereren oogafwijkingen (zoals congenitaal cataract) steeds vervroegd. Bij uitstel gaan er visuele ontwikkelingsmogelijkheden verloren. Het onderzoek bij baby's en verstandelijk gehandicapten is echter meestal niet gemakkelijk en tijdrovend.

Een goede indruk omtrent de visus is nodig bij het kiezen van hulpmiddelen en begeleiding. Zoals boven geschetst, hebben ook verstandelijk gehandicapte kinderen hier veel profijt van.

Het stukje eindigt met het dringende verzoek ook meervoudig gehandicapten een eerlijke kans te geven en ze – al is het vaak moeilijk – zo goed mogelijk te behandelen. Dit verzoek kunnen we uit ervaring van harte ondersteunen. Mocht het onderzoek erg moeilijk gaan, dan kan er een beroep worden gedaan op een gespecialiseerde instelling, zoals Bartiméus. Het oogheelkundig team van de vereniging Bartiméus heeft veel kennis en ervaring opgebouwd in het doen van oogfunctie-onderzoek en elektro-ofthalmologisch onderzoek bij deze categorie patiënten. Bij twijfel over het visuele functioneren bij jonge kinderen en verstandelijk gehandicapten kunnen de behandelend oogarts of andere betrokkenen (met verwijfsbrief van de oogarts) een oogheelkundig adviesonderzoek aanvragen (afdeling Oogheelkunde, Bartiméushage, tel. 03438-26515).

Zeist, oktober 1988

M. C. Niezen-de Boer, huisarts,

consulent-arts ambulante zorg,

I. Zweije-Hofman, coördinerend arts,

W. G. Holwerda-v.d. Maat, huisarts

BEVOEGDHEDEN BASIS(ARTS)

In Medisch Contact van 9 september jl. (MC nr. 36/1988) wordt op blz. 1067 onder meer een samenvatting gegeven van de uitspraak van de Raad van Beroep 894/87/11. De tweede zin daarvan luidt als volgt: 'Verweerder beschikte niet over de bevoegdheid tot het zelfstandig uitoefenen van de huisartsgeneeskunde.' Naar aanleiding van deze zin heb ik een aantal vragen:

1. Is dit een constatering gedaan door de Raad van Beroep en opgenomen in de letterlijke tekst van de uitspraak/het verslag van de zitting?

2. Is een zodanige constatering c.q. redactie wel in overeenstemming met de vigerende wetgeving met betrekking tot de bevoegdheden van een (basis)arts?

3. Indien het antwoord op vraag 2 niet ontkennd is, wordt dan in voorkomend geval door een medisch tuchtcollege geoordeeld dat een basisarts, althans een arts zonder registratie als huisarts, per definitie *onbevoegd* is tot het zelfstandig uitoefenen van de huisartsgeneeskunde?

4. Betekent dit dan dat een arts, ervaren in de eerstelijns-geneeskunde,

a) zich, zelfs in theorie, niet kan vestigen ter uitoefening van de eerstelijns-geneeskunde ten behoeve van particuliere patiënten;

b) zich ook niet zelfstandig kan of mag bezighouden met de eerstelijns-geneeskundige zorgverlening aan patiënten, waarbij functie en taken met die van een (geregistreerde en als

zodanig gevestigde) huisarts in hoge mate vergelijkbaar zijn?

Op dit onderwerp doorborend, zouden nog meer vragen gesteld kunnen worden. Ik ga er echter van uit dat het antwoord op vraag 2 ontkennend moet luiden.

Waddinxveen, oktober 1988

A. J. Noordhoek,

sociaal-geneeskundige (AGZ)

Naschrift

Publikatie van de uitspraken van de Raad van Beroep geschiedt, evenals bij andere gerechtelijke uitspraken, conform de wijze waarop het college zelf de zaak aanbiedt.

De huidige Wet Uitoefening Geneeskunst van 1865 (!) bepaalt, dat een arts bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst. Bepalingen of verbijzonderingen worden daarin niet aangebracht. Formeel juridisch is derhalve iedere arts bevoegd tot het uitoefenen van de geneeskunst in haar volle omvang. Dat wil echter niet zeggen dat ook iedere arts tot alles bekwaam is. Dit laatste kan ter toetsing staan bij het tuchtcollege.

In de praktijk wordt de huisartsenregistratie als voorwaarde gesteld om voor een medewerkersovereenkomst met het ziekenfonds in aanmerking te komen. De medewerkersovereenkomst is weer een (maar niet het enige) criterium om te toetsen of een arts als huisarts moet worden beschouwd in het kader van het Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen. Het is formeel echter niet verboden dat een basisarts zelfstandig huisartsentaken verricht zolang hij zijn bekwaamheid niet overschrijdt.

Utrecht, oktober 1988

Mr. W. R. Kastelein

PREVENTIE VAN IATROGENE SCHADE

Op het KNMG-Ledencongres in Haarlem was een van de sessies gewijd aan de preventie van iatrogene schade. Het is verheugend dat binnen de professie de belangstelling voor dit onderwerp groeit. De sfeer van verwijtbaarheid die rondom de iatrogene schade bestond, maakt steeds meer plaats voor een streven naar vermijdbaarheid. Door het uitlopen van de spreektijd van de boeiende voordrachten was er weinig ruimte voor discussie. Een vervolg is nodig.

Iatrogene schade is een belangrijk medisch probleem. Alleen de top van de ijsberg wordt zichtbaar. Dit werd direct gedemonstreerd in de voordracht van Prof. Schweitzer met zijn verslag over de FONA-meldingen in het Academisch Ziekenhuis Leiden. Prof. Huygen toonde aan, dat iatrogene schade ook buiten het ziekenhuis een omvangrijk probleem is; de cijfers die hij liet zien moeten worden opgevat als minimumcijfers. Prof. Casparie ging in op

het moeilijke probleem van overservice als vorm van iatrogene schade: behalve dat dit een verhoogde kans op iatrogene schade meebrengt, werkt het ook sterk kostenverhogend. Het is verheugend dat onderzoek uitwijst dat met consequent beleid een afname van 20%-30% kan worden bewerkstelligd.

Opnieuw worden een paar dingen duidelijk:

– Onderzoek naar de omvang van het probleem en de mogelijkheden voor preventie wordt nog maar beperkt uitgevoerd. De belangstelling is groeiende, maar het onderzoek vindt veelal ad hoc plaats en er is sprake van versnippering.

– De laatste decennia is de vooruitgang van het medisch-technologisch kunnen groot geweest. Voor deelspecialisaties zijn landelijke werkgroepen en centra tot stand gekomen. Voor onderdelen van de geneeskunde zijn toekomstscenario's gemaakt. Het is daarom des te verbazingwekkender dat er geen sprake is van een gecoördineerde preventie van iatrogene schade. De keerzijde van de medaille van ons medisch handelen lijkt een omvang te hebben die vergelijkbaar is met die van volksziekten waarvoor we uitgebreide preventieprogramma's ontwerpen.

De wil om tot preventie van iatrogene schade te komen, moet aan de ene kant op de werkvloer worden gevoeld, maar daarnaast is het nodig dat er centraal kan worden gecoördineerd en gestructureerd. Ik wil pleiten voor het tot stand komen van een werkgroep op brede basis. Taken van deze werkgroep kunnen zijn:

- inzicht krijgen in de omvang van het probleem van de iatrogene schade;
- stimuleren en coördineren van onderzoek naar preventie; en
- voorstellen doen voor maatregelen die tot preventie van iatrogene schade bijdragen.

Preventie van iatrogene schade kan een belangrijke bijdrage leveren aan een doelmatiger gezondheidszorg. Behalve een betere kwaliteit van zorg houdt dit een belangrijke kostenbesparing in.

Borculo, november 1988

A. F. Tempelaar

Clanag-obligaties uitgeloot

Van de 7% obligatielening Stichting Clanag zijn uitgeloot en per 1 november 1988 à pari aflosbaar gesteld de hierna vermelde nummers:

11 obligaties à f 500

0008, 0041, 0052, 0083, 0091, 0122, 0124, 0134, 0156, 0179, 0191.

20 obligaties à f 100

1015, 1024, 1037, 1061, 1063, 1075, 1119, 1129, 1136, 1137, 1138, 1161, 1170, 1284, 1290, 1320, 1355, 1358, 1369, 1387.

Verzilvering zal geschieden door het kantoor van de Amrobank NV, Stadhouderskade 123, Amsterdam.

Stichting Clanag,

J. Kos, arts, penningmeester.

The British Connection

Werken in Engeland

De nog steeds groeiende werkeloosheid onder jonge artsen in Nederland heeft er onder andere toe geleid dat een nog onbekend aantal collega's zijn toevlucht heeft gezocht of nog zoekt in het buitenland. De redenen mogen een ieder bekend zijn: het onvermogen een opleidingsplaats of zelfs maar een baan te vinden, de progressief verslechterende werkgelegenheidssituatie en aan de andere kant tenminste de kans om in het buitenland ervaring op te doen. De derdewereldlanden niet meegerekend, genieten West-Duitsland en Groot-Brittannië de voorkeur. Zelf heb ik in 1987 de wijk genomen naar Engeland. Op het moment van schrijven ben ik werkzaam als arts-assistent op de afdeling Neurochirurgie van het Plymouth General Hospital. Hiervóór heb ik een jaar gewerkt als arts-assistent Orthopedie en Traumatologie aan het Universiteitsziekenhuis van Cambridge. Het gestadig toenemende aantal Nederlandse artsen binnen de National Health Service vormde voldoende aanleiding om de Engelse gezondheidszorg van dichtbij te bekijken. In een periode waarin meerdere regeringen grip trachten te krijgen op een steeds duurder wordende gezondheidszorg neemt de NHS, die volledig wordt gecontroleerd door de staat, een aparte positie in. De eerste maanden van dit jaar hebben in het teken gestaan van onrust binnen en scherpe kritiek op de NHS, die een crisis nabij leek. Daarover de volgende aflevering van deze serie. In deze eerste aflevering wil ik dieper ingaan op de positie van de arts-assistent in de NHS, de vooruitzichten op een carrière en de arbeidsomstandigheden.

WERKGELEGENHEID

Sedert de zomer van 1986 zijn met zekere regelmaat advertenties verschenen in zowel Medisch Contact als het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde met betrekking tot vacatures voor 'senior house officers' (SHO's) in diverse specialismen: Orthopedie, eerste hulp, KNO. Dit suggereert dat er in Engeland een tekort zou zijn aan arts-assistenten. Het betreft hier banen voor eerste- of tweedejaars assistenten voor de duur van zes maanden of een jaar, die om uiteenlopende redenen (carrièrevooruitzicht, geografische ligging) minder populair zijn. Voornamelijk onder invloed van de betere financiële beloning (een huisarts verdient meer dan een specialist) en vanwege de veel kortere duur van de opleiding, is huisarts hier het populairste beroep. Orthopedie, eerste hulp en KNO vormen geen onderdeel van de huisartsopleiding en zijn dientengevolge alleen aantrekkelijk voor hen die in deze vakken een loopbaan willen opbouwen. Decennia lang hebben Aziatische artsen deze plaatsen opgevuld, maar door een beperkte verblijfsvergunning is hun aantal afgenomen. Sommige kleinere ziekenhuizen hebben door dit probleem hun eerste-hulpafdeling al moeten sluiten.

Drs. L. W. F. Hooftman

Veel jonge artsen die hier niet aan de slag kunnen komen, blijken belang te stellen in een job in Engeland. Met name voor hen schreef vakgenoot L. W. F. Hooftman op basis van eigen ervaringen een serie informatieve artikelen over de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk. Medisch Contact drukt die serie vanaf heden om de veertien dagen af.

den of een jaar, die om uiteenlopende redenen (carrièrevooruitzicht, geografische ligging) minder populair zijn. Voornamelijk onder invloed van de betere financiële beloning (een huisarts verdient meer dan een specialist) en vanwege de veel kortere duur van de opleiding, is huisarts hier het populairste beroep. Orthopedie, eerste hulp en KNO vormen geen onderdeel van de huisartsopleiding en zijn dientengevolge alleen aantrekkelijk voor hen die in deze vakken een loopbaan willen opbouwen. Decennia lang hebben Aziatische artsen deze plaatsen opgevuld, maar door een beperkte verblijfsvergunning is hun aantal afgenomen. Sommige kleinere ziekenhuizen hebben door dit probleem hun eerste-hulpafdeling al moeten sluiten.

DE OPLEIDING

De opleiding tot specialist in Groot-Brittannië is als een lange, steeds smaller wordende weg met hindernissen: alleen de besten komen aan en worden 'consultant' (specialist). De Engelsen noemen de chirurgische opleiding, die ik voor het gemak als voorbeeld zal nemen, de 'rat-race'. De flessehals die bij ons heden ten dage na het afstuderen komt, ligt in Engeland veel verder, namelijk enkele jaren vóór het beëindigen van de opleiding tot chirurg.

Na het artsexamen is elke jonge arts verplicht zijn 'house-jobs' (respectievelijk zes maanden Interne Geneeskunde en Algemene Chirurgie) te doen, alvorens

hij of zij kan worden geregistreerd. De aspirant-chirurgen onder hen besteden daarna circa drie jaar in verschillende chirurgische vakken en pas na het behalen van het FRCS, het moeilijkste chirurgische examen ter wereld, begint de gerichte opleiding tot 'registrar' en 'senior registrar'. De status van specialist wordt gemiddeld op het 38e jaar bereikt. De bottleneck ligt op de overgang 'registrar-senior registrar'. In vakken als Algemene Chirurgie en Interne Geneeskunde zijn niet of nauwelijks buitenlanders in het hoogste kader werkzaam, terwijl het percentage onder assistenten 15%-20% bedraagt.

Behalve het bovenstaande is er nog een ander verschil met de Nederlandse situatie aan te geven. De Engelse arts in opleiding wordt gedwongen elk half jaar, elk jaar of elke twee jaar van baan en/of ziekenhuis te wisselen. Dit leidt elke zes maanden weer tot een medische volksverhuizing, waarbij hele groepen medici als reizende artiesten van de ene ziekenhuisflat naar de andere verhuizen. Dienovereenkomstig is de regionale 'Health Authority' tenminste verplicht gratis éénpersoonsaccommodatie ter beschikking te stellen. Artsen leiden hier dus een soort geprotraheerd studentenbestaan: op kamers. Het frequente verhuizen en het verrichten van veel diensten staat het opbouwen van sociale contacten buiten het ziekenhuis veelal in de weg; het grote aantal arts-arts- of dokter-zusterrelaties is dan ook opvallend.

ARBEIDSVOORWAARDEN

Als werknemer van de NHS, en als zodanig ambtenaar, is men verzekerd van een vast inkomen, gebaseerd op een 40-urige werkweek. Nacht- en weekenddiensten worden apart bijbetaald. Het inkomen stijgt met het aantal jaren ervaring. Als jonge assistent heeft men jaarlijks recht op 5 weken vakantie en 4 weken betaald studieverlof.

Zoals gezegd, zorgt de 'Health Authority' voor accommodatie. De kwaliteit varieert echter sterk en excessen zijn mogelijk. Zonder uitzondering is deze woonruimte gemeubileerd, zelfs beddegoed en bestek zijn aanwezig. Het bezit van een

Engelse assistent laat zich daarom in een rugzak vervoeren.

WERKWEEK

In ziekenhuiskantines aan beide zijden van de Noordzee vormt de lange werkweek nog steeds het gesprek van de dag. De litanie van de jonge ziekenhuisarts is internationaal. Een specialist in Nederland zei mij eens dat hij nooit meer in de kantine ging eten, omdat al die ongelukkige gezichten en klaagzangen aan het rustieke formica zijn humeur geweld aan deden.

Ook in Engeland bestaat grote onvrede over de gemiddeld 65- tot 75-urige werkweek die assistenten op Interne Geneeskunde en Chirurgie plegen te verrichten. Een jaar geleden dreigden de assistenten, werkzaam op een chirurgische afdeling van een groot Zuidengels ziekenhuis, collectief op te stappen als er niets zou veranderen aan hun exorbitant dienstenschema. Taxichauffeurs in dezelfde stad met als taak onder meer artsen te vervoeren die dienst doen voor verschillende ziekenhuizen, vertelden mij dat zij de dokter niet zelden bij aankomst wakker moeten maken.

Eind vorig jaar is in het British Medical Journal een artikel verschenen over het effect van slaaponderbreking en slaapte-kort door nachtdiensten op het dagelijks functioneren van artsen. Een drukke nachtdienst bleek een significant negatief effect te hebben op het korte-termijngeheugen, de concentratie, de efficiëntie en andere aan het werk gerelateerde cognitieve functies, zoals het interpreteren van ECG's.

Hoewel ook in Engeland de oudge-

dienden volhouden dat 'het vroeger allemaal nog zwaarder was', zijn er twee factoren die (nu) verandering noodzakelijk maken: ten eerste de grotere onafhankelijkheid die de arts-assistent hier heeft, ten tweede de steeds hogere bedragen die in de rechtzaal worden toegekend aan slachtoffers van medisch falen: in 1987 tweemaal zoveel als een jaar eerder. Elke Engelse arts betaalt jaarlijks tussen de £ 300 en £ 1.100 voor zijn beroepsverzekering, een bedrag dat het afgelopen jaar is verdubbeld.

De meeste spoedoperaties hier worden in de avond en nacht verricht door leden van de 'junior staff'. Daarbij komt het voor dat een assistent over de telefoon door zijn baas wordt uitgelegd hoe hij een bepaalde operatie moet uitvoeren. Een opleidingsziekenhuis wordt 's avonds draaiende gehouden door assistenten. Een Amerikaanse traumatoloog zei vorig jaar op een bijeenkomst in Cambridge: 'Als men na zessen een granaat door een Engels ziekenhuis zou jagen, zou men geen enkele specialist treffen.' Voor de jonge arts betekent dit de gelegenheid om in korte tijd een ruime chirurgische ervaring op te doen. Voorheen luidde het: 'See one. Do one. Teach one.' Ook al zijn deze tijden niet meer, toch is er volgens de Engelsen maar één manier van leren: zelf doen. Het spreekt voor zich dat hier-toe ruim de gelegenheid wordt geboden. Dit is zeker één van de aantrekkelijke kanten van het werken in dit land.

UITZENDBUREAUS

Tot slot nog een zeer apart facet van het Engelse stelsel, en een symptoom van een systeem dat niet werkt. Door hetzij

het niet opvullen van bepaalde vacatures, hetzij vroegtijdige ontslagen, wordt meer dan eens de hulp ingeroepen van een 'locum'-arts, een uitzendkracht. Er zijn meer dan vijftien uitzendbureaus ('agencies') voor artsen over het hele land, hetgeen bewijst dat het om een omvangrijke handel gaat. Het uurloon is hoog (£ 8 voor een SHO). Dit draagt ertoe bij dat vele in de NHS teleurgestelde artsen permanent als uitzendkracht werken. Steeds meer dokters verlaten de NHS, waardoor meer 'locums' nodig zijn. Aldus is de vicieuze cirkel rond, die men nu tracht te doorbreken door het aantrekken van buitenlanders.

Alvorens in Engeland aan de slag te kunnen heeft men de volgende documenten nodig:

1. het 'Certificate of Full Registration as a Medical Practitioner'. Hiertoe moet men een bewijs van goed gedrag overleggen aan de General Medical Council, verleend door het Staatstoezicht op de Volksgezondheid;
2. een vertaling van de 'bul';
3. een lidmaatschap van óf The Medical Protection Society óf The Medical Defense Union, kosten: circa £ 500.

Wie verwacht in Engeland zonder al te veel moeite een volledige opleiding tot specialist te kunnen regelen, zal van een koude kermis thuiskomen. Voor hen echter die geen bezwaar hebben tegen een lang avontuur of alleen met het doel om ervaring op te doen een tijdelijke baan willen aanvaarden in Engeland, is dit alternatief zeker het overwegen waard. □

De gynaecoloog in opleiding in Europa

Verslag van een assistentenuitwisseling

De laatste maanden zijn in de dagbladen en tijdschriften talrijke artikelen verschenen over het 'magische' jaar 1992, waarin de Europese eenwording een feit zal zijn. Meestal wordt in deze artikelen het effect van het verdwijnen der grenzen op de economie belicht. Echter, ook op medisch terrein zullen invloeden merkbaar zijn. Vakdiploma's zijn inmiddels in alle EEG-landen erkend. Vestiging in deze landen is in principe voor iedere arts mogelijk, al bestaan er nog vele obstakels, onder andere in de vorm van taalexamen en vestigingsvergunningen. Met de steeds belangrijker wordende Europe-

Drs. H. J. H. M. van Dessel en
Dr. F. Th. J. G. Th. Kok

se samenwerking in gedachten heeft de afdeling Gynaecologie en Verloskunde van het Westeinde Ziekenhuis te Den Haag een ontmoetingsweek georganiseerd voor Europese artsen in opleiding voor het specialisme gynaecologie/obstetrie. De bijeenkomst had tot doel internationale contacten te bevorderen en inzicht te geven in de opleiding en werksituatie van de Europese gynaecoloog.

Gasten waren aanwezig uit EEG- en niet-EEG-landen: Frankrijk, Engeland, West-Duitsland, Spanje, Zweden, Finland en Zwitserland. Allen worden op dit moment opgeleid in grote (academische) Europese klinieken.

Het weekprogramma omvatte een klinisch, een wetenschappelijk en een informatief-sociaal gedeelte. In kleine groepjes hebben de gasten kennis kunnen maken met de gang van zaken op de gynaecologische en obstetrische afdelingen, verloskamers en operatiekamer. Tijdens een rondleiding door het ziekenhuis werd hun de gelegenheid geboden de laboratoria, röntgen- en radiotherapieafdeling te be-

zichtigen. Een tweetal middagen werd ingeruimd voor wetenschappelijke voordrachten, hierin kwamen bijdragen van de gasten en wetenschappelijk werk uit eigen kliniek aan bod. Op uitnodiging van Prof. Dr. A. C. Drogendijk werd een bezoek gebracht aan de afdeling Gynaecologie en Obstetrie van het Dijkzigt Ziekenhuis.

Het accent van de bijeenkomst lag op kennis-making en uitwisseling: vele onderwerpen werden bediscussieerd, onder meer de opleiding tot gynaecoloog in Europa en de Europese verloskundige organisatie modellen.

OPLEIDING TOT GYNAECOLOOG

De duur van de opleiding tot gynaecoloog varieert in Europa van vier (Spanje) tot een onbestemd aantal (vaak zeven tot acht) jaren (Engeland). In Nederland werkt men nu toe naar een systeem van 'clusters': de opleiding wordt verzorgd door een academisch ziekenhuis in samenwerking met één of meer perifere klinieken. Dit systeem kent men verder in Europa niet. Buitenlandse gynaecologie-assistenten worden, behalve in Engeland, veelal in één kliniek opgeleid.

De toelating tot de opleiding is alleen in Spanje centraal geregeld. Alle afgestudeerde Spaanse artsen die zijn geïnteresseerd in een willekeurige specialisatieplaats (jaarlijks ongeveer 20.000) nemen deel aan een jaarlijks landelijk examen; de 2.000 best geslaagden (10%) kunnen dan in rangorde van hun examenresultaten keuze maken uit de diverse opleidingsplaatsen, waarbij nummer 17 derhalve een veel ruimere keus heeft dan nummer 1917.

In de overige landen wordt de toelating geregeld door middel van sollicitatie. De Nederlandse situatie met een veelvoud aan gegadigden voor iedere opleidingsplaats kent men over het algemeen in het buitenland niet. Met name in de Scandinavische landen kan een ieder die een opleidingsplaats ambieert deze ook bemachtigen.

De opleidingsstructuur verschilt nogal van

land tot land. In West-Duitsland, Frankrijk en Zwitserland bestaat een tamelijk hiërarchisch systeem, waarbij het einde van de specialisatie niet heel duidelijk is. De opleiding wordt weliswaar afgesloten met een examen, maar vaak blijft men na de basistraining van vier tot vijf jaar nog enkele jaren werken als 'Oberarzt' of 'chef de clinique'. Deze periode wordt officieus beschouwd als een uitbreiding van de opleiding. In West-Duitsland, Zwitserland en Frankrijk bestaat ook de mogelijkheid na de opleiding een poliklinische privé-praktijk te beginnen, waarbij alle patiënten voor bevallingen en operatieve ingrepen naar een kliniek worden doorverwezen. De Scandinavische landen kennen een zeer strikt georganiseerde opleiding; duur, exameneisen en werkbelasting zijn nauwkeurig omschreven. Het meest afwijkende systeem bestaat in Engeland, waar voor iedere stageplaats in het kader van de opleiding apart moet worden gesolliciteerd; iedere sollicitatie brengt het risico van afwijzing en daarmee het afbreken van de opleiding met zich mee.

In alle landen zijn opleidingseisen geformuleerd. In de Scandinavische landen door middel van schriftelijke examens getoetst. In West-Duitsland doet men een mondeling ('Facharzt') examen aan het einde van de opleiding.

Het opdoen van voldoende operatieve vaardigheid blijkt wat het aantal en de soort operaties betreft in sommige grote academische klinieken problemen op te leveren.

VERLOSKUNDIGE TRAINING

Uiteraard zijn er op het gebied van de verloskundige training duidelijke verschillen tussen Nederland en de rest van Europa. Dat de Nederlandse thuisbevalling de nodige discussies uitlokte, zal niemand verbazen. Ook veel verbazing wekte het beperkte gebruik van epidurale anesthesie tijdens de baring in Nederland; dit varieerde in buitenlandse klinieken van 20% tot 60%! In Zuid-Europa worden alle

kunstverlossingen met de forceps verricht en wordt de vacuümextractie niet geleerd tijdens de opleiding. In Scandinavië wordt de forceps echter als een obsolete antiquiteit beschouwd! Over het algemeen zijn de buitenlandse verloskundige klinieken veel groter dan wij ze in Nederland kennen (Oxford 6.500 en Madrid 12.000 bevallingen per jaar). Daarbij moet worden bedacht dat de bevalling in de rest van Europa in nagenoeg alle gevallen klinisch plaatsvindt.

De situatie met de vrij gevestigde verloskundige en de selectie van zwangeren vroeg in de graviditeit is uniek voor Nederland. De buitenlandse kraamklinieken beschikken over een uitgebreide staf van verloskundigen, die in principe de partus begeleiden. De bevoegdheden van deze verloskundigen lopen uiteen van het niet zelf mogen hechten van een episiotomie (Engeland) tot het zelfstandig uitvoeren van een vacuümextractie (Zweden). De Europese arts-assistent in opleiding tot gynaecoloog ziet derhalve weinig fysiologische baringen en wordt pas geroepen bij pathologie.

De arbeidsmarkt voor afgestudeerde gynaecologen wordt over het algemeen gekarakteriseerd door krapte. Echte problematische werkloosheid werd echter niet aangegeven.

CONCLUSIE

Het hierboven beschreven uitwisselingsprogramma was voor alle betrokkenen een boeiende gebeurtenis. Vele verrassende en interessante feiten omtrent het eigen vak kwamen aan het licht. Hoewel een dergelijk programma tijd en energie aan voorbereiding vraagt en ook voor de gang van zaken in de kliniek consequenties heeft, hopen wij dat dit voorbeeld navolging zal vinden. Op die manier kan worden ingespeeld op de steeds belangrijker wordende Europese integratie. □

*Drs. H. J. H. M. van Dessel is arts-assistent in opleiding tot gynaecoloog in het Westeinde Ziekenhuis te Den Haag.
Dr. F. Th. J. G. Th. Kok is gynaecoloog in hetzelfde ziekenhuis.*

Continuïteit van zorg bij poliklinische chemotherapie

Een onderzoek

Onder welke condities kan de continuïteit van de zorg worden gewaarborgd bij patiënten die poliklinisch chemotherapie ontvangen? Dit was de centrale probleemstelling van een onderzoek dat is verricht in opdracht van de Provinciale Groninger Vereniging 'Het Groene Kruis'. Wetenschappelijk onderzoeker Mw. Drs. C. Engelsman, werkzaam bij de vakgroep Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen, en Drs. M. Riewald, medisch socioloog, brengen verslag uit.

Mw. Drs. C. Engelsman en
Drs. M. Riewald

De laatste jaren zijn steeds meer behandelingen verschoven van de kliniek naar de polikliniek. Een van die behandelingen is de chemotherapie. Chemotherapie is een behandeling die bestaat uit het toedienen van celdodende medicijnen (cytostatica) aan kankerpatiënten. De patiënt komt voor de toediening van de

cytostatica regelmatig naar de polikliniek, maar wordt hiervoor niet opgenomen in het ziekenhuis. Dit heeft consequenties voor de eerste lijn. Ten gevolge van de bijwerkingen en de psychische belasting van de behandeling is naast poliklinische hulp complementaire thuiszorg nodig van de huisarts en de wijkverpleegkundige. Met andere woorden: bij poliklinische chemotherapie is sprake van een functionele en organisatorische opdeling van de zorg tussen de eerste- en de tweedelijnsgezondheidszorg.

Continuïteit van zorg betekent in dit verband het geheel van activiteiten dat nodig is om de nadelen van deze functionele en organisatorische opdeling van de zorg zoveel mogelijk teniet te doen¹. Het waarborgen van de continuïteit van de zorg houdt in dat de communicatie tussen de huisarts, de wijkverpleegkundige, de specialist en de verpleegkundige op de polikliniek een duidelijke structuur moet hebben. Duidelijk moet zijn wat thuis en wat in het ziekenhuis moet gebeuren; er moet afstemming van de zorg zijn. Het betekent tevens dat huisarts en wijkverpleegkundige voldoende moeten zijn geëquipeerd om deze patiëntencategorie in de thuissituatie adequate hulp te kunnen bieden.

Op deze problematiek is het onderhavige onderzoek, dat in opdracht van de provinciale Groninger Vereniging 'Het Groene Kruis' is uitgevoerd, gericht. Nagegaan is met welk soort probleem poliklinisch behandelde chemotherapiepatiënten in de thuissituatie worden geconfronteerd en welke knelpunten zich voordoen in de communicatie tussen en binnen de 'lijnen', hun deskundigheid en de afstemming van de zorg. Alvorens de resultaten op dit gebied te presenteren zal eerst de uitvoering van het onderzoek kort worden uiteengezet.

OPZET EN UITVOERING

Aan het onderzoek namen vijf onderzoeksgroepen deel:

- 63 patiënten die worden behandeld op een polikliniek in het Academisch Ziekenhuis (AZG) en in het Rooms Katholiek Ziekenhuis (RKZ), beide in de stad Groningen;
- 139 wijkverpleegkundigen, werkzaam in de provincie Groningen, van wie 22 wijkverpleegkundigen een met chemotherapie behandelde patiënt in zorg hadden op het moment van onderzoek;
- 32 wijkverpleegkundigen die een dergelijke patiënt in zorg hebben gehad;
- 44 huisartsen die een patiënt in de praktijk hebben die op één van de genoemde poliklinieken wordt behandeld; en
- 10 specialisten en 9 verpleegkundigen die betrokken zijn bij de behandeling van deze patiënten op de genoemde poliklinieken.

In het onderzoek is gebruik gemaakt van de schriftelijke enquête als methode van dataverzameling. Daarnaast zijn interviews gehouden met de verpleegkundigen op de polikliniek en met 10 patiënten.

Tabel. Prestatievermogenschaal, World Health Organisation.

| graad prestatievermogen (conditie) | % | N |
|---|-------|----|
| 1. In staat alle normale bezigheden te verrichten zonder beperking | 15,9 | |
| 2. Beperkt lichamelijk inspanningsvermogen, maar ambulant en in staat alle lichte werkzaamheden te verrichten | 31,7 | |
| 3. Ambulant en in staat zichzelf te verzorgen, maar niet in staat tot werken; meer dan 50% van de dag uit bed | 34,9 | |
| 4. Gedeeltelijk in staat zichzelf te verzorgen; meer dan 50% in bed of stoel | 12,7 | |
| 5. Geïnvaleerd; niet in staat zichzelf te verzorgen, volledig bedlegerig of niet in staat uit stoel te komen | 4,8 | |
| totaal | 100,0 | 63 |

Bron: Engelsman, 1985.

RESULTATEN

Problemen in de thuissituatie: zorgvragen van de patiënt

Slechts een gering aantal patiënten is in staat tussen de kuren in thuis alle normale bezigheden zonder beperking te verrichten. De meeste patiënten zijn wel in staat lichte werkzaamheden te verrichten, maar niet in staat tot werken. In de tabel zijn de scores gepresenteerd van de patiënten op de 'performance-scale' van de World Health Organisation. Gemiddeld duurt het herstel na een kuur een week, doch een kwart van de patiënten geeft aan dat het herstel langer dan een week duurt.

In de thuissituatie ervaren patiënten problemen bij huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL), op psychosociaal gebied en ten gevolge van de bijwerkingen van de cytostatica, problemen waarbij ze veelal hulp van derden behoeven. De HDL-activiteiten omvatten koken, verzorgen van lunch/ontbijt, licht en zwaar huishoudelijk werk, bed opmaken, boodschappen doen en kleding en linnengoed verzorgen. De meerderheid van de patiënten (84%) wordt bij één of meerdere activiteiten geholpen. Eenderde van de patiënten (36%) wordt zelfs bij alle activiteiten geholpen. (Van de vrouwen wordt 26% bij alle activiteiten geholpen.) Deze hulp krijgt men voornamelijk van het informele netwerk, zoals familie, burens en vrienden. Wel komt in 11 gevallen ook de gezinsverzorging.

Op psychosociaal gebied heeft meer dan de helft van de patiënten (55%) hulp nodig. De patiënten ervaren chemotherapie als een emotioneel ingrijpende behandeling, waarbij men niet alleen tijdens de kuur bij de behandeling wordt bepaald, maar ook thuis tussen de kuren in. De patiënten hebben vooral problemen bij het volhouden van de therapie en vragen

zich dikwijls af of men de behandeling al dan niet zal voortzetten. Hulp wordt ook hier voornamelijk door het informele netwerk geboden. Doch naast het informele netwerk bieden de huisarts en de wijkverpleegkundige emotionele steun. Driekwart van de patiënten heeft tussen de kuren in contact met de huisarts en 13 patiënten zijn in zorg bij de wijkverpleegkundige.

Ten gevolge van de chemotherapie hebben patiënten vaak lichamelijke klachten als haaruitval, voedingsproblemen, gewichtsverlies, mond- of huidproblemen, misselijkheid en vermoeidheid. Zowel het ziekenhuis als de huisarts worden hiervoor benaderd.

Naast deze problemen en hulpvragen zijn de patiënten erg onzeker over het verloop van de behandeling en de ziekte: er bestaat een grote behoefte aan informatie op dit gebied. Dit komt ook naar voren in andere onderzoeken^{2,3}. Meer dan de helft van de patiënten (58%) die aan het onderzoek hebben deelgenomen heeft zelf nog informatie ingewonnen. Als belangrijkste redenen worden genoemd: 'Omdat men meer wilde weten', 'Omdat men nog eens na wilde kijken wat de hulpverleners hadden verteld', en: 'Omdat men het nog eens van een ander wilde horen'.

Een goede continuïteit van zorg is derhalve van groot belang. Er doen zich hierin evenwel verschillende knelpunten voor.

Hierna zullen vooral de knelpunten worden besproken die betrekking hebben op de deskundigheid van de huisarts en de wijkverpleegkundige, en op de relatie van de huisarts tot de specialist en de wijkverpleegkundige, omdat deze laatste de hulpverleners zijn met wie de huisarts het meest contact heeft. Voor een uitgebreid verslag van de onderzoekresultaten verwijzen wij graag naar het onderzoekrapport⁴.

Knelpunten in de communicatie tussen en binnen de 'lijnen'

Informatieoverdracht. De meeste huisartsen (86%) zijn, voordat de patiënt met de poliklinische chemotherapie is begonnen, door de specialist op de hoogte gesteld dat de patiënt poliklinisch met chemotherapie zal worden behandeld. Daarentegen is 14% pas tijdens de poliklinische behandeling op de hoogte gesteld en wel via de patiënt.

De schriftelijke informatie van de specialist aan de huisarts, die overwegend via een standaardbrief na ieder poliklinisch bezoek wordt verstuurd, laat volgens de huisarts te wensen over, omdat de informatie te laat komt en omdat belangrijke informatie ontbreekt. In één geval kreeg de huisarts nog bericht over drie infusen nadat de patiënt al was overleden. Onvoldoende informatie wordt verstrekt over de te verwachten bijwerkingen en over adviezen over de handelwijze bij bijwerkingen. Bovendien zou volgens huisartsen het verstrekken van het telefoonnummer en het tijdstip waarop de specialist is te bereiken eventueel overleg kunnen vergemakkelijken, omdat de specialist soms moeilijk bereikbaar is.

Wanneer een patiënt door de huisarts naar de wijkverpleegkundige wordt verwezen, wordt volgens 75% van de wijkverpleegkundigen (N=22) onvoldoende informatie verstrekt over het behandelplan, de bijwerkingen, de lichamelijke conditie, de handelwijze bij bijwerkingen en het psychosociaal functioneren van de patiënt.

Overleg c.q. consultatie. Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat ongeveer twee op de drie huisartsen de specialist wel eens consulteert over de bijwerkingen van de chemotherapie en met de specialist overlegt over het psychosociaal functioneren van de patiënt. Huisartsen zeggen het maar weinig mee te maken dat de specialist met hen contact opneemt in bijvoorbeeld situaties waarin de specialist of de patiënt twijfelt of men al dan niet de behandeling zal voortzetten.

Tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen vindt in bijna alle gevallen waarin een patiënt in zorg is bij een wijkverpleegkundige overleg plaats. Wel neemt de wijkverpleegkundige vaker het initiatief voor overleg dan de huisarts.

Deskundigheid huisarts en wijkverpleegkundige

In de literatuur wordt genoemd dat de

huisarts niet tot de ingewijden in het kennisgebied van de oncologie en de chemotherapie behoort, omdat de oncologie zich razendsnel ontwikkelt en duidelijk een gebied is van een beperkt aantal hooggespecialiseerde mensen. Bovendien krijgt de huisarts per jaar met één of twee patiënten die chemotherapie krijgen te maken^{5,6}. Dit, gevoegd bij het feit dat veel patiënten bij klachten direct contact met het ziekenhuis zoeken (54% van de huisartsen in ons onderzoek heeft dit bevestigd), leidt tot de gevolgtrekking dat de huisarts weinig met deze patiënten in aanraking komt. Door praktijkervaring zal de huisarts dan ook moeilijk zijn kennis op peil kunnen houden.

Het terrein waarop de huisarts zich het minst deskundig acht (64%) is het vaststellen of een klacht of symptoom al dan niet het gevolg is van de chemotherapie. In ieder geval zouden de huisartsen de specialist raadplegen bij koorts boven de 39 graden, bij andere tekenen van infectie en bij blauwe plekken, omdat dit soms levensbedreigende situaties zijn. Iets meer dan de helft van de huisartsen (60%) acht zich in staat de lichamelijke-medische aspecten in het oog te houden en bijna alle huisartsen vinden dat zij de patiënt uitleg kunnen geven over de werking van de chemotherapie.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat de specialist geen eenduidig beeld heeft over de deskundigheid van de huisarts. De wijkverpleegkundigen, in het bijzonder zij die de hogere of middelbare beroepsopleiding voor verpleegkundige (HBOV) hebben gevolgd, achten zichzelf ondeskundig ten aanzien van een aantal algemeen verpleegtechnische handelingen bij kankerpatiënten en handelingen c.q. doelen van contact gericht op de verzorging van chemotherapiepatiënten. Wat betreft de HBOV'ers wrekt zich waarschijnlijk de geringe mate van praktische kennis en vaardigheden die zij in hun opleiding kunnen opdoen. Alle andere wijkverpleegkundigen (degenen die de opleiding Maatschappelijke gezondheidszorg of de 'oude' wijkopleiding hebben gevolgd) hebben als basis een inservice opleiding gevolgd, waarin zij met name op verpleegtechnisch gebied kennis en vaardigheden hebben kunnen opdoen.

Afstemming van zorg

Om inzicht te krijgen in hoeverre er sprake is van overeenstemming over de taakafbakening, zijn aan de huisarts, de specia-

list, de verpleegkundige en de wijkverpleegkundige vijftien activiteiten voorgesteld. Men moest aankruisen welke activiteit men tot wiens taakgebied rekent.

Uit de onderzoekresultaten kan worden geconcludeerd dat er bij bepaalde activiteiten tussen de vier disciplines geen overeenstemming is over de te verrichten activiteiten. Men rekent zichzelf taken toe die ook door anderen worden geclaimd. Zo rekenen zowel huisarts als specialist het geven van informatie aan de familie over de ziekte en de behandeling, het toezicht houden op de lichamelijke conditie, de gewichtscntrole en de vochtbalanscontrole tot hun takenpakket.

Een andere belangrijke hulpvraag, waarbij het voor de patiënt duidelijk moet zijn of deze hiervoor de specialist of de huisarts kan raadplegen, betreft klachten of verschijnselen die het gevolg zijn van de bijwerkingen van de chemotherapie. Hoewel een meerderheid van de huisartsen het moeilijk vindt vast te stellen of een klacht al dan niet het gevolg is van de chemotherapie, geeft slechts 23% van de huisartsen er de voorkeur aan dat de patiënt de specialist raadpleegt. De specialisten hebben in dit geval geen eenduidig uitgesproken mening. De patiënt zou de specialist kunnen raadplegen of de huisarts, waarna de huisarts de specialist raadpleegt. Tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige bestaat het minst overeenstemming over wie welke taak op zich kan/moet nemen. Het gaat om de activiteiten adviseren of begeleiden bij school/werkproblemen, bij problemen in de thuissituatie, begeleiden bij het opvolgen van leefregels, en patiënt en familie steun verlenen bij het verwerken van de ziekte en de behandeling.

BESCHOUWING

Ondanks het feit dat de poliklinische behandeling praktische problemen voor de patiënten met zich meebrengt, zoals 'het er steeds weer heen moeten', de soms 'lange reis- en wachttijden' en 'anderen vragen mee te gaan naar de polikliniek' geven de patiënten er toch de voorkeur aan in de eigen 'vertrouwde', omgeving te blijven.

Een goede samenwerking tussen hulpverleners is in het algemeen, maar zeker bij kankerpatiënten die poliklinisch worden behandeld, belangrijk.

Evenals andere onderzoeken 7-10 bevestigen de resultaten van dit onderzoek de noodzaak van een verbetering van de continuïteit in zorg. De verbetering van

de continuïteit in zorg moet worden gezocht in een betere taakafbakening, gezamenlijk overleg en (na)scholing van de huisarts en de wijkverpleegkundige. De noodzaak van gezamenlijk overleg tussen de vier disciplines speelt vooral in situaties waarin de patiënt twijfelt of deze de behandeling al dan niet zal voortzetten. Dan is het van belang dat de vier disciplines, vanuit hun verschillende deskundigheden, tot een eenduidig advies komen.

Verwacht mag worden dat de verschuiving van de tweede- naar de eerstelijnszorg zal doorzetten. Investeren in bijscholing en verbetering van de communicatie en afstemming van de zorg is dus zeer gerechtvaardigd.

Alle hulpverleners die aan het onderzoek meededen staan positief tegenover een verbetering van de communicatie, en de huisarts en de wijkverpleegkundige hebben behoefte aan bijscholing op het gebied van de oncologie c.q. chemotherapie. Tevens geven zij aan, behoefte te hebben aan een duidelijke omschrijving van de rol en de taken die zij bij deze patiënten dienen te vervullen. De huisarts vraagt zich bijvoorbeeld af: 'Ben ik nu supporter of coach en is de huisarts de tweedelijnswerker geworden?'

Als de hulpverleners niet alleen rekening houden met hun eigen wensen, maar ook met de door de patiënten uitgesproken voorkeur voor hulp van de eerstelijns werkers voor bepaalde problemen, lijkt de volgende verdeling van taken tussen de huisarts, de specialist, de wijkverpleegkundige en de verpleegkundige zinvol:

Taken specialist

- Medisch-technische verzorging bieden op de polikliniek.
- Informatie verstrekken aan de patiënt over het doel, de duur, het verloop, de werking en de bijwerkingen van de chemotherapie.
- De patiënt adviseren om bij klachten of symptomen thuis tussen de kuren de huisarts te raadplegen.
- Belangstelling en aandacht hebben voor het psychosociaal functioneren van de patiënt en met name aandacht voor het volhouden van de chemotherapie en bij de huisarts hierover navraag doen.
- Regelmatige informatieoverdracht aan de huisarts.

Taken huisarts

- Medisch-technische verzorging thuis bieden ten aanzien van de bijwerkingen en indien nodig (en volgens afspraken

met de specialist) de specialist hierover consulteren.

- Contactbehoefte van de huisarts bij de patiënt checken.
- Indien gewenst de familie/huisgenoten informatie geven over de ziekte en de behandeling.
- Indien nodig de patiënt attent maken op de mogelijkheid van wijkverpleegkundige hulp.
- Psychosociale ondersteuning bieden bij:
 - seksuele- en/of huwelijksmoeilikheden;
 - school/werkproblemen;
 - verwerking van de ziekte/behandeling, met name aandacht hebben voor het volhouden van de chemotherapie.
- Wanneer een patiënt in zorg is bij de wijkverpleegkundige overleg plegen met de wijkverpleegkundige over de afstemming van de zorg thuis.
- Terugrapportage aan de specialist over de geboden zorg thuis.

Taken wijkverpleegkundige

- Verpleegtechnische verzorging bieden.
- Indien nodig de patiënt begeleiden/adviseren bij gebruik van hulpmiddelen en bij voedingsproblemen.
- Signaleren van probleem in de thuissituatie:
 - het niet in staat zijn tot het verrichten van huishoudelijke activiteiten;
 - opvang van kinderen/partner tijdens polibezoek en opvang van de patiënt na de toediening van de cytostatica;
 - financiële problemen, school/werkproblemen, seksuele/huwelijksproblemen, het volhouden van de behandeling.
- Eventueel begeleiden bij deze problemen of doorverwijzen.
- Overleg plegen met de huisarts over de afstemming in de zorg thuis.
- Terugrapportage aan de verpleegkundige over de geboden zorg thuis.

Taken polikliniekverpleegkundige

- Verpleegtechnische verzorging bieden op de polikliniek.
- Checken bij de patiënt of de informatie door de specialist gegeven, is begrepen.
- De patiënt regelmatig attent maken op de mogelijkheid van wijkverpleegkundige hulp en indien gewenst doorverwijzen naar de wijkverpleegkundige.
- Adviezen geven over hulpmiddelen en ten aanzien van voedingsproblemen, mondhygiëne en indien nodig doorver-

wijzen naar de wijkverpleegkundige of de diëtist van het Groene Kruis.

- Belangstelling en aandacht voor het psychosociaal functioneren van de patiënt en met name aandacht voor het volhouden van de chemotherapie.
- Regelmatig informatieoverdracht aan de wijkverpleegkundige. □

Literatuur

1. Noordhoek M. Continuïteit van zorg. Tijdschrift voor Ziekenverpleging 1986; 17: 513-7.
2. Heuvel WJM van den. Begeleiding van vrouwen met borstkanker. Een verkenning van het probleem. Medisch Contact 1977; 32: 1429-32.
3. Borne HH van den, Pruyn JFA. Informatiebehoefte en lotgenotencontact bij kankerpatiënten. Gezondheid en Samenleving 1984; 3: 186-88.
4. Engelsman C, Riewald M. Continuïteit in zorg, een continue zorg. Groningen: Provinciale Groninger Vereniging 'Het Groene Kruis' 1987.
5. Cleon FJ. Wat dient de huisarts van cytostatica te weten? Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 212-3.
6. Bergsma J. Huisarts en oncologische consultatie. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 370-3.
7. Cuisinier MCJ, Dokter HJ, Wouden GJ van der. De huisarts-specialistrelatie bij kankerpatiënten. The Practitioner 1986; 6: 609-17.
8. Visser APH, Menko FH. Samenwerking tussen echelons bij de zorg voor patiënten met kanker. Medisch Contact 1987; 39: 1239-42.
9. Gondrie PCFM. Wijkverpleegkundige thuiszorg voor de patiënt met kanker in Noord-Limburg. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1987; 1: 19-22.
10. Schmitz L. Afstemming van verpleegkundige zorg tussen wijk en ziekenhuis. Tijdschrift voor Ziekenverpleging 1986; 8: 240-6.

Discussie

Sociaal-medische begeleiding: dicht bij de werkvloer en integraal

Een bedrijfsgezondheidkundig ('tandem'-)model

In zijn, overigens voortreffelijke, analyse van de stand van zaken rond de sociaal-medische begeleiding (SMB) na het uitbrengen van het desbetreffende advies door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV)¹, nodigt Buys in Medisch Contact indirect alle betrokkenen uit voor een reactie², opdat het stilzwijgen rond deze materie wordt doorbroken.

Buys schrijft in zijn analyse van het model van de Nationale Raad onder meer (blz. 1133): 'Daarbij krijgt – anders dan in de adviesaanvraag – de bedrijfsarts volop aandacht, hoewel maar 30% van de werknemers er een heeft en dan nog voor de helft in combinatiefunctie'. Zeker gezien deze voorzet van collega Buys, kan de uitnodiging tot een reactie uit de bedrijfsgezondheidszorg niet onbeantwoord blijven.

Wordt in het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid weliswaar de bedrijfsgezondheidszorg meer voor het voetlicht geschoven, toch wordt aan de bedrijfsarts slechts een consulterende en niet een coördinerende rol toebedacht. Het model komt neer op, zoals Buys het formuleert: 'ongeveer de huidige gang van zaken in optima forma, met een protocol voor moeilijke behandelingen- en reïntegratieplannen en informatie-uitwisseling binnen veertien dagen.' Daarbij komt een song van Peggy Lee in gedachten: 'Is that all there is?' Overigens wordt in het advies wel gesproken over de wenselijkheid van experimenten met andere modellen. Daarom lijkt het niet opportunistisch de discussie te openen over een volwaardig bedrijfsgezondheidkundig model (bgz-model) en de wenselijkheid daarmee te experimenteren. De wenselijkheid een bgz-model onder ogen te zien wordt versterkt door het overheidsstreven in de toekomst iedere werknemer onder de bedrijfsgezondheidszorg te laten vallen. Zo heeft staatssecretaris De Graaf onlangs dit streven nog eens benadrukt³.

T. Lunshof

Het in beschouwing nemen van een bedrijfsgezondheidkundig model is des te interessanter, omdat in de huidige, door het advies mogelijk bestendige situatie de overlap van de sociaal-medische begeleidingsactiviteiten van verzekerings- en bedrijfsartsen toeneemt. Over de kosten van deze overlappende activiteiten zijn slechts gissingen te maken, terwijl het gevaar van negatieve effecten ervan op de beoogde ontwikkeling van bedrijfsgezondheidszorg in het algemeen en op het verzuim in het bijzonder zeker niet denkbeeldig is.

VOORBESCHOUWING

Alvorens in te gaan op een mogelijk bedrijfsgezondheidkundig model, eist een drietal vaststellingen uit het voorgaande enige toelichting. Deze betreffen het verzorgingspercentage van de bedrijfsgezondheidszorg, de overlapping van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, en de veronderstelde afremming van de ontwikkeling in de bedrijfsgezondheidszorg.

Verzorgingspercentage bedrijfsgezondheidszorg

Vrij algemeen wordt aangenomen dat de ontwikkeling van de bedrijfsgezondheidszorg sinds 1982 stagneert⁴. Als reden wordt meestal opgegeven, dat het aantal verzorgde werknemers in de industrie afneemt door faillissementen en inkrimpingen en dat niet-industriële sectoren om budgettaire redenen aarzelen met zich aan te sluiten. Nauwkeurige verzorgingscijfers zijn merkwaardigerwijs in Nederland niet aanwezig. Algemeen wordt aangenomen, dat ultimo 1985 ongeveer 1,65 miljoen werknemers bedrijfsgezondheidszorg ontvingen, bij een totale werkende populatie van ruim 5,1 miljoen; dit levert een verzorgingsgraad van ruim 30% op⁴.

Toch is het beeld anno 1988 waarschijnlijk rooskleuriger. Zo vertoont het particuliere bedrijfsleven het volgende beeld: Per 1 september jl. verzorgden de particuliere bedrijfsgezondheidsdiensten, verenigd in de Federatie, 880.000 werknemers, sinds eind 1985 een groei van 17,5%. Per 1 januari 1989 wordt een totaal aantal verzorgden verwacht van 960.000. Gevoegd bij de ± 485.000 verzorgden via de particuliere enkelvoudige BGD'en (NIPG/TNO, 1985) brengt dit het verzorgingspercentage van het particuliere bedrijfsleven (3,3 miljoen werknemers) op 45%.

Deze ontwikkeling is hoopgevend en rechtvaardigt het openen van de discussie over een bedrijfsgezondheidkundig model als basis voor een mogelijke sociaal-medische begeleiding op langere termijn. Het is te wensen dat deze discussie kan worden gevoerd 'over de schutrinkjes heen', zoals Buys het in zijn slotconclusie formuleert.

Overlapping bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde

In de verzekeringsgeneeskundige sector getrouwt men zich in toenemende mate grote inspanningen om, met name binnen bedrijven die niet bij een bedrijfsgezondheidsdienst zijn aangesloten, de sociaal-medische begeleiding uit te breiden naar bedrijfsgezondheidszorg. Het instellen van contact- en bedrijfsgebonden verzekeringsartsen, bedrijfsadvisering, verzuimprojecten en bedrijfsgezondheidkundige scholing wijst in deze richting. Het lijkt of de verzekeringsgeneeskunde een race tegen de klok is gestart om een deel van de sociaal-medische markt in het particuliere bedrijfsleven te veroveren. Experimenten zijn gaande om de verzuimcontrole van iedereen te minimaliseren en de aandacht toe te spitsen op kortdurend frequent verzuim⁶. (Dat de geesten ook binnen de verzekeringsgeneeskunde hierover verdeeld zijn, bewijzen Luder c.s. met hun stelling⁷, dat frequent kortdurend verzuim geen verzeke-

ringsgeneeskundige zaak is.) Overigens verdient het GAK alle lof voor de grote inspanning en de creativiteit die het ten toon spreidt om de effectiviteit van de verzuimbegeleiding te verbeteren. Ook lijken de ontwikkelingen binnen het GAK beter doordacht en onderbouwd dan die bij het Sociaal Fonds Bouwnijverheid, waar vrij abrupt het contract met een gezamenlijke bedrijfsgezondheidsdienst voor bedrijfsgezondheidszorg ten behoeve van de eigen werknemers is opgezegd en de bedrijfsgezondheidszorg wordt geïntegreerd in de verzekeringsgeneeskunde.

Duidelijk is, dat het overlappingsgebied tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de verzekeringsgeneeskunde gestaag toeneemt. Vindt laatstgenoemde thans nog haar werkterrein binnen bedrijven die (nog) niet bij BGD'en zijn aangesloten, op den duur zal deze ontwikkeling leiden tot onaantvaardbare verspilling van mankracht en tijd en schept ze een toenemende onduidelijkheid voor de (al dan niet zieke) werknemer.

Afremming ontwikkeling bedrijfsgezondheidszorg

Het moge duidelijk zijn, dat de verhoogde activiteiten van de verzekeringsgeneeskunde op het gebied van bedrijfsgerichte dienstverlening gevolgen hebben voor de verdere ontwikkeling van de bedrijfsgezondheidszorg in Nederland. Veel gezamenlijke bedrijfsgezondheidsdiensten signaleren, dat bedrijven kenbaar maken voldoende te hebben aan bovengenoemde activiteiten en afzien van aansluiting bij een BGD. Een belangrijke factor hierbij is, dat de dienstverlening van bijvoorbeeld het GAK (op het eerste gezicht) voor de werkgever gratis is en men voor de BGD moet betalen. Toch zullen, hoe men het ook wendt of keert, de bedrijfsgezondheidskundige activiteiten van de bedrijfsverenigingen via de premie moeten worden doorberekend, terwijl een premiereductie voor het bedrijf dat kosten maakt om zijn werkvloer veilig en gezond te houden door zich bij een erkende bedrijfsgezondheidsdienst aan te sluiten vooralsnog onbespreekbaar schijnt te zijn.

Op zich kan men weinig inbrengen tegen het feit dat een aantal bedrijven dat niets ziet in uitgebreide bedrijfsgezondheidszorg, toch medisch-sociale ondersteuning krijgt. Toch kan een dergelijke tweedeling nooit de bedoeling van de overheid en de sociale partners zijn. Ze is ook in strijd met het advies van de Nationale Raad, dat bedrijfsgezondheidskundige en

verzekeringsgeneeskundige taken niet dienen te worden verward (Buys, blz. 1133).

Merkwaardig en tegelijkertijd verheugend is het feit, dat – ondanks deze ontwikkeling langs twee lijnen, die zich bijna geluidloos en volledig onafhankelijk voltrekt – in het veld een zeer goede, voornamelijk informele samenwerking tussen de verzekeringsgeneeskundigen en de bedrijfsartsen bestaat. Met een lofwaardige inzet wordt getracht in het belang van de zieke werknemer overlap zoveel mogelijk te voorkomen.

MODEL

Hoe zou een overlap van sociaal-medische begeleidingsactiviteiten van bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige zijn te voorkomen? Te denken valt aan een bedrijfsgezondheidskundig huisartsmodel voor bijvoorbeeld de eerste zes maanden van het verzuim en een verzekeringsgeneeskundig huisartsmodel voor de verzuimperiode daarna.

Een (in grote lijnen uitgewerkt) bedrijfsgezondheidskundig-huisartsmodel is niet nieuw. Met name in een door het CCOZ (thans NIA) verzonden reactie op de adviesaanvraag aan de Nationale Raad worden voorstellen in deze richting gedaan⁸. Ook wordt naar aanleiding van het oriënterende onderzoek bij de Bedrijfsgezondheidsdienst Haarlem naar de meerwaarde van de bedrijfsgezondheidszorg bij de sociaal-medische begeleiding in deze richting gewezen⁹. In de praktijk wordt reeds met een bedrijfsgezondheidskundig proefmodel geoefend door de BGD'en van Helmond, Nijmegen en Haarlem. Helaas is deze werkwijze thans niet geprotocolleerd en wordt deze niet begeleid door wetenschappelijk onderzoek.

Het *bedrijfsgezondheidskundig model* komt in grote lijnen hierop neer:

- Afschaffing c.q. minimalisering van de verzekeringsgeneeskundige 'controle oude stijl' in bijvoorbeeld de eerste zes maanden van het verzuim;
- Verzuimbegeleiding door de bedrijfsgezondheidszorg op basis c.q. op indicatie van de zogenoemde 'eigen verklaring'. Hierbij richt de begeleiding zich vooral op de bijzondere vormen van het verzuim, namelijk het frequente kortdurende en het langdurige verzuim. Bij deze begeleiding zal de uitkeringsgerechtigheid zelden ter discussie staan: overeenstemming tussen de zieke werknemer en

de bedrijfsarts over de arbeids(on)geschiktheid maakt vragen over het al of niet recht hebben op uitkering overbodig.

– Is deze overeenstemming niet aanwezig, dan zal een oordeel over de uitkeringsgerechtigheid moeten worden gevraagd aan een per regio aan te stellen, onafhankelijke, verzekeringsgeneeskundige.

– Overname van de verzuimbegeleiding na zes maanden door de verzekeringsgeneeskundige sector, die daarmee wordt verlost van het grotendeels a-specifieke en massale controlewerk van het verzuim in de eerste maanden en zijn specifieke kwaliteiten en kennis ten volle kan richten op de langer durende verzuimgevallen c.q. de WAO-begeleiding, inclusief het veilig stellen van de materiële en immateriële belangen van de werknemer bij lang verzuim c.q. arbeidsongeschiktheid en het – uiteraard vanaf de eerste ziektedag – regelen van voorzieningen.

Op deze wijze wordt de sociaal-medische begeleiding in een fase waarin de binding van de werknemer met het werk nog volop aanwezig is, dichtbij de werkvloer gehouden. Daarbij kan het verzuim in breder verband worden beschouwd: sociaal beleid, arbeidsomstandigheden, bedrijfscultuur en reïntegratiemogelijkheden. De bedrijfsgezondheidszorg kan hierbij als een katalysator optreden voor bewustwordingsprocessen binnen het bedrijf op het gebied van sociaal beleid en een situatie stimuleren van tussen werkgever en werknemer gedeelde verantwoordelijkheid voor het verzuim⁹. Hierbij kunnen zeker ook zaken als afremming van uitstoot in de WAO en stimulering van WAGW-beleid tot hun recht komen (in welk verband de uitdrukking 'huisarts van het bedrijf' niet nieuw is).

Op deze wijze heeft de coördinatie van de sociaal-medische begeleiding door de bedrijfsarts twee kanten: de naar het individu toe gerichte begeleiding en de (deel)begeleiding van een proces, dat Grosveld in zijn proefschrift: 'de voorspelbaarheid van individuele verzuimduur' heeft genoemd¹⁰: het interactionisme, de wederzijdse beïnvloeding tussen personen, situatie en gedrag; verzuim wordt hier de resultante van een complex samenspel tussen persoon en (werk)situatie.

In deze context wordt de medische invalshoek van de sociaal-medische begeleiding in engere zin verlaten en krijgt de bedrijfsgezondheidskundige begeleiding

een breder kader, waarin bedrijfsverpleegkundige, bedrijfsmaatschappelijk werker, arbeidshygiënist en andere deskundigen een plaats kunnen vinden. Dat de bedrijfsarts in deze eerste periode van het verzuim coördineert, lijkt gezien het medische karakter van de curatieve coördinatie voorlopig het meest voor de hand liggend. De verzuimende werknemer geeft dit slechts meer duidelijkheid: in de eerste zes maanden begeleiding door de bedrijfsarts en de huisarts, erna door de verzekeringsgeneeskundige en de huisarts.

De kosten van de bedrijfsgezondheidszorg zullen in dit model stijgen door de noodzaak van een verkleining van de bedrijfsgezondheidskundige praktijken. Daartegenover mag worden verwacht, dat de kosten van de verzekeringsgeneeskunde fors zullen dalen en daarmee de premie van de uitvoering van de Ziekwet, dat overlap van sociaal-medische begeleidingsactiviteiten wordt geminimaliseerd en dat zowel de bedrijfsarts als de verzekeringsgeneeskundige zich meer zal kunnen gaan richten op zijn oorspronkelijke taken en specifieke meerwaarden.

HAALBAARHEID

Wat te zeggen over de haalbaarheid van bovenstaand bedrijfsarts-huisarts/verzekeringsgeneeskundige – huisartsmodel (beter lijkt de naam 'tandem-model')? Veel vragen wachten hier op antwoord. Kunnen de bedrijfsgezondheidsdiensten de kwaliteit leveren die voor dit model noodzakelijk is? Kunnen de BGD'en de

zeer kleine bedrijven wel adequaat verzorgen (misschien raakt eindelijk de bedrijfsverpleegkundige dan 'thuisgekomen')? Hoe zal de verzorging van de categorale bedrijfstakken moeten verlopen? (De jongste ontwikkelingen binnen de bouwnijverheid en het wegvervoer zijn hoopgevend en tonen aan dat 'het kan'.) Hoe wordt, in het belang van de werknemer, de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts gegarandeerd (taak voor management en ondernemingsraad gezamenlijk!)?

Bij de beoordeling van de haalbaarheid van een geheel nieuw model zijn ook de onderstromingen van belang. De 'politieke' onderstroom lijkt tegen te zitten. Maar de mogelijkheid van grote kostenbesparingen en van grotere duidelijkheid voor de ziek geworden werknemer zou misschien deze tegenstroom wat kunnen afzwakken.

EXPERIMENTEN

In zijn advies noemt de Nationale Raad voor de Volksgezondheid het gewenst¹, dat 'op beperkte schaal experimenten plaatsvinden met andere modellen, waaruit zo mogelijk nadere inzichten resulteren, die – bij toepassing – de werking van het door de commissie aanbevolen model op onderdelen kunnen verbeteren'. Het tandem-model voor de sociaal-medische begeleiding zal verdergaande consequenties hebben dan dat ze het door de commissie voorgestelde model 'op onderdelen verbeterd', maar het lijkt de moeite waard aan de hand van het tandem-model experimenten op te zet-

ten. Hoofdzak daarbij is, dat de sociaal-medische begeleiding in de eerste maanden dichtbij de werkplek wordt gehouden en dat men afstapt van de sinds jaar en dag bestaande individuele benadering van het verzuim. Zo ontstaat er zicht op een integrale benadering van het verzuimprobleem, zoals dat in het verleden door zovelen is gepredikt en nu, met de verdere ontwikkeling van de bedrijfsgezondheidszorg, praktisch mogelijk lijkt te gaan worden. □

Literatuur

1. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies inzake sociaal-medische begeleiding. Zoetermeer, 1987.
2. Buys PC. Sociaal-medische begeleiding. Medisch Contact 1988; 43 : 1131-6.
3. Graaf L de. Toespraak ter gelegenheid van het 25-jarig jubileum van het College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgezondheidszorg, 5 februari 1988.
4. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Rapport Bedrijfsgezondheidszorg. Zoetermeer, 1987 (rapport nr 4011-115), 123.
5. Dijk FJH van. Bedrijfsgezondheidszorg: een stap achteruit, twee stappen vooruit? Inleiding Postdoctorale Opleiding VGW. Coronel Laboratorium, 1988.
6. Kagenaar DB. Ziekteverzuim loopt niet op door afschaffing controle. Interview Elseviers Weekblad sept 1987.
7. Luder RA, Groothoff JW, Vos J. Frequent kortdurend verzuim: geen verzekeringsgeneeskundige zaak. Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde 1988; 26 : 81-5.
8. CCOZ/NIA. Bijlage NRV-advies SMB. Zoetermeer 1987.
9. Lunshof T. Meerwaarde bedrijfsgezondheidszorg bij ziekteverzuim. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1988; 66 : 51-2.
10. Grosveld IAM. De voorspelbaarheid van individuele verzuimduur. Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger, 1988.

T. Lunshof is directeur-bedrijfsarts van de Bedrijfsgezondheidsdienst Haarlem.

Toekomst van arbeid en gezondheid onderzocht

Zal er in het jaar 2000 nog handwerk bestaan? Hoeveel zal de robot zijn opgedrongen? Zal de werkloosheid nog steeds zo groot zijn? Zal het aantal werkende vrouwen nog zijn toegenomen en zullen er nog meer ouderen uit de arbeidsmarkt zijn 'uitgetreden'? Zullen de ideeën over arbeid en vrije tijd hetzelfde zijn als thans? En welke invloed zal dit alles hebben op de inrichting van fabrieken en kantoren en op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de werkende mens? Dit zijn vragen die opkomen wanneer men filosofeert over arbeid en gezondheid in het jaar 2000. Vanaf 1983 zijn in opdracht van de Stuurgroep Toekomst-

Het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg-TNO is per 1 januari 1988 gestart met een 2½ jaar durende scenariostudie 'Arbeid en gezondheid'. De eerste fase van dit onderzoek, waarin de onderzoekopzet is uitgewerkt, is onlangs afgerond. Het onderzoekteam van het NIPG-TNO, te weten Mw. Ir. A. Bloemhof, Dr. P. G. W. Smulders en Dr. C. L. Ekkers, beschrijft de gang van zaken.

scenario's Gezondheidszorg (STG) op een aantal deelterreinen toekomstverkenningen uitgevoerd, bijvoorbeeld met betrekking tot hart- en vaatziekten, nieuwvormingen, vergrijzing en ongevalen en traumatologie. In dit tijdschrift is reeds eerder aandacht geschonken aan de rapporten en voorstudies van de stuurgroep¹⁻⁶.

Het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg-TNO is in opdracht van de STG op 1 januari 1988 gestart met de 2½ jaar durende scenariostudie 'Arbeid en gezondheid'⁷. Het onderzoekteam van het NIPG/TNO werkt

samen met een scenariocommissie, een team van deskundigen dat de hoofdlijnen van het onderzoek aangeeft. Deze commissie staat onder voorzitterschap van Dr. P. A. van Wely, bedrijfsarts. De andere leden van deze commissie zijn: Drs. E. Cools (Philips), Prof. Dr. F. van Dijk (Universiteit van Amsterdam), Dr. J. J. van Hoof (SISWO, Open Universiteit), Dr. F. Huygen (Katholieke Universiteit Nijmegen), Dr. J. Mackenbach (Erasmus Universiteit Rotterdam) en Prof. Dr. Ir. Drs. O. J. Vrieze (Rijksuniversiteit Limburg).

UITGANGSPUNTEN

Als men het totale gebied van arbeid en gezondheid overziet, kan men constateren dat het hier om twee zeer brede begrippen gaat. Zowel 'arbeid' als 'gezondheid' dient in de studie zeer globaal te worden geoperationaliseerd. Dit betekent dat aan al te specifieke vraagstellingen geen aandacht kan worden besteed en dat een afbakening van het totale onderzoeksterrein gewenst is. Daarom is besloten de studie te beperken tot de invloed van arbeid op gezondheid. De betekenis van gezondheid voor het verkrijgen of behouden van arbeid valt hiermee grotendeels buiten het onderzoekkader. Daarnaast is het terrein van 'arbeid' ingeperkt tot *betaalde arbeid* (bijvoorbeeld arbeid verricht in loondienst, zelfstandige ondernemers, personen met een al dan niet 'zwart' bijbaantje). In eerste instantie is voor 'gezondheid' geen scherpe afgrenzing gemaakt en kan hieronder zowel lichamelijk als psychosociale gezondheid worden verstaan. Centraal in het onderzoek staat de gedachte dat de kwaliteit van de arbeid (arbeidsinhoud, -omstandigheden, -voorwaarden en -verhoudingen) invloed uitoefent op de gezondheid en het welzijn van de werkende mens. Uiteraard zijn op deze relaties tussen arbeid en gezondheid ook meer persoonsgebonden kenmerken van invloed (belastbaarheid ofwel verwerkingsvermogen).

In het onderzoek wordt ervan uitgegaan dat de kwaliteit van de arbeid door een aantal achterliggende factoren wordt beïnvloed: de *autonome achtergrondfactoren* produktietechnologie (automatisering, robotisering, telework), economie (financieel-economische positie van bedrijven), demografie ('ontgroening' en 'vergrijzing' van de Nederlandse bevolking), arbeidsmarkt (werkloosheid, meer vrouwen op de arbeidsmarkt, vervroegde uittreding van ouderen, etc.) en so-

ciaal-culturele factoren (arbeidsethos, emancipatie, waarde van gezondheid en vrije tijd) en de *beleidsfactoren* overheidsbeleid (sociaal beleid, arbeidsomstandighedenwet, etc.) en beleid van werkgevers en werknemers (onder andere op het gebied van humanisering van de arbeid).

Verder wordt in het onderzoek de behoefte aan, respectievelijk de vraag naar, zorgverlening (zowel preventief als curatief) als gevolg van gezondheid en welzijn bekeken.

Op basis van het bovenstaande zijn de volgende vier doelstellingen centraal gesteld in de scenariostudie 'Arbeid en gezondheid':

- Het zoveel mogelijk in kaart brengen van factoren in de arbeidssituatie die de gezondheid en het welzijn positief dan wel negatief beïnvloeden; het aangeven van het vóórkomen van deze factoren in de beroepsbevolking, alsmede de veranderingen in het vóórkomen ervan tot aan het jaar 2000 (eventueel 2010).
- Het zoveel mogelijk in kaart brengen van groepen werkenden die uit oogpunt van gezondheid en welzijn meer of minder risico lopen; het aangeven van de omvang van deze groepen en van veranderingen daarin tot aan het jaar 2000 (eventueel 2010).
- Het maken van toekomstverkenningen over het vóórkomen respectievelijk de omvang van relevante factoren in de arbeid en groepen werkenden en de daaruit voortvloeiende gezondheidseffecten onder invloed van autonome ontwikkelingen.
- Het maken van toekomstverkenningen over het vóórkomen respectievelijk de omvang van relevante factoren in de arbeid en groepen werkenden en de daaruit voortvloeiende gezondheidseffecten onder invloed van beleidsontwikkelingen.

WERKWIJZE

De werkwijze van deze studie volgt globaal de op dit moment gangbare scenariomethode. In het eerste onderzoekjaar (1988) wordt een *basis-analyse* geschreven, met daarin de ontwikkelingen op het gebied van arbeid en gezondheid van de laatste decennia op basis van relevant cijfermateriaal. Tevens wordt een rekenmodel ontwikkeld waarin de centrale variabelen 'arbeidsfactoren', 'belastbaarheid' (of beter 'verwerkingsvermogen') en 'gezondheid en welzijn' en hun interacties worden weergegeven.

Vervolgens wordt in het tweede jaar

(1989) een *Delphi-studie* verricht. Door middel van een vragenlijst-onderzoek onder onderwerpgebonden deskundige panels met terugkoppeling van informatie en discussie willen we trachten inzicht te krijgen in de toekomstige ontwikkeling op het gebied van arbeid en gezondheid. Tenslotte wordt in de laatste fase van het onderzoek de informatie, verkregen uit de basis-analyse en de Delphi-studie, ingebracht in het *lekenmodel*. Er zal een aantal alternatieve scenario's (waarschijnlijk een referentiescenario en enkele autonome en beleidsscenario's) worden opgesteld. Op basis van een aantal aannames op het gebied van autonome en beleidsontwikkelingen zullen vooruitberekeningen worden gemaakt met betrekking tot arbeidsfactoren, groepen werkenden en gezondheid en welzijn tot aan het jaar 2000 (eventueel 2010). Tevens zal de zorgverlening in deze fase van het onderzoek ruime aandacht krijgen.

De uiteindelijk ontworpen scenario's hebben tot doel de publieke en maatschappelijke discussie over de toekomst van arbeid en gezondheid te stimuleren en beleidsvoornemens van met name de overheid, werkgevers en werknemers beter te onderbouwen.

Medio 1990 kan het eindrapport worden verwacht. □

Literatuur

1. Meijer FL en Wellens HJJ. Scenario's over hart- en vaatziekten 1985-2010. Medisch Contact 1987; 42: 17-4.
2. Dunning AJ et al. Scenario-onderzoek: mogelijke toekomst. Medisch Contact 1987; 42: 74-6.
3. Schreuder RF. Scenario's op het terrein van de volksgezondheid. Medisch Contact 1987; 42: 76-7.
4. Cleton FJ, Stuyt LBJ en Schaapveld K. Kanker in Nederland 1985-2000. Medisch Contact 1987; 42: 1162-4.
5. Davide W, Water HPA van de, Vaandrager GJ. Selectie van chronische ziekten voor scenario-onderzoek. Medisch Contact 1988; 43: 493-4.
6. Beeck EF van, Mackenbach JP. Ongevallen in het jaar 2000. Hoofdlijnen van het scenario-onderzoek 'Ongevallen en Traumatologie'. Medisch Contact 1988; 43: 279-83.
7. Smulders PGW, Ekkers CL en Winter CR de. Scenario-project arbeid en gezondheid: uitvoerbaarheidsstudie. Leiden, NIPG/TNO, 1987.

Terminale zorg

Facetten van stervenshulp in het verpleeghuis

De begrippen 'terminale zorg', 'stervensbegeleiding', 'stervenshulp', 'terminal care', 'counseling of the dying' en zelfs 'management of dying' worden in de literatuur en in het spraakgebruik door elkaar gebruikt^{1,2}. Hilhorst constateert naar aanleiding van een onderzoek in twee verpleeghuizen¹, dat stervensbegeleiding een vaag begrip is, en Jager schrijft³: de uitdrukking begeleiding suggereert dat er mensen zijn die de weg weten.

Stervenshulp is hulpverlening in de stervensfase. De stervensfase begint – ik volg hierbij de omschrijving van Spreeuwenberg⁴ – op het moment dat het sterven als werkelijkheid binnen het gezichtsveld van de patiënt gaat komen. Ik zou daaraan willen toevoegen: of binnen het gezichtsveld van de naaste omgeving van de patiënt. Veel verpleeghuispatiënten, in het bijzonder in de psychogeriatrische afdelingen, hebben zulke belangrijke communicatiebeperkingen dat we niet weten of het sterven nog wel binnen hun gezichtsveld kan komen.

Medische stervenshulp is stervenshulp vanuit de medische professie. Het vraagt specifieke vaardigheden en deskundigheden, maar het is geen vorm van medisch-specialistische hulpverlening.

Terminale zorg is een breder begrip. Het is de zorg om de patiënt die een ziekte heeft waarvan de prognose infaust is. Dat kan bijvoorbeeld een palliatieve operatie zijn, het verplegen in een antidecubitusbed of het regelen van een aantal maatschappelijk relevante zaken. Terminale zorg kan heel goed hulp tot leven zijn, in de zin van pogingen tot verlenging van het leven of het verbeteren van de levenskwaliteit.

Terminale zorg en stervenshulp behoren ook tot de functies van het verpleeghuis. Het door mij bedoelde onderscheid in terminale zorg en stervenshulp wordt ook wel aangeduid als lang-terminale zorg en kort-terminale zorg⁵. Het gaat in dit artikel om het laatste. Ik volg daarbij eerst de onderwerpen van de voorafgaande artikelen in deze serie.

A. Hoogerwerf

1. VOORLICHTING

Voorlichting vereist communicatiemogelijkheden. Bij veel verpleeghuispatiënten zijn die communicatiemogelijkheden beperkt, in het bijzonder bij dementiële syndromen, waaraan bijna de helft van alle verpleeghuispatiënten lijdt. Als tegenwicht tegen angstgevoelens is de aanwezigheid van vertrouwde personen dan ook belangrijker dan voorlichting. Informatie over te verrichten handelingen (een injectie, het draaien in bed of het wassen en dergelijke) blijft juist ook in deze situatie geboden om schrikreacties te voorkomen. Bij comateuze patiënten, een niet geringe groep van de verpleeghuispatiënten in de stervensfase, kan men vanzelfsprekend niet meer van informatie spreken; belangrijk is dan de voorlichting aan de familie.

In de verpleeghuissituatie is het in het algemeen van groot belang dat patiënt en familie op dezelfde wijze zijn geïnformeerd. Het in de gang nog even fluisterend napraten met de dokter kan de patiënt in een isolement brengen. Soms onderschatten patiënt en familie elkaars incasseringsvermogen en tracht men elkaar te beschermen.

Anderzijds zijn er ook patiënten die niet in staat zijn hun naderende einde onder ogen te zien, die althans niet in staat zijn daarover te spreken. Ik ben van mening dat men hen daartoe ook niet mag dwingen. Het geven van voorlichting kan angstverminderend werken, maar er is een grens aan het geven van informatie. Te veel informatie kan ook juist angstverhogend werken. Het is de patiënt die deze grens bepaalt, door te vragen of niet te vragen. Voor de arts is het steeds een voorzichtig aftasten wat de patiënt eigenlijk wil weten. Angst bij de patiënt voor herhaling van het slechte nieuws kan de communicatie tussen arts en patiënt verstoren.

Wel mag de patiënt van de hulpverlener verwachten dat deze in staat is over het

sterven te spreken. Op zijn minst zal de onervaren hulpverlener moeten kunnen verwijzen naar anderen en er ook zorg voor moeten dragen dat er over kan worden gesproken. Van elke arts mag worden verwacht dat het geven van voorlichting behoort tot zijn basisvaardigheden.

In de verpleeghuissituatie, waarin een aantal mensen rond het ziekbed loopt, zal de patiënt zelf kiezen met wie hij een vertrouwensrelatie aangaat. Dat hoeft niet altijd de arts te zijn. De verpleeghuisarts hoeft zich daardoor niet gepasseerd te voelen. Wel heeft hij naar mijn mening de taak met zijn deskundigheid en kennis de vertrouwenspersoon op de hoogte te houden, zodat deze de patiënt ook goede informatie kan geven. En de vertrouwenspersoon moet zich ook op de hoogte houden van veranderingen in de situatie.

Als de arts degene is die het slecht-nieuwsgesprek met de patiënt heeft gevoerd, is het nuttig de verpleegkundige of verzorgende daarvan op de hoogte te stellen, bij voorkeur in aanwezigheid van de patiënt, zodat deze ook weet wie er op de hoogte is.

Informatie over euthanasie en coma komt in de paragrafen 6 en 7 nog aan de orde.

2. HOUDING ARTS

Wie wat langer in een verpleeghuis werkt, ervaart dat de arts niet alle problemen kan oplossen. Sterker nog: de oplossing van het ene probleem roept vaak een nieuw probleem op. Dit betekent wel dat je leert en ook accepteert dat er grenzen zijn. Wanneer je die grenzen kent, is daarover met anderen, patiënten en familie, te spreken. Je hoeft dan ook niet het gevoel te krijgen dat een gynaecoloog onlangs uitsprak in een interview: 'Bij ongeneeslijke kankerpatiënten heb je natuurlijk altijd een gevoel van falen'⁶.

Verpleeghuisgeneeskunst is de kunst van het afwegen van wat wel en wat niet zinvol is. Primair is de patiënt bij die afweging betrokken. Met veel verpleeghuispatiënten is dit overleg niet mogelijk.

De verpleeghuisarts kan daarbij voor een moeilijk dilemma komen te staan. Ik denk aan een 85-jarige demente man met een in de buik palpabele tumor, aan een oude demente vrouw met vaginaal bloedverlies die gynaecologisch onderzoek niet toelaat, of bijvoorbeeld aan de keuze tussen een mutilerende ingreep of een mutilerend proces ongeremd laten voortwoekeren tot de dood erop volgt. De verpleeghuisarts zal dan overleggen met andere medewerkers en de familie, maar de eindverantwoordelijkheid voor het medisch handelen berust bij de arts. Dat vraagt om inzicht in het eigen besluitvormingsproces.

Het is duidelijk dat het functioneren van de arts niet los kan staan van zijn persoon. Het gaat daarbij niet meer om objectieve waarde vrije beslissingen, maar om beslissingen op subjectieve gronden, waarbij kennis en ervaring natuurlijk wel een rol spelen. Slechts wanneer de patiënt daarin is geïnteresseerd en daar blij van geeft, is het naar mijn mening gewenst openheid te betrachten over de eigen houding van de arts ten opzichte van belangrijke levensvragen. De arts overschrijdt daarmee de grenzen van zijn vakbekwaamheid en komt dan in een persoonlijke relatie met zijn patiënten. De witte jas is dan al uitgetrokken en de stethoscoop terzijde gelegd. Nabijheid en distantie worden dan door de patiënt gekozen. Het uiten van negatieve gevoelens kan een vraag om meer nabijheid zijn. Wie dan in de verdediging schiet, verhoogt de distantie. Misschien zou je kunnen zeggen dat juist in de stervensfase de nabijheid hanteerbaar is, omdat die fase wordt gekenmerkt door afzienbare eindigheid. Ook voor de arts zijn er grenzen aan het aantal intensieve processen die hij tegelijkertijd kan meemaken. Het kan ook voorkomen dat de verpleeghuisarts een omschakeling moet maken in zijn attitude. In de periode voorafgaande aan de stervensfase zal de houding van de arts primair worden bepaald door gerichtheid op verbetering van de kwaliteit van het leven. In de stervensfase zal het accent vooral liggen op de hulp bij het sterven. Het gaat om het wegnemen van blokkades die het menswaardig sterven in de weg staan⁴. Die omschakeling behoeft niet negatief te worden beoordeeld. Juist een positieve grondhouding van de verpleeghuisarts in de vroegere fase van het ziek-zijn kan de patiënt het vertrouwen geven dat deze arts hem ook in de laatste fase van zijn leven niet in de steek zal laten. Stervenshulp is dan ook een voortzetting van de levenshulp.

3. LICHAMELIJKE HULP

Zonder het stervensproces te willen medicaliseren of te somatiseren is het duidelijk dat er ook specifiek medische kanten aan zitten. Een hoge leeftijd (55% van de verpleeghuispatiënten is 80 jaar of ouder) en dementie (ongeveer de helft van de verpleeghuispatiënten) vormen daarbij bijzondere problemen. Dit betekent dat klachten van de patiënt als pijn, jeuk, misselijkheid, een ongemakkelijke houding, grote vermoeidheid of dorst, niet altijd adequaat worden aangegeven en wellicht daardoor vaak worden onderbehandeld. Het vereist bijzondere vaardigheden en ervaring om de non-verbale uitingen van klachten waar te nemen. Sommige objectieve symptomen, zoals braken, benauwdheid, transpireren en incontinentie, zijn vaak alleen maar symptomatisch te behandelen. Andere, zoals neurologische uitval, decubitus en contracturen, zijn soms irreversibel. In decubituspreventie dient het verpleeghuis te zijn gespecialiseerd. Decubitusbehandeling in de stervensfase krijgt een andere doelstelling. Die is niet meer gericht op genezing, maar op palliatie en het comfort van de patiënt⁷.

Over stomazorg mag in elk verpleeghuis voldoende kennis worden verondersteld. Diëtiste en fysiotherapeut kunnen in de stervensfase belangrijke ondersteuning geven. Soms kan over de beste houding in bed of stoel waardevol advies worden gegeven door de ergotherapeut. Niet altijd krijgt dit de nodige aandacht. Het is een misverstand dat iemand in de stervensfase altijd in bed moet liggen. Ook slapeloosheid in de nacht kan voor een patiënt in de stervensfase zeer hinderlijk zijn. Zij die 's nachts waken bij een stervende doen er goed aan zich dat te realiseren. Soms is het nodig de slaap medicamenteus te ondersteunen. Hetzelfde geldt voor symptomen van angst of depressie.

Het lichaam van de stervende is per definitie in een slechte conditie. De omstandigheden kunnen zich daardoor snel wijzigen, soms binnen enkele uren. Voor een heel weekend medicamenten afspreken in deze fase, zonder tussentijdse controle eventueel door een waarnemer, moet mijns inziens als een kunstfout worden aangemerkt.

4. SAMENWERKING

In het voorafgaande is de samenwerking binnen het verpleeghuis al even genoemd. Het is goed daarbij te bedenken

dat de hulpverlening van de één gevolgen kan hebben voor die van de ander. Naar mijn mening is het de taak van de arts in het verpleeghuis om de stervenshulp te coördineren. Soms zal het verpleegkundig afdelingshoofd dit doen. Duidelijke afspraken hierover zijn wel nodig, omdat misverstanden of wrijvingen hierover zeker in deze fase niet gewenst zijn. Maar ook al coördineert de arts, een goede samenwerking met de verpleging is een voorwaarde. De verpleging observeert, verneemt klachten en taxeert verandering. Op die informatie is de arts aangewezen. In die zin speelt de verpleging een sleutelrol bij de stervenshulp in het verpleeghuis. Juist in de stervensfase hebben arts en verpleging elkaar nodig. De nabijheid van de verpleging en wat meer distantie van de arts kunnen elkaar waardevol aanvullen, zeker als de stervensfase lang duurt. Ik heb ervaren dat veel verpleegkundigen en ziekenverzorgenden in de verpleeghuizen veel belangstelling hebben voor stervenshulp, en ook zeer bereid zijn tot zorg en aandacht te geven; dat blijkt ook duidelijk uit de literatuur^{1 8}.

5. FAMILIE PATIËNT

We willen het begrip 'familie' hier ruim opvatten. We rekenen er gemakshalve ook andere samenlevingspartners en intieme vrienden toe.

Het is niet uitgesloten dat in de toekomst meer mensen thuis zullen willen sterven. Ik denk dat een bezinning daarop goed is, maar ik ben ook van mening dat thuis sterven niet moet worden geïdealiseerd. Elders zijn de voorwaarden voor goede thuiszorg beschreven⁹. Essentieel is daarbij de continue beschikbaarheid van familie en/of vrijwilligers. Wanneer om wat voor reden ook deze continuïteit wordt onderbroken, zal opname in een verpleeghuis nodig kunnen zijn. Het behoort tot de functies van het verpleeghuis deze crisisopvang te realiseren. In de praktijk blijkt één extra crisisbed op circa honderd verpleeghuisbedden in deze behoefte te kunnen voorzien. Ook blijkt dat het de thuiszorgers geweldig kan helpen als men weet dat er zo'n mogelijkheid achter de hand is. Voor de stervende en voor de familie is acute opname in deze fase overigens een grote ingreep, die met allerlei gevoelens van: 'ze willen me kwijt' of met schuldgevoelens gepaard kan gaan. Het kan gebeuren dat die gevoelens op medewerkers van het verpleeghuis worden geprojecteerd; het is goed daarop voorbereid te zijn.

De familie is van groot belang voor de patiënt. Familieleden kunnen door hun aanwezigheid iets wegnemen van het gevoel van ontheemd zijn, dat opname in het verpleeghuis nu eenmaal meebrengt. Bezoektijden behoren niet te worden gehanteerd; sterker nog, de familie dient te worden uitgenodigd om bij de stervende in de buurt te zijn. Een éénpersoons kamer voor de patiënt en een kamer waarin de familie zich kan terugtrekken en waarin ze kan overnachten, zijn daarbij voorwaarden.

De verhouding tussen patiënt en familie en de onderlinge verhoudingen in de familie verdienen bijzondere aandacht van de hulpverleners. Moeilijke verhoudingen kunnen in deze periode van het naderend einde onder grote spanning komen te staan. Soms ontmoeten familieleden na een jarenlange scheiding elkaar weer voor het eerst in het verpleeghuis. Begeleiding door maatschappelijk werker, pastor of psycholoog kan dan verhelpend werken. Natuurlijk kunnen ook binnen de familie in deze situatie krachten ontstaan die oplossend werkzaam zijn. Maar ook als er geen gespannen verhoudingen zijn, is het van belang open te staan voor vragen van de familie. Het verpleegkundig afdelingshoofd lijkt hiervoor de aangewezen persoon. Ondanks wisseling van diensten moet het voor de familie duidelijk zijn bij wie zij vragen kwijt kan.

In het verpleeghuis kunnen medepatiënten soms bijna tot de familie worden gerekend. Zij zijn vaak sterk betrokken bij het sterven van anderen. Het is goed daaraan aandacht te besteden.

6. VRAAG OM EUTHANASIE

Het is niet eenvoudig over een zo ingewikkeld onderwerp als de vraag om euthanasie in het verpleeghuis in enkele regels iets zinvols te zeggen. Om misverstanden te voorkomen: ik bedoel hier met euthanasie het opzettelijk levensverkortend handelen of nalaten van handelen door een ander dan de betrokkene op diens verzoek¹⁰. Dat verzoek moet expliciet en vrijwillig door betrokkene worden gedaan. Voor zeker de helft van de verpleeghuispatiënten is het in de stervensfase al niet meer mogelijk dat verzoek te formuleren. Vroeger geformuleerde wilsuitingen, zogeheten levenstestament, zijn bij slechts enkele verpleeghuispatiënten aanwezig. Dit kan in sommige situaties een hulp zijn bij het nemen van beslissingen, maar nooit een opdracht tot handelen.

Het nalaten van handelen *op verzoek* van de betrokkene behoort volgens de bovengenoemde definitie ook tot de euthanasie. Wanneer de dood dan volgt, is dit echter door een natuurlijke oorzaak, die als zodanig ook op de overlijdensverklaring kan worden ingevuld.

De gemotiveerde reële vraag van de patiënt om euthanasie komt naar mijn ervaring thans ongeveer 1× per twee jaar in een somatisch verpleeghuis aan de orde. Dat zou voor Nederland betekenen circa 100× per jaar. Ook Oostvogel komt in het onderzoek te Rotterdam tot een dergelijk getal¹¹; hij meldt dat in 6 gevallen op 500 stervenden werd gepersisterd bij het verlangen naar euthanasie, welke hulp ook (elders) werd verleend. Bij deze getallen zijn niet inbegrepen door patiënten geuite wensen in de zin van: 'Voor mij hoeft het niet meer', of: 'Ik wou dat ik maar dood was'. Deze uitingen vragen wel serieuze aandacht en begeleiding, maar leiden toch bij zorgvuldige adequate stervenshulp slechts bij uitzondering tot het concrete duurzame verlangen naar actieve levensbeëindiging.

Als de vraag wel blijft bestaan en er wordt voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen die elders uitvoerig zijn beschreven¹², dan komt de vraag of de arts er ook toe bereid is. Het is hier niet de plaats om alle overwegingen bij en bezwaren tegen euthanasie te bespreken. Ik constateer dat er ook onder verpleeghuisartsen mensen zijn die – met alle vereiste zorgvuldigheid – daartoe wel willen overgaan en verpleeghuisartsen die daar absolute principiële bezwaren tegen hebben. Beide standpunten kunnen in één verpleeghuis voorkomen.

Persoonlijk ben ik van mening, dat, indien de situatie blijvend ondraaglijk is (zie zorgvuldigheidseisen), ook de verpleeghuisarts die principiële bezwaren heeft, de patiënt in contact dient te brengen met een arts die de euthanasie niet absoluut afwijst (echte voorstanders van euthanasie ken ik bij vakgenoten niet). Dat kan een andere verpleeghuisarts zijn, een ziekenhuisspecialist of de huisarts. Deze andere arts zal dan zorgvuldig het euthanasieprotocol dienen te volgen. Overplaatsing van de patiënt kan dan in de huidige situatie wel eens nodig zijn, hoewel ik het niet wenselijk vind en in de praktijk ook niet heb meegemaakt. De arts die de zorg overneemt is niet iemand die 'de klus wel even klaart'; slechts zij die ooit tot euthanasie overgingen, weten hoe diep ingrijpend deze handeling is.

Het is goed de euthanasievraag met een

kleine groep andere medewerkers binnen het verpleeghuis te bespreken, uiteraard met toestemming van de patiënt. Dit kan de situatie wel complexer maken dan zij al is, maar het lijkt me toch noodzakelijk te zijn en te behoren tot de zorgvuldigheid, speciaal binnen het verpleeghuis.

De arts houdt daarbij alle verantwoordelijkheid en zal de handelingen zelf moeten uitvoeren. Nooit zal het aan een verpleegkundige mogen worden opgedragen een levensbeëindigende injectie te geven en nooit zullen anderen de opdracht mogen krijgen daarbij aanwezig te zijn of op enigerlei wijze hun medewerking te verlenen. Dit zal slechts op basis van vrijwilligheid kunnen plaatsvinden. Over de medisch-technische aspecten van de uitvoering is elders geschreven¹³.

Van belang is dat het verpleeghuis als instelling een beleid op dit gebied heeft geformuleerd. Over dat beleid dient informatie te worden gegeven aan degenen die daarnaar vragen. Het kan een rol spelen bij de keuze die een patiënt voor de opname maakt. Ook is het van belang voor het personeel.

Op één aspect wil ik nog wijzen: het contact met de Officier van Justitie. Contact vooraf is gewenst, al was het alleen maar om de zorgvuldigheidseisen nog eens door te nemen. Bovendien blijkt dat er goede afspraken te maken zijn over de wijze waarop na afloop proces-verbaal wordt opgemaakt. Loeiende sirenes bij en geüniformeerde politieagenten in het verpleeghuis kunnen meestal worden vermeden. Wellicht ten overvloede zij vermeld dat een Officier van Justitie nooit van tevoren toestemming kan en mag geven. Eerst achteraf zal zorgvuldig uitgevoerde euthanasie kunnen worden geseponneerd. Dat de beslissing daarover wel anderhalf jaar op zich kan laten wachten, is niet bevorderlijk voor de openheid op dit gebied. Dat geeft een gevoel van onzekerheid over eventuele maatschappelijke gevolgen.

7. ANDERE FACETTEN

a. In het voorgaande werd al aangeduid dat euthanasie in verpleeghuizen tot de zeldzame verrichtingen behoort. Vaker doet zich in het verpleeghuis de situatie voor dat wordt besloten tot het staken van een in medisch opzicht zinloze behandeling. Dat is geen euthanasie. De reden van het niet meer behandelen is dan dat behandelen niets meer kan ver-

beteren aan de situatie van de patiënt.

b. Regelmatig wordt in het verpleeghuis overgegaan tot verlichting van het lijden met als onbedoeld nevengevolg dat de dood eerder intreedt. Daartoe is de toestemming van de patiënt nodig of mag die worden verondersteld als de patiënt niet meer in staat is daarover te spreken. Ook deze handelwijze behoort niet tot de euthanasie.

c. *Coma*. Tot de grootste problemen in het verpleeghuis behoort de zorg voor de chronisch comateuze patiënt: het coma vigil of het permanent vegetatieve bestaan. Wat ook de primaire oorzaak moge zijn: acuut zuurstoftekort van de hersenen (verdrinking, hartstilstand), direct hersenletsel (verkeersslachtoffers) of een ernstige hersenziekte (tumor, bloeding), in al deze gevallen van chronisch coma zal de neocortex ernstig en onherstelbaar zijn beschadigd. Alle reacties bij deze patiënten berusten op reflexen van de hersenstam.

Bij het gewone stervensproces verliest eerst de hersenschors zijn functie (coma) en daarna de hersenstam. Omdat in dit laatste ook het ademhalingscentrum is gelegen, stopt daarna de ademhaling.

De problemen bij chronisch onherstelbaar coma liggen primair niet op het gebied van de stervenshulp. De belangrijkste beslissingen zijn al elders genomen; het verpleeghuis mag 'het werk afmaken'. Bij jongeren kan, bij intensieve verpleging en kunstmatige voeding deze situatie wel tien tot twintig jaar blijven bestaan. Over het omgaan met coma is een voortreffelijke handreiking voor de praktijk verschenen¹⁴.

Stervenshulp bij patiënten met chronisch coma wordt actueel als er zich complicaties voordoen of als er een verzoek komt tot beëindiging van het coma.

De chronisch comateuze patiënt is niet in staat zijn wil kenbaar te maken, er kan dus geen sprake zijn van het toepassen van euthanasie. Ook voor de patiënt die in een acuut coma in een ziekenhuis wordt binnengebracht, geldt dat hij zijn wil niet kenbaar kan maken. Toch zal men dan gaan behandelen op basis van de veronderstelde toestemming. Dat is ook reëel en mijns inziens een morele plicht. Het probleem ontstaat pas als het coma onherstelbaar blijkt, bijvoorbeeld na een jaar. Luisterend naar hoe men daarover in onze samenleving denkt, mag men bij onherstelbaar coma die veronderstelde wil tot behandeling nauwelijks meer aannemen. Eerder moet men veronderstellen dat de wil om op deze wijze en zo lang

te blijven voortbestaan bij de meeste mensen niet aanwezig is. Men kan zich zelfs de vraag stellen of het dan nog verantwoord is op basis van de veronderstelde toestemming te behandelen. Wel heeft de patiënt met onherstelbaar coma recht op zorg, maar een zorg die passend is bij het bestaansminimum. Deze zorg is niet gericht op verbetering, maar op het handhaven van de menselijke waardigheid. Die zorgverlening moet een menswaardige situatie trachten te voorkomen. Maar er zijn situaties waarin die niet meer is te voorkomen. Als een onwaardige toestand dreigt te ontstaan kan de arts in een noodsituatie komen te verkeren waarin levensbeëindigend handelen de enige uitweg uit de nood zou kunnen zijn. Voor de uitvoering daarvan behoeft de bestaande wetgeving niet te worden gewijzigd; wel zal bij een beroep op die noodsituatie de grootst mogelijke zorgvuldigheid in acht moeten worden genomen.

Het is van belang dat het verpleeghuis ook op dit gebied een beleid heeft geformuleerd en dat daarover informatie kan worden gegeven. De familie heeft daarbij recht op eenduidige en duidelijke informatie over de situatie van de patiënt en over de (on)mogelijkheden van het verpleeghuis.

d. Tenslotte wil ik wijzen op nog een ander aspect van het sterven in het verpleeghuis: het betreft merendeels hoogbejaarden. De populatie van de verpleeghuizen is niet te vergelijken met die van een huisartspraktijk. In een somatisch verpleeghuis is slechts 20% van de patiënten jonger dan 70 jaar; van de psychogeriatrische verpleeghuispatiënten is slechts 10% jonger dan 70 jaar¹⁵. Het aandeel van kanker in de lijst van doodsoorzaken neemt met het stijgen van de leeftijd af. Dientengevolge zal in het verpleeghuis een lager percentage patiënten aan kanker overlijden dan in de huisartspraktijk. Aan de andere kant kunnen jongere mensen met kanker in de laatste periode zoveel hulp nodig hebben dat opname in een verpleeghuis noodzakelijk is.

Er is een groep zeer hoogbejaarden die sterft zonder ernstige ziekte. Je zou het bijna fysiologisch sterven kunnen noemen. Als een nachtkars die uitgaat. Men moet er daarbij op verdacht zijn dat de stervensfase dan soms wel weken kan duren. Er is een tendens in onze samenleving om het leven van hoogbejaarden ook wel 'genoeg' te vinden. Het is de vraag of zij dat zelf ook vinden. Toen ik onlangs bij een 95-jarige licht demente

dame kwam met hoge koorts, was haar eerste vraag: 'Dokter, u maakt me toch wel beter?' Verwoordde zij wat anderen niet kunnen zeggen?

Misschien is het juist wel de tragiek van het sterven op hoge leeftijd dat anderen het niet zo erg meer vinden. Misschien praten we onszelf het hele leven aan dat sterven op hoge leeftijd niet zo erg is, zo zelfs dat we het, op hoge leeftijd gekomen, zelf gaan geloven. Het gevaar is niet denkbeeldig dat artsen en andere medewerkers van het verpleeghuis dat ook gaan geloven. 'Abstineren' wordt dan een modewoord, dat in onze zorgzame samenleving nog een wrange bijmaak krijgt: het is nog goedkoop ook. Meer dan ooit hebben mensen in de stervensfase het recht daaraan zoveel mogelijk een eigen vorm te geven. Een ieder sterft zijn eigen dood¹⁶. Juist binnen de mogelijkheden die het verpleeghuis heeft, moet dit haalbaar zijn. Door de ontwikkeling van de verpleeghuizen is hier in Nederland naar mijn mening dan ook geen noodzaak voor aparte 'besluit-huizen' ('hospices' of 'dying hospitals'). Verpleeghuizen moeten dan wel aan een aantal eisen, zoals hierboven beschreven, voldoen. Ook een aparte terminale afdeling in het verpleeghuis is niet noodzakelijk. Denkbaar is wel dat de verpleeghuizen een ondersteunende functie krijgen bij de stervenshulp thuis of in het bejaardenhuis.

8. STELLINGEN

Op grond van hetgeen hiervoor is geschreven kom ik tot de volgende stellingen:

1. Bij de opleiding van (verpleeghuis-) artsen dient aan de stervenshulp goede aandacht te worden geschonken, met name aan de medische aspecten van de stervensfase en aan een aantal basisvaardigheden in de omgangskunde.
2. Sterven thuis dient niet te worden geïdealiseerd. Voor sommige mensen is het verpleeghuis de geëigende plaats om te sterven.
3. Met veel verpleeghuispatiënten is een gesprek in de stervensfase niet meer mogelijk. Een vertrouwensrelatie tussen patiënt en familie is dan van grote waarde.
4. Stervenshulp in het verpleeghuis is altijd multidisciplinair van aard. De hulpverlening van de één kan gevolgen hebben voor die van de ander. Het beleid dient in het team te worden besproken en eenduidig naar buiten te worden gebracht.
5. In de stervensfase van de patiënt heeft

het verpleeghuis ook een taak ten opzichte van de familie.

6. Crisisopvang – ook in de stervensfase – is een functie van verpleeghuizen.

7. De vraag naar levensbeëindiging is primair een vraag naar zorgvuldige adequate stervenshulp. Wanneer in laatste instantie een weloverwogen verzoek om euthanasie blijft bestaan, zal het standpunt van de arts van doorslaggevende betekenis zijn. Indien deze niet tot euthanasie kan overgaan, heeft de patiënt, gezien zijn afhankelijke situatie, het recht naar een andere arts c.q. een ander verpleeghuis te worden verwezen.

8. Patiënten met irreversibel coma hebben recht op zorg in het verpleeghuis. Het principe van de veronderstelde toestemming voor behandeling dient bij de vraag om beëindiging van het coma te worden heroverwogen.

9. Als verpleeghuizen de mogelijkheden tot 'geëigend sterven' kunnen realiseren maakt dit het aparte bestaan van afzonderlijke 'besluthuizen' in ons land overbodig. □

Literatuur

1. Hilhorst HWA. Het begeleide sterven – medemenselijkheid tot op de grens. Tijdschrift voor Ziekenverpleging 1982 nr 25, 817-21.
2. Leering C. Euthanasie in het verpleeghuis: de problematiek rondom het sterven. In: Muntendam P (red). Euthanasie. Leiden, 1977, 229-54.
3. Jager O. Begeleiding van stervenden is tegenstrijdig. Trouw 1 november 1983.
4. Spreuwerberg C. Terminale zorg I. The Practitioner 1985; 3: 273-83.
5. Bruning H. Omgaan met sterven. Deel II. Leiden: Zorn, 1986, 55.
6. Holm JP. Interview Haagse Courant 23 januari 1988.
7. Michels JJM. Terminale patiënten. Verslag consensusbijeenkomst behandeling decubitus. Utrecht, 1986, 96.
8. Logtenberg HJ. De grote dood en de kleine dood. Tijdschrift voor Ziekenverpleging 1988 nr 5, 142.
9. Gennip-Horsten T van, Schnabel P. Thuis sterven: een onvervulbare laatste wens? Utrecht: Nationaal centrum Geestelijke volksgezondheid, 1980.
10. Leenen HJJ. Euthanasie in het gezondheidsrecht. In: Muntendam P (red). Euthanasie. Leiden, 1977.
11. Oostvogel F, geciteerd bij Lampe CFJ. Hulpverlening nog onvoldoende gericht op terminale patiënt. Het Ziekenhuis 1985 nr 14, 502.
12. KNMG. Standpunt inzake euthanasie. Medisch Contact 1984; 39: 990-8.
13. Admiraal PV. Verantwoorde euthanasie. Handleiding

voor artsen. Amsterdam: Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie.

14. Nationale Ziekenhuisraad, sectie Verpleeghuizen. Omgaan met coma. Een handreiking voor de praktijk. Mei 1988.

15. Nationaal Ziekenhuisinstituut. De intramurale gezondheidszorg in cijfers. Utrecht: NZI, 1988.

16. Es JC van. Ieder sterft zijn eigen dood. Utrecht: Oosthoek, 1973.

A. Hoogerwerf is geneesheer-directeur van het Verpleeghuis Zutphen.

Zorg dragen voor een rustig sterven is niet synoniem met actieve levensbeëindiging

1. Het rapport wekt de indruk dat de commissie is uitgegaan van het vaste gegeven dat bij neonati levensbeëindigend handelen plaatsvindt en dat zij (moeizaam) zoekt naar een objectieve verantwoording en regelgeving hiervan. Wanneer deze indruk juist is, dient dit voor alle duidelijkheid ook expliciet te worden gezegd.

2. Voor die patiënten voor wie het behoud van het leven niet haalbaar lijkt, aanvaardt het rapport de actieve levensbeëindiging. De commissie acht het '... geoorloofd de pasgeborene kunstmatig in leven te houden, mits de betrokken behandelend arts bereid is om de behandeling te staken en eventueel tot actieve levensbeëindiging over te gaan indien de uiteindelijke diagnose een infauste prognose heeft' (Samenvatting, blz. 24 nota).

Aanvaarding van deze stelling zal het voor vele artsen moreel onmogelijk maken hun werk uit te oefenen. Onze groep is van mening dat zorg dragen voor een rustig sterven niet synoniem is met actieve levensbeëindiging.

3. De commissie rekent tot de wils-onbekwame patiënten (blz. 697): '... alle categorieën

Prof. Dr. H. van Alphen c.s.

Commentaar op de discussienota 'Levensbeëindigend handelen bij wils-onbekwame patiënten, deel I: 'Zwaar-defecte pasgeborenen', uitgebracht door de KNMG-commissie 'Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen' (MC nr. 22/1988).

patiënten die niet in staat zijn hun wil te vormen of te uiten'. Er wordt niet aangegeven hoe men denkt vast te stellen of iemand zijn wil kan vormen en welke wilsuitingen men als criterium zal aanvaarden.

4. Het criterium 'geen reële overlevingskansen' (blz. 698 en blz. 700) wordt als grotendeels objectieverbaar opgevoerd. Toch blijken bijvoorbeeld voor de groep immatuuren allerlei verschillende criteria en grenswaarden te worden gehanteerd. Dat kan dus leiden tot een sterk divergerend eindoordeel. Bovendien

heeft de commissie niet aangegeven hoelang de geschatte overlevingsduur tenminste moet zijn om als voldoende te worden beoordeeld. Dit criterium is op zijn zachtst gezegd moeilijk hanteerbaar.

5. Het criterium 'onleefbaar leven'. De commissie stelt op blz. 699 dat '... de in dat kader genomen beslissingen zelfs in vergelijkbare gevallen toch nog sterk blijken te kunnen divergeren'. Voor de toekomst stelt de commissie haar hoop op een soort scoretabel waarop de te verwachten handicaps in kaart worden gebracht. Op blz. 701 wordt een opsomming gegeven van mogelijke factoren die scorepunten zouden kunnen opleveren. Criteria als lezen, schrijven, arbeid verrichten horen in deze tabel zeker niet thuis. Dat criteria als zelfstandig kunnen lopen, zelfstandig kunnen wonen, kunnen horen, kunnen zien worden opgevoerd verontrust ons in hoge mate. Leefbaarheid laat zich nauwelijks in maat en getal uitdrukken en zeker niet op basis van de criteria die hier worden opgesomd.

6. Op blz. 701 wordt gesteld: 'Het bepalen van de grenzen, waarbinnen van 'onleefbaar

leven' kan worden gesproken acht de commissie een taak van beroepsgroep en samenleving gezamenlijk.'

De samenleving kan, steunend op de onzekere prognoses van de beroepsgroep, niet voorschrijven hoe een mens er uit zou moeten zien om in leven te mogen blijven.

7. Op blz. 699 en blz. 701-702 wordt de rol van de ouders besproken. Het kan volgens de commissie '... voorkomen dat tot absteren wordt besloten, hoewel de afwijkingen van de pasgeborene strikt medisch gezien niet direct als onleefbaar kunnen worden aangemerkt'. Daarbij vindt de commissie het wenselijk dat een dergelijke beslissing zo snel mogelijk genomen wordt, 'om te voorkomen dat de ouders zich aan het kind gaan hechten'.

De ouders moeten hier dus een zeer vergaande beslissing nemen onder grote stress, zonder dat zij voldoende gelegenheid hebben om de situatie in alle rust te kunnen beoordelen. Bovendien: dat ouders zich aan een kind kunnen gaan hechten, is geen aanvaardbaar motief om een snelle beslissing te forceren over een zo

belangrijk probleem als beëindiging van het leven.

8. Een garantie dat geen strafvervolgning zal plaatsvinden houdt in, dat men bepaalde gevallen van actief levensbeëindigend handelen aan de rechterlijke beoordeling wil onttrekken en dat hiervoor onder voorwaarden een rechtvaardigingsgrond in de wet zou moeten worden opgenomen.

Onze groep is van mening dat voor levensbeëindigend handelen de verantwoordingsplicht moet blijven bestaan.

Het gestelde op blz. 11, regel 6 van de nota dient ons inziens te worden gewijzigd in: 'Wanneer de behandelend arts samen met de familie tot het oordeel komt dat actieve levensbeëindiging als minste van twee kwaden onvermijdbaar is, kan hij naar geldend recht een beroep doen op overmacht. Wetswijziging behoeft daarvoor niet te worden bepleit.'

Wij stellen op hoge prijs dat de commissie dit rapport eerst als discussienota heeft willen voorleggen. Wij vertrouwen er daarom op dat

zij ons commentaar zal beschouwen als een bewijs van onze intense betrokkenheid bij een probleem dat voor de groep ethici, artsen, juristen en voor onze gehele samenleving van zo bijzonder groot belang is. Wij wensen haar veel wijsheid bij haar verdere moeilijke arbeid. □

Prof. Dr. H. van Alphen, neurochirurg;

Prof. Dr. W. van der Grinten, jurist;

Prof. Dr. H. Prenen, internist;

Prof. Dr. D. Scheltens, filosoof;

Drs. J. Stevens, huisarts;

Drs. F. Teeuwen, huisarts;

Prof. Dr. Th. Wagener, oncoloog;

Mgr. Drs. Ph. Bär, bisschop van Rotterdam, heeft deelgenomen aan de discussie.

12 november – Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht: 'Het embryo een mens', studiedag. Inlichtingen: Dr. J. G. Verhoeven, v.d. Duynstraat 8, 3581 JX Utrecht, tel. 030-515005.

12 november – Jaarbeurscongrescentrum te Utrecht: 'Het embryo: een mens', symposium. Inlichtingen: Dr. J. G. Verhoeven, van der Duynstraat 8, 2581 JX Utrecht, tel. 030-515005 en E. Th. L. Droop, Schuurhoven 13, 6721 SM Bennekom, tel. 08389-14555.

12 november – Het Spant te Bussum: Ergofoetalmologiedag. Inlichtingen: Dr. J. J. Vos, Instituut voor Zintuigfysiologie TNO, Kampweg 5, 3769 DE Soesterberg, tel. 03463-6265.

15 november – Stadsschouwburg te Utrecht: 'Leven met kanker', studiebijeenkomst. Inlichtingen: Katholiek Studiecentrum voor Geestelijke Volksgezondheid, Postbus 1562, 6501 BN Nijmegen, tel. 080-442690.

17 november – Congrescentrum de Reehorst te Ede: 'Ethische en maatschappelijke aspecten van de moderne gentechnologie', symposium. Inlichtingen: Dr. Ir. H. Jochemsen, Galvanistraat 7, 6716 AE Ede, tel. 08380-30230.

18 november – Vergadercentrum Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen te Zeist: 'Automatisering in de gezondheidszorg', themamiddag. Inlichtingen: Secretariaat Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg, NIPG/TNO Leiden, tel. 071-178714/22.

18 november – Rijksuniversiteit Utrecht: 'Thuiszorg en kwaliteit', studiedag. Inlichtingen: Mw. L. Boonekamp, Bureau PAOG, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht, tel. 030-331123.

AGENDA

18 november – St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg: 'Het effect van psychologische interventies in de gezondheidszorg'. Inlichtingen: Drs. G. J. Hemmer, Ziekenhuis de Weezenlanden, Groot Weezenland 20, 8011 JW Zwolle, tel. 038-299731.

18 november – Congrescentrum de Reehorst te Ede: 'Verpleegkundigen in de basisgezondheidsdiensten en hun toekomstperspectief'. Inlichtingen: Mw. M. Hanrahan, Het Beterschap, tel. 030-512321 en mw. C. van der Luitgaren, CFO/BVV, tel. 070-514051.

19 november – Katholieke Universiteit te Nijmegen: 'Germanium – toepassing bij degeneratieziekten', internationaal congres. Inlichtingen: Orthomoleculair Instituut, Postbus 420, 3740 AK Baarn, tel. 02154-22549.

18-19 november – Congrescentrum Leeuwenhorst te Noordwijkerhout: 'Medisch informatica congres 88'. Inlichtingen: MIC 88, p/a VVAA, Postbus 8118, 3503 RC Utrecht, tel. 030-454450.

19 november – Zeist: 'Voorlichting in de praktijk', studiedag. Inlichtingen: Stichting O&O, Postbus 1555, 3500 BN Utrecht, tel. 030-332113.

19 november – Vergadercentrum De Eenhoorn te Amersfoort: 'Acute opname in ziekenhuizen' en 'Hulpverlening buiten het ziekenhuis', inleidingen. Inlichtingen: Secre-

tariaat Nederlandse Vereniging van Arts-Docenten in de EHBO, Statenlaan 81, 2582 GE 's Gravenhage, tel. 070-549111.

23 november – Congrescentrum 'Orpheus' te Apeldoorn: 'Zorg op niveau – deskundigheid op peil', congres. Inlichtingen: Nederlands Genootschap ter Bestudering van de Zwakzinnigheid en de Zwakzinnigenzorg (NGBZ), Postbus 415, 3500 AK Utrecht, tel. 030-321131.

23-25 november – Erasmus Universiteit Rotterdam: 'Basiscursus echografie in de gynaecologie en verloskunde'. Inlichtingen: Bureau PAOG, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, Mw. M. E. Schroot, tel. 010-7879/7880.

25 november – Vormingscentrum Oud-Poelgeest te Oegstgeest: 'Toekomst van de vrouwenhulpverlening', conferentie. Inlichtingen: Mw. D. Begemann, Vereniging van Volkshogeschole en vormingscentra, Postbus 36, 3970 AA Driebergen, tel. 03438-16141.

25 november – Sophia Ziekenhuis te Zwolle: 'Met en wegen', symposium. Inlichtingen: Drs. H. J. Poppen of Dr. D. Post, Regionaal Ziekenfonds Zwolle, Zwartewaterlaan 25, 8032 DZ Zwolle, tel. 038-270333.

25 november – Rijksuniversiteit Leiden: 'De meldings-(FONA)commissies in de ziekenhuizen'. Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-275294.

Pleidooi voor een rationeel farmacotherapiebeleid

H2-remmers: wie zit ermee in zijn maag?

Miljoenenbesparing mogelijk

H2-receptorantagonisten remmen de secretie van maagzuur en pepsine. Deze preparaten worden vooral aanbevolen voor kuur- en onderhoudsbehandelingen van peptische ulcera. Tevens worden deze preparaten gebruikt bij de behandeling van peptische refluxoesofagitis.

Kort na de introductie van cimetidine werd dit preparaat alleen op strikte indicatie (radiologisch of gastroscopisch aangetoond ulcus pepticum) gebruikt. In die tijd leken de meerkosten van cimetidine lager te zijn dan de kosten die werden uitgespaard door het geringer aantal ziekenhuisopnamen en operaties. Op dit moment bestaat de indruk dat H2-remmers in toenemende mate ook worden gebruikt voor dyspeptische klachten die niet berusten op peptische ulcera. In dit artikel wordt berekend wat het verwachte gebruik van H2-receptorantagonisten is op basis van incidentie en recidiefkans van de peptische ulcera. Het verwachte gebruik wordt vergeleken met het feitelijk gebruik. Aanbevelingen worden gedaan om het feitelijk gebruik meer in overeenstemming te brengen met het verwachte gebruik.

INDICATIES VOOR H2-REMMERS

Ulcus Pepticum

Een radiologisch of endoscopisch bewezen ulcus pepticum is een goede indicatie voor het geven van H2-remmers^{1,2}. Indien een ulcus binnen een jaar tweemaal recidiveert is er een indicatie voor een onderhoudsbehandeling^{3,4}. De ulcusziekte kan vijf tot tien jaar duren voordat er een definitieve remissie intreedt. Indien na twee jaar onderhoudsbehandeling de therapie wordt gestaakt blijkt de kans op een recidief in het derde jaar viermaal zo hoog te zijn als bij patiënten waar de onderhoudsbehandeling wordt voortgezet (22% versus 6%)⁵. Twee jaar onderhoudsbehandeling lijkt daarom nog te kort. Aanbevolen wordt de onderhoudstherapie drie jaar te continueren

J. A. M. van Adrichem,
J. F. E. van Kessel en
M. M. Tjoeng

Voor kuur- en onderhoudsbehandelingen van peptische ulcera wordt het gebruik van H2-receptorantagonisten aanbevolen. In 1986 kostten deze H2-remmers de Nederlandse samenleving 98 miljoen gulden, afgezien van de afleveringskosten. Is deze uitgave farmacotherapeutisch verantwoord? Een pleidooi voor een rationeel farmacotherapiebeleid van Drs. J. A. M. van Adrichem, adviseur geneeskundige voor de ziekenfondsen Amersfoort e.o. en ANOZ Nijkerk en voor de Zilveren Kruis regiokantoren Amersfoort en Nijkerk, Dr. J. F. E. van Kessel, apotheker te Amersfoort en Drs. M. M. Tjoeng, ziekenhuisapotheker van het St. Elisabeth Ziekenhuis te Amersfoort.

alvorens deze op proef wordt gestaakt⁶. Bij het ulcus ventriculi moet men bedacht zijn op maskering van een maligniteit. Dit moge een waarschuwing zijn om niet louter op anamnestiche gronden te behandelen met H2-remmers. Het effect van H2-remmers wordt sterk verminderd door roken^{3,5,7}; de recidiefkans is bijna tweemaal zo hoog bij rokers als bij niet-rokers. Daarnaast is het van belang het gebruik te vermijden van alcohol, koolzuurhoudende dranken en koffie, die als zuurstimulerende middelen bekend staan. Voor ulcerogene medicamenten bestaat een (relatieve) contra-indicatie. Met name bij de onderhoudsbehandeling is van belang dat men een redelijk vertrouwen heeft in de therapietrouw van de patiënt.

Peptische oesofagitis

Peptische oesofagitis wordt ook gezien als een indicatie voor een onderhoudsbehandeling met H2-remmers. Toch valt het effect van de behandeling vaak tegen⁸. Het geven van leefregels en voedingsadviezen is wel van groot belang.

Dyspeptische klachten

Op dyspeptische klachten zonder aangetoond ulcus hebben H2-remmers geen wezenlijk beter effect dan een placebo. Hoewel pijn in epigastrio minder frequent wordt geregistreerd bij H2-remmergebruik dan bij placebogebruik, voelt de patiënt er zich niet beter door. Op misselijkheid en pyrosis – in afwezigheid van een ulcus – hebben H2-remmers geen betere invloed dan een placebo⁹. Dieetmaatregelen, een rookverbod en eventueel antacida hebben in deze gevallen meer kans op succes.

H2-REMMER EN DOSERING

Indien wordt gekozen voor een H2-remmer dient nog een keuze te worden gemaakt uit de drie thans beschikbare preparaten: cimetidine (Tagamet), famotidine (Pepcidin) en ranitidine (Zantac). Bijwerkingen, interacties en prijs (tabel 1) van de diverse H2-remmers spelen elk een rol bij de voorkeur voor één van de drie preparaten. Cimetidine blijkt bij 4,4 % van de patiënten aanleiding te geven tot één of meer bijwerkingen¹⁰, bij ranitidine en famotidine treden bijwerkingen nog minder frequent op.

Gelet op de frequentie van de bijwerkingen vormen deze geen dominerend keuzecriterium. Bij het gelijktijdig gebruik van medicamenten waarmee cimetidine een interactie kan geven, dient men bij de dosering daarmee rekening te houden, dan wel over te gaan op ranitidine of famotidine. Over de interactie met anti-coagulantia kan er in dit verband nog op

worden gewezen dat de combinatie met fenprocoumon (Marcoumar) geen problemen geeft, in tegenstelling tot de combinatie met acenocoumarol (Sintrom)¹¹. Gelet op de prijs is cimetidine (Tagamet) het eerste-keuze-preparaat. Dit geldt zowel voor de kuur- als voor de onderhoudsbehandeling.

Indien zich bijwerkingen voordoen bij cimetidine, of indien door het gelijktijdig gebruik van andere medicamenten interacties zijn te verwachten, komt het famotidine (Pepcidin) op basis van de prijs als tweede keuze naar voren. De betrekkelijke onbekendheid met dit middel is echter een theoretisch nadeel. Ranitidine (Zantac) is een ander tweede-keuzemiddel waar al langer ervaring mee bestaat.

Dosering

Bij de kuurbehandeling van het ulcus pepticum geeft men – afhankelijk van de reactie op de therapie – vier tot zes weken 800 mg cimetidine, 40 mg famotidine of 300 mg ranitidine per dag in één dosis 's avonds.

Indien een ulcus binnen een jaar tweemaal recidiveert is er een indicatie voor een onderhoudsbehandeling. De dosering is dan eenmaal daags 400 mg cimetidine, 20 mg famotidine of 150 mg ranitidine. Innemen van de medicatie bij het avondeten lijkt de voorkeur te krijgen boven innemen voor het slapengaan¹². Bij de onderhoudsbehandeling van de peptische oesofagitis blijkt een dosering van 800 mg cimetidine of 300 mg ranitidine bij het avondeten voldoende te zijn¹³.

ALTERNATIEVEN

Bij de kuurbehandeling voor een eerste ulcus pepticum blijken *antacida* even werkzaam te zijn als H2-remmers¹⁴. Deze antacida moeten dan wel goed worden gedoseerd: 6 dd 30 ml suspensio antacidum¹⁵. De CMPC adviseert om bij een eerste behandeling van een ulcus pepticum aan antacida de voorkeur te geven. Antacida zijn weliswaar een veel goedkoper alternatief, doch worden door sommige patiënten als ongemakkelijk ervaren door de toedieningsvorm en de hoge doseerfrequentie. Bij veel artsen zal bovendien bij de diagnose ulcus pepticum door een 'evoked response' meteen aan Tagamet of Zantac worden gedacht.

Colloïdaal bismut subcitraat (De-Nol) is voor de kuurbehandeling een reëel alternatief. In een dosering van viermaal daags blijkt het minstens even effectief te

Tabel 1. Geneesmiddelprijzen H2-remmers (prijs ziekenfondstaxe juli 1986).

| | prijs tablet | prijs per dag tijdens: | |
|----------------|-----------------|------------------------|----------------------------|
| | | kuur- behandeling | onderhouds- behandeling |
| Tagamet 400 mg | f 1,83 | f 3,67 - f 3,76 | f 1,83 |
| Tagamet 800 mg | f 3,76 | | |
| Pepcidin 20 mg | f 2,28 | f 4,15 - f 4,56 | f 2,28 |
| Pepcidin 40 mg | f 4,15 | | |
| Zantac 150 mg | f 2,41 | f 4,64 - f 5,24 | f 2,41 - f 2,62 |
| Zantac disp. | | | |
| 150 mg | f 2,62 | | |
| Zantac 300 mg | f 4,64 | | |

zijn als H2-remmers, terwijl de patiënt mogelijk langer in remissie blijft¹⁶. De antibacteriële werking die wordt toegekend aan colloïdaal bismut is waarschijnlijk van belang voor het bestrijden van de bij ulcus-patiënten voorkomende *Campylobacter pylori*¹²; voor de onderhoudsbehandeling van het ulcus pepticum wordt het (nog) niet gebruikt.

Voor *Sucralfaat* (Ulcogant; mucoprotectivum) en *Pirenzepine* (Abrinac, Gastrozepin; parasympathicolyticum) lijkt voorsnog geen plaats te zijn bij de onderhoudsbehandeling. Bij de kuurbehandeling van het ulcus pepticum zijn deze preparaten als alternatief te overwegen.

INCIDENTIE EN PREVALENTIE

Het aantal ziekenhuisopnamen wegens een ulcus duodeni (UD) vertoonde reeds voor de introductie van het cimetidine (1977) een daling^{17,18}. Het is waarschijnlijk dat de incidentie* van het ulcus duodeni eenzelfde dalende tendens kende¹⁹.

Tabel 2. Berekening verwachte kosten per 1.000 inwoners.

| | | | | |
|--|---------------------|--------------------|------------|--|
| incidentie (per 1.000) × behandel-dagen × dagprijs = kosten per 1.000 inw. | | | | |
| Ulcus duodeni: | | | | |
| 1e kuur à 4 wk | 1,9 × 0,75 × | 28 × f 3,67 = f | 146,43 | |
| à 6 wk | 1,9 × 0,25 × | 42 × f 3,67 = f | 73,22 | |
| herhaalkuur | | | | |
| à 4 wk | 0,67 × 1,9 × 0,75 × | 28 × f 3,67 = f | 98,11 | |
| à 6 wk | 0,67 × 1,9 × 0,25 × | 42 × f 3,67 = f | 49,06 | |
| onderhoudsbeh. | 0,2 × 1,9 × 3 | × 365 × f 1,83 = f | 761,46 | |
| Ulcus ventriculi: | | | | |
| 1e kuur à 4 wk | 0,7 × 0,6 × | 28 × f 3,67 = f | 43,16 | |
| à 6 wk | 0,7 × 0,4 × | 42 × f 3,67 = f | 43,16 | |
| herhaalkuur | | | | |
| à 4 wk | 0,5 × 0,7 × 0,6 × | 28 × f 3,67 = f | 21,58 | |
| à 6 wk | 0,5 × 0,7 × 0,4 × | 42 × f 3,67 = f | 21,58 | |
| onderhoudsbeh. | 0,2 × 0,7 × 3 | × 365 × f 1,83 = f | 280,54 | |
| Totale kosten in 1986 (voor ulcus pepticum) per 1.000 inwoners: | | | f 1.538,29 | |

De ziekenhuisopnamen voor het ulcus ventriculi (UV) vertoonden een veel stabiel beeld.

De incidentie van het ulcus pepticum in de huisartspraktijken van het Monitoringproject was in 1979/1981 2,6 per 1.000 ingeschrevenen per jaar (UD 1,9; UV 0,7)²⁰. Het Peilstationproject (1975) vermeldt een incidentie van 1,9 per 1.000²¹. De Continue Morbiditeitsregistratie van het NUHI (1971-1978) laat een incidentie van 1,6/1.000 zien²². Onder 50.000 inwoners boven de 15 jaar in Kopenhagen was de incidentie voor het ulcus duodeni 1,3 per 1.000 en voor het ulcus ventriculi 0,3 per 1.000²³. Haags onderzoek (1985) meldt een incidentie van 4,4/1.000²⁴, doch bij 50% hiervan berustte de diagnose alleen op de anamnese. Voorts bleek het relatieve risico (ten opzichte van Nederlanders) voor allochtonen 3,9 te zijn: in een stad met relatief veel allochtonen is ipso facto een hoger incidentiecijfer te verwachten. Indien we bij onze verdere berekeningen uitgaan van een incidentiecijfer voor het ulcus pepticum van 2,6/1.000 lijkt een onderschatting van de incidentie onwaarschijnlijk.

Ongeveer 20% van de patiënten met een ulcus pepticum maakt binnen één jaar twee of meer symptomatische recidieven door²¹. Deze patiënten komen voor een onderhoudsbehandeling in aanmerking (20% × 2,6 = 0,5 per 1.000 ingeschrevenen per jaar)³.

Betrouwbare incidentie- of prevalentiecijfers van de refluxoesofagitis zijn niet bekend**.

VERWACHT KOSTEN

Uitgangspunten voor de berekeningen:

1. De incidentie voor het ulcus duodeni (UD) is 1,9/1.000, die van de ulcus ventriculi (UV) 0,7/1.000.
2. Bij de behandeling van een eerste ulcus pepticum worden altijd H2-antagonisten voorgeschreven.
3. Bij elk ulcus pepticum wordt in principe een kuurbehandeling gestart van vier weken. Bij 25% van de UD-patiënten en 40% van de UV-patiënten is het ulcus daarna nog niet genezen²⁵. In deze groepen wordt de kuur daarna nog twee weken voortgezet.
4. Zonder onderhoudsbehandeling krijgt 67% van de UD patiënten binnen een jaar

* Incidentie: het aantal nieuwe patiënten per 1.000 inwoners dat zich met een ulcus in een jaar meldt.

** Prevalentie: het aantal patiënten per 1.000 inwoners dat gedurende een jaar onder behandeling is.

een recidiefulcus²⁶. Deze patiënten worden nogmaals met een kuur behandeld. De recidiefkans van het UV is 50% binnen een jaar.

5. Bij 20% van de ulcuspatiënten wordt een onderhoudsbehandeling gedurende drie jaar gegeven.

6. Voor de kuurbehandeling wordt 2×400 mg cimetidine gegeven; voor de onderhoudsbehandeling 1×400 mg.

7. De kosten worden berekend voor 14.500.000 inwoners op basis van de inkoop prijs voor de apotheker (ziekenfondstaxe 1986), dus zonder de afleveringskosten (tabel 2).

Voor heel Nederland (14.500.000 inwoners) zijn de verwachte kosten voor de behandeling van het ulcus pepticum op basis van cimetidine f 22.300.000. In de regio Amersfoort zijn de verwachte kosten voor 180.000 ziekenfondsverzekerden f 277.000.

De verwachte kosten zijn hoger omdat wegens bijwerkingen of de kans op interacties door cimetidine in een aantal gevallen moet worden gekozen voor ranitidine of famotidine. Op arbitraire gronden wordt er hier van uitgegaan dat zich dat in 10% van de gevallen voordoet. Indien in 10% van de gevallen wordt gekozen voor ranitidine worden de verwachte kosten voor de behandeling van het ulcus pepticum op basis van H2-remmers voor Nederland 23 miljoen gulden en voor Amersfoort en omstreken f 285.000.

FEITELIJKE KOSTEN

Oesofagusaandoeningen

De totale feitelijke kosten voor H2-remmers die bekend zijn over 1986 hebben betrekking op alle indicaties waarvoor H2-remmers zijn voorgeschreven. Het enige reële indicatiegebied voor H2-remmers naast het ulcus pepticum is de peptische oesofagitis: daarvan hebben wij de verwachte kosten niet kunnen berekenen wegens het ontbreken van betrouwbare prevalentiecijfers.

In 1986 werd in Nederland ter behandeling van oesofagusaandoeningen (o.a. refluxoesofagitis en hernia diafragmatica) voor ongeveer 26 miljoen gulden aan H2-remmers voorgeschreven. Bij de verdere berekeningen wordt dit als een gegeven feit geaccepteerd. Indien eenzelfde schatting wordt toegepast vanuit landelijke gegevens over de regio Amersfoort werd daar voor f 323.000 voorgeschreven voor oesofagusaandoeningen.

Totale kosten

Voor alle inwoners van Nederland

(14.500.000) werd in 1986 98 miljoen gulden aan H2-remmers voorgeschreven (53 miljoen gulden aan cimetidine en 45 miljoen gulden aan ranitidine). De verwachte kosten voor het ulcus pepticum en de kosten voor oesofagusaandoeningen tezamen bedroegen 49 miljoen gulden. Er werd dus 49 miljoen gulden meer uitgegeven dan verwacht. Deze overschrijding met 100% is niet farmacotherapeutisch te verklaren.

Voor heel Nederland is het dus mogelijk 49 miljoen gulden op H2-remmers te besparen door een rationeel voorschrijfbleid van H2-remmers.

In 1986 werd bij het Ziekenfonds Amersfoort en omstreken (180.000 verzekerden) door huisartsen voor f 757.900 voorgeschreven aan H2-remmers (cimetidine f 442.800, ranitidine f 315.100); specialisten schreven voor f 226.600 voor aan H2-remmers (cimetidine f 106.600, ranitidine f 120.000). Huisartsen en specialisten schreven samen voor f 984.500 aan H2-remmers voor (cimetidine f 549.400 en ranitidine f 435.100). Ter vergelijking: aan alle overige antacida samen werd f 167.400 uitgegeven.

De verwachte kosten voor het ulcus pepticum en de kosten voor oesofagusaandoeningen bedroegen tezamen f 608.000. De feitelijke kosten voor H2-remmers zijn daarmee ± f 377.000 hoger dan verwacht. Deze overschrijding met 62% is niet farmacotherapeutisch te verklaren. Het voorschrijfgedrag in de regio Amersfoort vertoont daarmee een wat minder ongunstig beeld dan het landelijke voorschrijfgedrag.

BESPREKING

Als oorzaak van de discrepantie tussen de verwachte en de feitelijke kosten aan H2-remmers ligt een te ruime indicatiestelling het meest voor de hand.

Te vaak werd waarschijnlijk een H2-remmer voorgeschreven bij een niet röntgenologisch of endoscopisch bevestigd vermoeden op ulcuslijden. Verder moet worden gedacht aan het voorschrijven van H2-remmers bij dyspeptische klachten (zoals pyrosis, misselijkheid, pijn in epigastrio) die niet op een ulcus berusten. H2-remmers helpen daarbij niet beter dan een placebo!

Te vaak werd het duurdere ranitidine voorgeschreven, in plaats van cimetidine als eerste keuze. Overigens kunnen de kosten van de kuurbehandeling met H2-remmers nog aanzienlijk dalen, indien

andere medicamenten dan H2-remmers worden gegeven (antacida) en de gepaste preventieve maatregelen worden getroffen (stop roken, alcohol, koffie, koolzuurhoudende dranken, ulcerogene medicatie).

Tegenover de genoemde besparingen staan uitgaven voor het verstrekken van antacida voor de dyspeptische klachten die niet berusten op een ulcus pepticum of oesofagusaandoeningen. Indien Antagel (4×15 ml) wordt gegeven zijn de kosten daarvan f 0,85 per dag, ofwel 23% van de kosten van de behandeling met Tagamet. In de regio Amersfoort zou daarvoor f 78.000, in Nederland ruim f 9 miljoen gulden nodig zijn geweest. Een besparingsmogelijkheid op maaggeneesmiddelen komt daarmee voor de regio Amersfoort op ongeveer f 300.000 en voor Nederland op ongeveer 40 miljoen gulden.

Indien (weer) op rationele basis prescriptie van H2-remmers plaatsvindt, kan het aantal endoscopieën/röntgenfoto's toenemen, hetgeen de kosten voor diagnostiek verhoogt.

Mogelijk gaat colloïdaal bismut subcitraat in de nabije toekomst een belangrijke plaats innemen bij de behandeling van peptische ulcera.

CONCLUSIE

In Nederland kan aan H2-remmers 49 miljoen gulden worden bespaard door H2-remmers uitsluitend op farmacotherapeutisch rationele overwegingen voor te schrijven. Rekening houdend met substitutie door antacida bij dyspeptische klachten blijft uiteindelijk een besparing van ongeveer 40 miljoen gulden mogelijk. In de regio Amersfoort is dit voor 180.000 ziekenfondsverzekerden een besparing van f 300.000.

Het voorschrijven van H2-remmers voor dyspeptische klachten die niet berusten op een ulcus pepticum, heeft geen beter effect dan het voorschrijven van een placebo en heeft slechts de nadelen van de bijwerkingen.

Vanwege de prijs gaat de voorkeur uit naar cimetidine als eerste keus. Bij te verwachten interacties met geneesmiddelen of het optreden van bijwerkingen is ranitidine of famotidine een tweede keus. Nog grotere besparingen zijn mogelijk indien behalve H2-remmers antacida als eerste-keusmiddel bij de kuurbehandeling worden overwogen.

Algemene maatregelen kunnen het herstel van een ulcus en het voorkomen van recidieven gunstig beïnvloeden: vooral

het vermijden van roken, doch ook van alcohol, koolzuur en ulcerogene medicamenten zijn daarbij van belang. □

Literatuur

1. Amerongen HL van. Het beleid van de huisarts bij een patiënt met maagklachten. Tijdschrift voor Therapie, Geneesmiddel en Onderzoek 1985; 10: 822-4.
2. Farmacotherapeutisch Kompas 1987. Ziekenfondsraad: Amstelveen, 1987.
3. Brouwers JRB, Tytgat GNJ. Recidief peptisch ulcus, beter voorkomen dan genezen? Pharmaceutisch Weekblad 1985; 120: 529-32.
4. Beukers R. De medicamenteuze behandeling van het recidiverende ulcus pepticum. Tijdschrift voor Therapie, Geneesmiddel en Onderzoek 1985; 10: 829-31.
5. Walan A, Bianchi-Porro G, Hentschel E et al. Maintenance Treatment with cimetidine in Peptic Ulcer Disease for Up to 4 Years. Scandinavian Journal of Gastroenterology 1987; 22: 397-405.
6. Rohner HG. Lange termijn onderhoudsbehandeling bij het ulcus pepticum. Gastro-Enterologisch Consult 1985; 10: 12.
7. Fletcher DR, Shulkes A, Hardy KJ. The effect of cigarette smoking on gastric acid secretion and gastric mucosal blood-flow in man. Aus NZJ Med 1985; 15: 417-20.
8. Koelz HR, Birchler R, Bertholz A et al. Healing and relapse of reflux oesophagitis during treatment with ranitidine. Gastroenterology 1986; 91: 1198-2006.
9. Talley NJ, Mc Heil D, Heyden A, Piper DW. Randomized, double blind, placebo-controlled crossover trial of cimetidine and pirenzepine in nonulcer dyspepsia. Gastroenterology 1986; 91: 149-56.
10. Humphries TJ, Meyerson RM, Gifford LM et al. A unique postmarket outpatient surveillance program of cimetidine: report on phase II and final summary. AM J Gastroenterol 1984; 79: 593-6.
11. Harenberg J, Staiger Ch, Vries JX de et al. Cimetidine does not increase the anticoagulant effect of phenprocoumon. Br J Clin Pharmacol 1982; 14: 292-3.
12. Tytgat GNJ. Nieuwe inzichten in de pathogenese en therapie van het ulcus pepticum. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 14: 1799-1802.
13. Tytgat GNJ, Depla ACTM. Gastro-oesofageale reflux-ziekte-refluxoesofagitis. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 14: 1605-8.
14. Heading RC. Antacids and duodenal ulcer. Gut 1984; 25: 1195-8.
15. Kumar N. Controlled therapeutical trial to determine the optimum dose of antacids in duodenal ulcer. Gut 1984; 25: 1199-1202.
16. Tytgat GNJ. Colloidal Bismuth Subcitrate in Peptic Ulcer. A Review. Digestion 1987; 37: 31-41.
17. Bulthuis R. Cimetidine en de kosten van het ulcus pepticum. Nederlands Tijdschrift voor Therapie, Geneesmiddel en Onderzoek 1985; 10: 817-21.
18. Hoogendoorn D. Opmerkelijke verschuivingen in het patroon van het ulcus pepticum. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 484-91.
19. Tongeren JHM van. Verdwijnt het ulcus pepticum? Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 510-3.
20. Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers BV, 1984.
21. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Jaarverslag 1975. Utrecht: Nederlands Huisartseninstituut, 1976.
22. Continue Morbiditeitsregistratie NUHI, Werkgroep Epidemiologie in de huisartsenpraktijk 1971-1978. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.
23. Bonnevie D. The incidence of gastric ulcer in Copenhagen County. Gastroenterology 1975; 10: 231-9.
24. Nijhuis HGJ. Ulcus pepticum. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 324-5.
25. Hameeteman W, Tytgat GNJ. Welk medicament voor het ulcus pepticum? Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1673-6.
26. Sonnenberg A. The Costs of duodenal ulcer treatment. In: Proceedings of A cost-benefit symposium. Amsterdam: Smith Kline & French, 1982: 106-18.



Dagboek van een waarnemer

5: Onze dokter is ziek

Al drie dagen neem ik nu waar voor een collega die ziek is. Een kleine onschuldige ingreep kostte hem enkele dagen ziekenhuis en een paar weken uitrusten thuis. Zijn collega's uit de groepspraktijk hebben aangedrongen op een waarnemer, omdat de collega anders toch te vlug zou beginnen. Het is een prima praktijk, goed uitgerust, aardige collega's en het belangrijkste: Nelleke, de assistente voelt de patiënten en mij feilloos aan. Eén patiënt per tien minuten is voor mij optimaal, even tijd om te lunchen tussen de middag en twee tikjes op de intercom als ik uitloop. Dat loopt allemaal best.

Waar ik gek van word, zijn de patiëntenvragen. Bijna iedereen komt binnen met: 'Is de dokter er niet?' 'Dokter is met vakantie zeker?' 'Is de dokter ziek?' en varianten daarop.

Telkens antwoord ik beleefd dat de dokter ziek is, en dan volgt stevast: 'Wat mankeert hij?', of: 'Het is toch niet ernstig?', of: 'Gaat hij dood?' Deze patiënten zijn met het lot van hun eigen dokter begaan. Hoe kan ik nu iets beginnen met wat voor mij zo langzamerhand gezeur is geworden?

Vandaag heb ik mijn tegenzet bedacht. Ik neem een nierbekkentje en twee patiëntenkaarten. Op de ene kaart schrijf ik met een dikke viltstift: 'Onze dokter is ziek. In deze bak sparen wij geld om fruit en bloemen voor hem te kopen. Niet meer dan f 1,— per patiënt. Zet uw naam op de kaart, a.u.b.' Dat zet ik opvallend op de hoek van het bureau. Nu is het even stil, als ik een patiënt heb binnengelaten. De patiënten vinden het enig. Iedereen doet mee. Sommigen komen later terug om de gulden nog te brengen, andere maken meteen rechtsomkeert in de spreekkamer, omdat de partner in de wachtkamer de beurs heeft.

Aan het eind van de twee weken ligt er meer dan f 100,— in de bak. In overleg met Nelleke, die haar baas beter kent dan ik, koop ik een boek waar ik de patiëntenkaarten met namen in leg, en ga dat brengen. De collega is zeer verrast, al 'had ik het niet moeten doen'. Hij kijkt het eerst naar de patiëntennamen. 'Gut, heb je die ook gezien? En zij kwamen voor het kindje zeker? O, en hoe is het met de E's? Je hebt haar toch geen slaappillen gegeven, hoop ik?'

Ik heb aan geen van de collega's van de groep durven vertellen van mijn actie 'eigen bijdrage'. Ik had wel het gevoel dat ik met de positieve gevoelens van de patiënten iets had gedaan. Van de rest van het geld heeft de collega de plantenbak in de spreekkamer laten opknappen. Zo hadden de patiënten er ook nog wat aan.

Marie-José Molledans

Ischemie van het myocard bij patiënten met aandoeningen van de kransslagaders

Rozanski en collega's zijn met onderzoekresultaten gekomen waaruit blijkt, dat mentale stress in verschillende gedaanten bij patiënten met aandoeningen van de kransslagaders kan leiden tot een voorbijgaande aanval van ischemie van het myocard¹. Bij mensen aan wie men vroeg wiskundige berekeningen uit te voeren of zich aan een psychologische test (de kleur-woordtest van Stroop) te onderwerpen, werd in beide gevallen een matige stijging van de hartfrequentie en de bloeddruk waargenomen, terwijl voorts (op grond van afwijkingen in de vasomotore werking van de vaatwanden, veranderingen in het ST-segment op het ECG of de aanwezigheid van angina pectoris) ischemie van het myocard werd geconstateerd. Praten voor publiek over een persoonlijk onderwerp maakte dat het zogeheten dubbele produkt (hartfrequentie maal systolische bloeddruk) nog groter werd en leverde aanwijzingen op voor een nog omvangrijkere ischemie. Lichamelijke inspanning tenslotte bleek te resulteren in de grootste stijging van het dubbele produkt en de ernstigste tekenen van ischemie. Interessant genoeg verliep het overgrote deel van deze ischemische episodes stil, dat wil zeggen zonder duidelijke symptomen. De conclusie dat mentale stress kan leiden tot ischemie van het myocard, roept belangrijke vragen op. In hoeverre kunnen deze laboratoriumuitkomsten ons inzicht verdiepen in het optreden van klinische ischemie van het myocard in de praktijk van alledag? Welke pathofysiologische mechanismen liggen ten grondslag aan ischemische episodes? En tenslotte: welke gevolgen heeft kortdurende ischemie van het myocard, of ze nu symptomatisch dan wel asymptomatisch optreedt, voor de behandeling

van patiënten met aandoeningen van de kransslagaders?

Het verband tussen mentale stress en angina pectoris wordt alom onderkend.² Uit de electrocardiografische bewaking van patiënten met een coronaire vaatziekte hebben we geleerd, dat kortdurende aanvallen van ischemie van het myocard zelfs bij ambulante patiënten met een klinisch stabiele angina pectoris verrassend vaak voorkomen en dat lichamelijke én geestelijke stress dit proces kan versnellen³. Barry c.s. hebben vastgesteld dat geestelijke stress en het ontstaan van myocardiale ischemie bij patiënten met een chronische stabiele angina pectoris met elkaar te maken hebben. In hun onderzoek werden de patiënten door middel van ambulante hartbewaking gevolgd tijdens hun dagelijkse bezigheden; voorts hielden zij een uitgebreid dagboek bij van hun geestelijke en lichamelijke activiteiten. Ongeveer een kwart van de episodes van ischemie van het myocard (22%) deed zich voor terwijl de betrokken patiënt zich geestelijk zwaar inspande zonder lichamelijke arbeid te verrichten. Ongeveer evenveel gevallen (26%) deden zich voor terwijl de betrokkenen zich duidelijk lichamelijke inspanden. De resterende episodes werden geregistreerd op een moment dat de patiënt zich niet noemenswaardig lichamenlijk of geestelijk inspande (36%) of tijdens de slaap (10%). Dit onderzoek verschaft ons objectief bewijsmateriaal waaruit blijkt dat voorbijgaande ischemie in het dagelijks leven niet op toeval berust, maar nauw samenhangt met de lichamelijke en geestelijke activiteit van de betrokken patiënt. Ook zien we dat er een rechtstreeks verband bestaat tussen de intensiteit van de emotionele ervaring en de duur van de myocardiale ischemie, een objectief bewijs

voor de stelling dat mentale en emotionele inspanning even goed verschijnselen van ischemische hartziekte te voorschijn kan roepen als lichamelijke inspanning.⁴ Voor een goed begrip van voorbijgaande ischemie van het myocard in het dagelijks leven van patiënten met een coronaire vaatziekte moeten we ons in de eerste plaats realiseren dat de meeste episodes van ischemie zich voordoen bij een hartfrequentie en een bloeddruk die slechts iets hoger liggen dan de waarden in rusttoestand en aanzienlijk lager dan de waarden die nodig zijn om in het laboratorium tijdens inspanningsproeven ischemie op te wekken. Deze waarnemingen doen vermoeden dat het ontstaan van ischemie evenzeer in de hand wordt gewerkt door een vermindering van de zuurstoftoevoer naar de hartspier als door een toename van de myocardiale zuurstofbehoefte⁵. Meer direct daarop gerichte onderzoeken, zoals een onderzoek waarbij men radio-isotopen gebruikte om de doorbloeding van de coronaire vaten te meten en angiografische onderzoeken naar de vasomotore werking van de coronaire vaten⁶, hebben ook aanwijzingen opgeleverd dat atherosclerotische vernauwingen van de grote coronairarteriën een actieve rol spelen bij het ontstaan van ischemie. Uit angiografisch onderzoek bij stabiele patiënten met een coronaire vaatziekte is gebleken dat normale coronairarteriën zich als gevolg van gewone prikkels (koude, lichamelijke inspanning) verwijden, terwijl arteriën met atherosclerotische oneffenheden of stenosen zich paradoxaal genoeg vernauwen⁷. Welke cellulaire mechanismen in het geval van arteriosclerose leiden tot een abnormale vasomotore werking, is niet geheel duidelijk. Recente onderzoekingen heb-

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

ben echter uitgewezen dat de gestoorde endotheelfunctie bij atherosclerose ertoe leidt dat de bloedvaten zich onvoldoende verwijden en zich ongehinderd vernauwen, als gevolg van de gebrekkige produktie of werking van één of meer uit het endotheel afkomstige relaxerende factoren⁸⁻¹⁰. Aanvullende onderzoeken bij patiënten met een onstabiele angina hebben aangetoond dat als complicatie van atherosclerotische stenose dikwijls een intracoronaire thrombus optreedt¹¹. Thans beschikbare gegevens wijzen erop dat een gestoorde endotheelfunctie niet alleen een wezenlijk deel uitmaakt van de atherogenese en de geleidelijke ontwikkeling van segmentale stenosen, maar al evenzeer een rol speelt bij het actief optreden van ischemie, doordat ze zorgt voor 1) een te geringe vaatverwijding en een te sterke vaatvernauwing, en 2) de ontwikkeling van een procoagulant oppervlak dat thrombusvorming bevordert. Deze lokale mechanismen treden in werking wanneer bepaalde hersencentra de uitstoot van neurohumorale stoffen door de werking van de sympathicus veranderen bij mentale stress, blootstelling aan koude of lichamelijke inspanning, of wanneer de patiënt 's morgens overeind komt^{12 10}. Epstein en diens collega's hebben op basis van zorgvuldig uitgevoerd onderzoek aangegeven, hoe belangrijk het bij de behandeling van patiënten met aandoeningen van de kransslagaders is, ook te kijken naar het eventueel optreden van ischemie¹². Zij wijzen erop, dat bij patiënten met een stabiele of onstabiele angina pectoris episodes van asymptomatische ischemie in de regel drie- tot viermaal vaker voorkomen dan episodes met symptomen. Het beloop hangt bij deze patiënten nauwer samen met het al dan niet optreden van ischemie dan met het simpele feit dat zij angina hebben. Patiënten bij wie een coronaire vaatziekte is geconstateerd zonder dat er aanwijzingen zijn voor ischemie hebben dan ook een veel betere prognose dan patiënten met

een even ernstige aandoening van de coronaire vaten die wel met ischemie, al dan niet met pijnklachten, gepaard gaat. Epstein c.s. staan op het standpunt dat een onafgebroken elektrocardiografische bewaking om episodes van ischemie aan het licht te brengen weinig prognostische informatie kan toevoegen aan de gegevens die uithoudingsproeven opleveren, maar men is het er nog lang niet over eens. Recentere voorlopige onderzoekresultaten wijzen een andere kant op^{13 14}. Bovendien zijn er veel patiënten die niet kunnen meewerken aan een uithoudingsproef vanwege orthopedische aandoeningen, longziekten, congestieve hartinsufficiëntie, obesitas of een gevorderde leeftijd. Bij deze patiënten kan het zijn nut hebben hen continu elektrocardiografisch te bewaken, omdat dit een goedkope en gemakkelijke manier is om patiënten met een verhoogde kans op aandoeningen van de kransslagaders te identificeren^{13 14}. Gottlieb c.s. hebben aangetoond dat een onafgebroken elektrocardiografische bewaking ook zinvol kan zijn om het beloop te voorspellen bij patiënten in de eerste fasen van behandeling voor onstabiele angina, een situatie waarin een uithoudingsproef extra risico's mee zou kunnen brengen¹⁵. Continue elektrocardiografische bewaking kan voorts nuttig zijn om meer duidelijkheid te krijgen over atypische symptomen of over de reactie op de therapie tijdens dagelijkse bezigheden. Gebleken is dat chirurgische revascularisatie bij bepaalde groepen patiënten met een coronaire vaatziekte de overlevingskans verbetert. Weiner en collega's hebben geschreven over het opmerkelijke feit dat patiënten bij wie drie coronaire vaten waren aangeast en bij wie aanwijzingen waren voor ischemie, baat bleken te vinden bij een chirurgische ingreep, terwijl dat niet gold voor patiënten met een vergelijkbare aandoening van de coronaire vaten zonder ischemie¹⁶. Er zijn geen gecontroleerde 'trials' waaruit blijkt dat een medische behandeling van actieve ischemie (symptoma-

tisch dan wel asymptomatisch) de prognose verbetert. Hoewel bij patiënten die onafgebroken elektrocardiografisch worden bewaakt de aanwezigheid van ischemie een verhoogde incidentie van aandoeningen van de kransslagaders lijkt te voorspellen, is het dan ook niet zeker dat een medische behandeling verandering kan brengen in deze prognose. Met wat ons op dit moment aan medische behandeling ten dienste staat, kunnen wij ervoor zorgen dat de episodes van voorbijgaande ischemie tijdens de dagelijkse bezigheden sterk in duur en in aantal teruglopen en zelfs helemaal verdwijnen, door de zuurstofbehoefte van het myocard en het zuurstofaanbod beter op elkaar af te stemmen. Voor een gunstig effect op de lange termijn kan het echter nodig zijn die afstemming te bereiken door de pathofysiologische mechanismen aan te pakken die ertoe leiden dat de coronaire bloedtoevoer somwijlen wordt onderbroken: de groei van een atherosclerotische lesie, een ruptuur van of een bloeding in een plaque, scheuring van het endotheel, intracoronaire trombose. Samenvattend kunnen we opmerken dat symptomatisch dan wel asymptomatisch ischemie van het myocard bij patiënten met aandoeningen van de kransslagaders een belangrijke aanwijzing kan vormen voor de aanwezigheid van een actieve coronaire atherosclerose en derhalve voor een verhoogd risico op bijkomende klachten. De uitkomsten van het onderzoek van Rozanski c.s. en van andere onderzoeken wijzen erop dat mentale stress een belangrijke 'trigger' is voor ischemie van het myocard. De bevinding dat ischemie vaak voorkomt zonder dat er tegelijkertijd sprake is van een verhoogde zuurstofbehoefte van het myocard, heeft de belangstelling gewekt voor de rol die atherosclerose mogelijk in celbiologisch opzicht speelt bij het bevorderen van een abnormale vasomotorische werking van de coronaire vaten en thrombusvorming. Voor de kliniek zijn we gaan inzien dat angina pectoris wellicht niet weer-

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

geeft hoe erg het in werkelijkheid met de myocardiale ischemie is gesteld, omdat de meeste ischemische episodes asymptomatisch verlopen. In feite is asymptomatische ischemie een van de factoren die van invloed zijn op de prognose én voor behandeling vatbaar zijn. Hoewel het op het ogenblik duidelijk niet nodig is de hele bevolking te screenen op asymptomatische ischemie van het myocard, moeten we wel zoeken naar objectieve tekenen van ischemie bij alle patiënten met symptomen die wijzen op een aandoening van de kransslagaders, alsook bij alle patiënten met een typische angina pectoris. Toekomstige 'trials' zullen uitwijzen of de medische behandeling van asymptomatische ischemie het beloop op de lange termijn in gunstige zin kan beïnvloeden.

Selwyn AP, Ganz P. Myocardial ischemia in coronary disease. *N Engl J Med* 1988; 318: 1058-60.

Literatuur

1. Rozanski A, Bairey CN, Krantz DS et al. Mental stress and the induction of silent myocardial ischemia in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med* 1988; 318: 1005-12.
2. Natelson BH. Neurocardiology: an interdisciplinary area for the 80s. *Arch Neurol* 1985; 42: 178-84.
3. Nabel EG, Rocco MB, Barry J, Campbell S, Selwyn AP. Asymptomatic ischemia in patients with coronary artery disease. *JAMA* 1987; 257: 1923-8.
4. Barry J, Selwyn AP, Nabel EG. Frequency of ST-segment depression produced by mental stress in stable angina pectoris from coronary artery disease. *Am J Cardiol* (ter perse).
5. Deanfield JE, Shea M, Ribiero P et al. Transient ST-segment depression as a marker of myocardial ischemia during daily life. *Am J Cardiol* 1984; 54: 1195-200.
6. Gage JE, Hess OM, Murakami T, Ritter M, Grimm J, Krayenbuehl HP. Vasoconstriction of stenotic coronary arteries during dynamic exercise in patients with classic angina pectoris: reversibility by nitroglycerin. *Circulation* 1986; 73: 865-76.
7. Nabel EG, Ganz P, Gordon JB, Alexander RW, Selwyn AP. Dilation of normal and constriction of atherosclerotic arteries caused by the cold pressor test. *Circulation* 1988; 77: 43-52.
8. Gordon JB, Zebede J, Wayne RR, Mudge GH, Ganz P, Selwyn AP. Coronary constriction with exercise: possible role for endothelial dysfunction and alpha tone. *Circulation* 1986; 74: Suppl II: II-481. Abstract.
9. Ludmer PL, Selwyn AP, Shook TL et al. Paradoxical vasoconstriction induced by acetylcholine in atherosclerotic coronary arteries. *N Engl J Med* 1986; 315: 1046-51.
10. Ganz P, Alexander RW. New insights into the cellular mechanisms of vasospasm. *Am J Cardiol* 1985; 56: 11E-15E.
11. Sherman CT, Litvack F, Grundfest W et al. Coronary angiography in patients with unstable angina pectoris. *N Engl J Med* 1986; 315: 913-9.
12. Epstein SE, Quyyumi AA, Bonow RO. Myocardial ischemia – silent or symptomatic. *N Engl J Med* 1988; 318: 1038-43.
13. Gavish A, Tzivoni D, Zin D et al. Prognostic significance of ischemic episodes on Holter monitoring during daily activities: 2 years follow-up of 356 patients. *J Am Coll Cardiol* 1987; 9: Suppl A: 240A, Abstract.
14. Rocco MB, Nabel EG, Campbell S et al. Prognostic importance of myocardial ischemia detected by ambulatory monitoring in patients with coronary disease. *J Am Coll Cardiol* 1987; 9: Suppl A: 68A, Abstract.
15. Gottlieb SO, Weisfeldt ML, Ouyang P, Mellits ED, Gerstenblith G. Silent ischemia as a marker for early unfavorable outcomes in patients with unstable angina. *N Engl J Med* 1986; 314: 1214-9.
16. Weiner DA, Ryan TJ, McCabe CH et al. Significance of silent myocardial ischemia during exercise testing in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1987; 57: 725-9.

AIDS en de rechten van de chirurg

Chirurgen zijn nog maar weinig betrokken bij de besluitvorming ten aanzien van het beleid inzake AIDS. In ons ziekenhuis, St. Mary's Hospital in London, is AIDS tot dusver voornamelijk beschouwd als een 'medische' aandoening, die zo nu en dan problemen geeft, waarvoor dan de hulp van een chirurg kan worden ingeroepen. Naarmate meer patiënten het floride klinische stadium van de ziekte bereiken en naarmate meer levens kunnen worden verlengd door middel van agentia die ervoor zorgen dat het virus niet tot expressie kan komen, zullen chirurgen in toenemende mate aan de ziekte worden blootgesteld, en wel om de volgende redenen. In de eerste plaats kan AIDS op zich leiden tot chi-

rurgische ingrepen. In de tweede plaats kunnen patiënten die zijn geïnfecteerd met het humane immunodeficiëntie virus (HIV), net als wij allemaal, andere aandoeningen krijgen. Op dit moment bevinden zich op onze afdeling bijvoorbeeld: een patiënt die een laparotomie heeft ondergaan voor een gecompliceerde laesie van het ileumeinde met cryptosporidiosis, cytomegalovirusinfectie en Kaposi-sarcom; een patiënt bij wie een lymfeklierbiopsie en een laparotomie zijn uitgevoerd in verband met een 'high grade' lymfoom; en een patiënt bij wie AIDS is vastgesteld en die een niet-operatieve behandeling heeft ondergaan voor een adhesieve obstructie. Al met al zijn er bij ons iedere maand

zo'n drie AIDS-patiënten die voor een andere aandoening worden geopereerd. Op dit moment zijn wij zo'n beetje de enigen met ervaring op dit gebied, maar het landelijk beleid is erop gericht de zorg te spreiden; ook andere chirurgen zullen de komende tien jaar dus zeker met dergelijke patiënten te maken krijgen. De kans dat een chirurg besmet raakt, is, voor zover we nu weten, statistisch uiterst klein. Toch loopt een chirurg waarschijnlijk een groter risico dan zijn niet-snijdende collega specialist of een laborant. Clinici houden het risico klein door invasief contact met de patiënt te beperken tot venapuncties en eventueel het nemen van monsters van andere secreties. Laboran-

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

ten werken volgens een code die is ontworpen om hen maximaal te beschermen, hoewel de gang van zaken bij andere infectieziekten ons heeft geleerd dat een zeker risico onvermijdbaar blijft. Chirurgen daarentegen doen hun werk onder minder gecontroleerde omstandigheden. De kans dat zij zichzelf tijdens hun werk verwonden belooft op zijn minst één keer per twintig operaties¹, zij kunnen een operatie niet altijd vermijden als zij een kleine open laesie aan hun handen hebben en zij staan veel vaker bloot aan bloed en andere secreties dan enige andere groep.

Het is eigenlijk verbazingwekkend dat tot nog toe zo weinig chirurgen besmet zijn geraakt, maar dat wil nog niet zeggen dat we zelfvoldaan achterover kunnen leunen. Volgens onze informatie zullen binnenkort nieuwe gevallen bekend worden gemaakt van seropositiviteit bij chirurgen die wat hun persoonlijke leven betreft niet tot een risicogroep behoren. Eerlijkheidshalve moet ik hierbij aantekenen dat wij tegenwoordig hogere verwachtingen hebben met betrekking tot de vrijwaring van beroepsrisico's tijdens het werk dan vroeger: in de jaren veertig en het begin van de jaren vijftig waren voor thoraxchirurgen ziekten als tuberculose en hepatitis 'gewone' beroepsrisico's; nú denken ze daar anders over.

Geen enkele chirurg, geen enkel lid van het chirurgisch team, zal een patiënt met een positieve uitslag op de HIV-test gevaar willen doen lopen door hem of haar een goede verzorging te onthouden. Echter, waar de patiënt recht heeft op een goede behandeling, zou, menen wij, ook het team rechten moeten hebben, of het die nu wil uitoefenen of niet. Het zou kunnen gaan om de volgende rechten:

1. Het recht erop te staan dat in de operatiekamer een werkwijze wordt gevolgd die het chirurgisch team de grootst mogelijke bescherming biedt tegen kruisinfectie. Op het ogenblik is het in ons district beleid, elke patiënt

als besmet te beschouwen. Ten diepste betekent dit, dat wij het recht hebben bij elke operatiepatiënt voorzorgsmaatregelen te nemen op 'hepatitisniveau'. Dit zou, grof geschat, een verdubbeling van de beschikbare OK-ruimte vergen, en dat in een tijd dat we toch al rampzalig weinig financiële armslag hebben. Daarbij komt, dat er ook geld nodig is om nieuwe, minder traumatische en minder gevaarlijke technieken te ontwikkelen en om nieuwe apparatuur aan te schaffen waardoor we minder vaak naar het mes moeten grijpen²; het stemt tevreden, dat wij voor dat doel in ieder geval ultrasone apparatuur hebben mogen aanschaffen.

2. Het recht geen operatie uit te voeren bij een patiënt die sero-positief of 'high risk' is, wanneer de omstandigheden voor een lid van het team ongunstig zijn, echter altijd op voorwaarde dat er een andere chirurg is die bereid is om te opereren.

3. Het recht desgewenst in de gelegenheid te worden gesteld een hoog risico bij zichzelf formeel te ontkennen, hoewel het mechanisme hiervoor gecompliceerd zal zijn. De reden voor deze opmerking is dat de historie van de AIDS-epidemie heeft uitgewezen dat er nog steeds een neiging bestaat om besmette personen te stigmatiseren door ze automatisch als lid van een 'high risk' groep aan te wijzen.

4. Het recht regelmatig bloed te laten afnemen en dat te laten opslaan met het oog op een eventuele noodzaak in de toekomst de HIV-status te laten bepalen. De mogelijkheid hiertoe bestaat al in ons district. Er zijn zorgvuldige maatregelen getroffen om de vertrouwelijkheid te garanderen. Het is ons niet bekend of er op dit punt een landelijke richtlijn bestaat.

5. Het recht bloed te laten afnemen en analyseren tijdens en na een specifiek incident waarbij virusoverdracht mogelijk is geweest. Uitgaande van de omschrijving die wij in ons district hanteren, geldt dit in theorie voor alle operatieletsels.

6. Het recht op eigen verzoek een HIV-

test te ondergaan. Ook dit is, met de nodige waarborgen omgeven, mogelijk in ons district.

7. Het recht uit en te na te overleggen over de arbeidsvoorwaarden en de verzekeringstechnische aspecten, inzonderheid over de vraag of de kans bestaat dat het een voorwaarde wordt dat leden van een chirurgisch team bij aanvang van hun dienstverband en eventueel met regelmatige tussenpozen worden getest op hun HIV-status en of er een kans is dat teamleden die in contact komen met AIDS-patiënten een toeslag moeten betalen op hun verzekeringspremies.

8. Het recht te verzoeken om – en te staan op – het uitvoeren van een HIV-test bij een patiënt bij wie de chirurg ietsel heeft opgelopen. Een negatieve uitslag biedt vanwege de incubatieperiode geen absolute zekerheid, maar helpt het 'slachtoffer' in elk geval de toekomst met meer vertrouwen tegemoet te zien, iets waarop het recht heeft.

Deze voorstellen zullen ongetwijfeld weerstand oproepen. Sommigen, buiten de frontlinie, zullen de chirurgen panieksaaiers noemen. Kenmerkend voor de 'AIDS-epidemie' is echter, dat er *post hoc* en niet *propter hoc* op de gebeurtenissen is gereageerd³. Het is verstandig de discussie thans te voeren, tegen een achtergrond van suggesties die misschien niet allemaal even gefundeerd zijn, maar die wel allemaal moeten worden besproken. De volgende epidemie, hoe ze er ook mag uitzien, moeten we toch beter aankunnen.

Dudley HAF, Sim A. AIDS: a bill of rights for the surgical team? Br Med J 1988; 296: 1449-50 (For Debate . . .).

Literatuur

1. Hussain SA, Latif ABA, Choudray AAAA. Risk to surgeons: a survey of accidental injuries during operations. Br J Surg 1988; 75: 314-6.
2. Sim AJW, Dudley HF. Surgeons and HIV. Br Med J 1988; 296: 80.
3. Shilts R. The band played on. New York: St Martin's Press, 1987.

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

LAD

Jaarrede voorzitter Aghina

Voorzitter Aghina op jaarvergadering: 'Wij zijn blij met het overleg met de overheid'

'Wie mij aan het begin van het voorzitterschap van de LAD, nu vier jaar geleden, zou hebben gezegd dat ik ooit nog eens als een echte vakbondsvoorzitter actieleider zou zijn, die had ik toen voor geestelijk niet geheel volwaardig verklaard, om geen sterkere termen te gebruiken,' aldus voorzitter Aghina aan het begin van zijn jaarrede op dinsdag 25 oktober jl. in het Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht.

Aghina ging uitgebreid in op de voor de LAD toch zeer unieke actieperiode in oktober. Aghina zei hierover onder andere: 'Niet alleen inkomen maar de te lange werktijden, de moeilijke werkgelegenheidssituatie en het dreigende kwaliteitsverlies zijn actiepunten van de LAD. En men begint dat te begrijpen.'

De LAD-voorzitter toonde veel waardering voor het begrip dat met name door de niet direct betrokken leden uit de LAD-achterban voor de actie was opgebracht. Aghina: 'Ook LAD-leden niet werkzaam in de intramurale gezondheidszorg hebben begrip gehad. Daarvoor onze hartelijke dank. Het zal vaak niet eenvoudig zijn geweest om begrip op te brengen toen via de media het specialistengedruis voorbij rolde. Ook al weet iedere arts inmiddels, tenminste theoretisch, dat alles met alles samenhangt en dat dit met de artseninkomens in het bijzonder het geval is. Het zou mij dan ook niet verbazen dat LAD-leden, niet werkzaam in de intramurale gezondheidszorg, vraagtekens bij de actie van hun LAD hebben geplaatst. Ik hoop dat duidelijk is geworden dat het bij de acties van de LAD om andere dingen gaat dan alleen inkomens. Ik kom daar later nog op terug. In ieder geval, dank aan de 70% van de leden die solidair zijn geweest met de andere 30%.'

Aghina vond het een enerverende periode maar vond ook dat het de moeite waard was geweest. 'De LAD heeft de kans gekregen om over een breed front haar mening te geven, discussie los te maken en aan te geven dat het in deze tijd niet meer zo normaal is dat een dokter altijd 55 à 60 uur werkt,' aldus Aghina. De voorzitter was bijzonder blij dat het actievoeren in het geval van de LAD ook ergens toe had geleid, namelijk tot het op gang komen van overleg met een aantal overheidsinstanties. 'Wij zijn blij met dat overleg, dat wil ik hier met nadruk stellen. Niemand is gebaat bij acties. En voor artsen is actievoeren een uiterst tegennatuurlijke bezigheid,' aldus Aghina.

Het gaat bij de bespreking met de overheid om verkennende besprekingen. Daarbij staat met name de zorg van de LAD voor werkgelegenheid en behoud van kwaliteit van zorgverlening in academische ziekenhuizen en grote dienstverbandziekenhuizen voorop. Aghina lichtte die zorgen nog eens toe: 'Wat de doelstellingen van onze actie betreft, het gaat bij de LAD voornamelijk om een vertaling van een hogere loonlijn in de CAO-Ziekenhuiswezen naar bijvoorbeeld kortere werkweken een daaruit voortvloeiende extra arbeidsplaatsen. Daarnaast stond ook de angst dat de tariefsverlagingen als gevolg van de regeringsmaatregelen nadelige gevolgen zouden hebben voor de werkgelegenheid. In de eerste plaats al de vermindering van het aantal formatieplaatsen in de academische ziekenhuizen en van assistentenplaatsen in de algemene ziekenhuizen. Ook angst voor het terugbrengen van de mogelijkheden om in de academische ziekenhuizen kwalitatieve topzorg te bedrijven die kenmerkend en noodzakelijk is voor de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland. Die ziekenhuizen zijn volgens de LAD reeds voldoende geplaagd door allerlei bezuinigingsmaatregelen'. In de jaarrede kwam ook de roep van politiek Den Haag, om alle artsen in dienstverband te nemen, aan de orde. Aghina stelde voor

om het dienstverband zó aantrekkelijk te maken dat de keuze automatisch in het voordeel van het dienstverband zou uitvallen. Hij vond het onverstandig om dit doel onder dwang te bereiken. 'Met onwillige honden is het slecht hazen vangen, zegt het spreekwoord, daar zijn die hazen tegenwoordig ook veel te schaars voor, merk ik dan terzijde op. Mijs inziens zou het thans een strategisch juiste zet zijn aan de LAD-wensen op het gebied van werktijden etc. tegemoet te komen en een aantrekkelijke dienstverbandpositie te creëren', aldus Aghina.

Jaaroverzicht

Uitgebreid liet de LAD-voorzitter vervolgens ook andere belangrijke zaken uit de afgelopen bestuursperiode de revue passeren. Hij memoreerde de succesvolle viering van het veertigjarig jubileum van de LAD dit jaar in de Singer Concertzaal te Laren. Hij gaf aan dat het voor het eerst sinds enige tijd weer was gelukt in een aantal CAO'en algemene salarisverhogingen te bereiken, variërend van een half tot een heel procent en ging vanzelfsprekend ook op de werkgelegenheidssituatie in.

Vacaturebank

Aghina: 'De Vacaturebank deed het opnieuw bijzonder goed. Het ziet er naar uit dat we dit jaar voor het eerst over de 400 bemiddelde vacatures heen komen. Ook de contacten met Engeland verlopen succesvol, meer dan 100 Nederlandse artsen werken op dit moment in Engeland, voornamelijk ook via de bemiddeling van de Vacaturebank. Het aantal keren dat de vacaturetelefoonlijn wordt gebeld is thans gestegen tot een kleine 1.000 per week. Dat geeft enerzijds het succes van de formule aan, anderzijds ook de omvang van het werkgelegenheidsprobleem.' Ook het uitzendbureau van LAD en KNMG, de SWG, functioneert succesvol. De SWG vervult een steeds belangrijker rol bij de vervulling van met name tijdelijke vacatures.

Professioneel statuut

Aan het slot van zijn redevoering benadrukte de LAD-voorzitter opnieuw de noodzaak van een professioneel statuut voor artsen. Aghina: 'Al eerder, met name ook tijdens ons jubileumcongres, heb ik gesproken over nut en noodzaak van een professioneel statuut. Collega Stadt, voorzitter van de FHZ, heeft dat op de laatste ledenvergadering van zijn vereniging ook benadrukt. Het kabinet streeft ernaar de invloed van de financiers te vergroten onder andere door het inbrengen van een zekere mate van concurrentie. Hoe dit zich ook ontwikkelt, de kwaliteit van ons handelen moet worden gewaarborgd. Dat betekent niet alleen dat wij goede vakmensen zijn die kwaliteit leveren, maar ook dat concurrentie en financiële mogelijkheden of onmogelijkheden niet mogen leiden tot aantasting van die kwaliteit. Het is derhalve van het grootste belang dat onze verantwoordelijkheden worden vastgelegd in een professioneel statuut. Als de overheid de burger in een nieuw gezondheidszorgstelsel aanspraken geeft op kwalitatief goede gezondheidszorg, zal hij ook voor de middelen en mogelijkheden moeten zorgdragen. Zodanig dat de zorgverlener zijn of haar taak naar behoren en met inachtneming van de professionele verantwoordelijkheden kan uitoefenen. Ook dáár staan wij voor!'

UIT DE VERENIGINGEN

LVSG

Ledenvergadering 19 december 1988

Convocatie voor de Extra Ledenvergadering van de Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen, te houden op maandag 19 december 1988 om 19.00 uur in het Jaarbeurs-congrescentrum te Utrecht.

De agenda voor de vergadering luidt als volgt:

Huishoudelijk gedeelte

1. Opening
2. Jaarrede voorzitter
3. Verslag van de ledenvergadering van 26 oktober 1988
4. Verkiezingen
 - a. In verband met het aflopen van de zittingsperiode van de huidige voorzitter, Mw. Hermann, pe 31-12-1988 stelt het Centraal Bestuur voor de heer E. Iwema Bakker te Amsterdam te verkiezen tot voorzitter van de LVSG pe 1-1-1989.
 - b. Het Centraal Bestuur heeft gemeend zittende bestuursleden die van functie en daarmee van tak van sociale geneeskunde verander-

ren in de gelegenheid te moeten stellen hun bestuurslidmaatschap te continuëren middels beschikbaarstelling van één van de twee zogenoemde vrije bestuursplaatsen. Op dit moment is dit het geval met bestuurslid Koch die van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde is overgegaan naar de tak algemene gezondheidszorg. Voorgesteld wordt de heer W. A. M. Koch te benoemen op een vrije bestuursplaats.

c. Voorgesteld wordt in de vacature Koch te voorzien door benoeming van Mw. H. L. Godthelp te Den Haag (betreft bindende voordracht NVAB).

5. Perspectief LVSG

6. Rondvraag

7. Sluiting huishoudelijk gedeelte

Themagedeelte

Het themagedeelte van de vergadering zal zijn gewijd aan de samenwerking curatieve artsen/preventief werkende artsen in het kader van de sociaal-medische begeleiding.

KNMG

Informatiemarkten voor medisch studenten

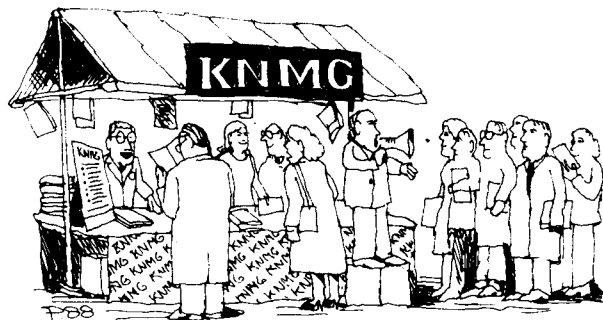
De KNMG organiseert in samenwerking met haar maatschappelijke verenigingen, de registratiecommissies, de Vacaturebank voor artsen, Olma, Artsen Onderlinge en Movir DTO én met de hulp van de medische studentenvereniging van de desbetreffende universiteit informatiemarkten voor medisch studenten. Namens de aanwezige artsorganisaties zal een korte inleiding worden gehouden. Daarna kan men bij de diverse 'marktcramen' alle gewenste informatie verkrijgen over bijvoorbeeld de mogelijkheden na het artsexamen, de Vacaturebank voor artsen, de Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen, financieringen en studentenverzekeringen.

Medisch studenten zijn van harte welkom op deze informatiemarkten. Toegang, koffie en broodjes zijn gratis!

De volgende informatiemarkten zijn gepland:

15 november: Erasmus Universiteit Rotterdam. Vanaf 17.00 uur in de examenzalen van het universiteitsgebouw aan het Dr. Molewaterplein.

21 november: Rijksuniversiteit Leiden. Vanaf 17.00 uur in de collegezaal Interne Geneeskunde (KIR), het nieuwbouwcomplex aan de Rijsburgerweg.



24 november: Universiteit van Amsterdam. Van 14.00 tot 16.00 uur. Deze informatiemarkt wordt door de desbetreffende medische faculteit georganiseerd in het faculteitsgebouw van het AMC, Meibergdreef 15, Amsterdam Zuid-Oost.

28 november: Rijksuniversiteit Limburg. Vanaf 17.00 uur in het Trefcentrum (Jezuitenklooster), Tongersestraat 53 te Maastricht.

SRC

Nieuwe inschrijvingen

Rectificatie van publikatie in MC nr. 41/1988, blz. 1258 e.v.

Anesthesiologie

F. Meijer moet zijn J. Meijer

Heelkunde

P. F. Liqui Lung: er staat als datum van inschrijving 1.10.1988; dit moet zijn 1.10.1987

Mw. K. E. Schenk: er staat als datum van inschrijving 1.2.1987; dit moet zijn 1.2.1988

Inwendige geneeskunde

T. C. Noordzij: er staat als datum van inschrijving 1.4.1988; dit moet zijn 1.7.1988

Klinische genetica

Onder dit specialisme staat ingeschreven C. J. Wouters per 1.3.1988; de heer Wouters is echter ingeschreven voor het specialisme klinische geriatrie

Aantekening klinische neurofysiologie

J. Nijhom moet zijn J. Nihom

Psychiatrie

E. de Jager moet zijn L. E. de Jager

M. G. J. Smeets, moet zijn M. G. J. Schmeets

Mw. M. M. Thunissen moet zijn Mw. M. M. Thunnissen

Radiotherapie

Mw. E. A. van der Steen-Banasik moet zijn Mw. E. M. van der

Urologie

Onder dit specialisme staat vermeld R. S. Khan per 1.10.1986; de heer Kahn is echter ingeschreven voor het specialisme zenuw- en zielsziekten.

KNMG

Rechtspraak: uitspraken Districtsraden in 1987

Bij de publikatie van dit jaarlijkse overzicht moge het volgende worden aangetekend:

A. 1987 is het laatste jaar waarin de 20 Districtsraden van de KNMG zowel ten behoeve van derden als ten behoeve van artsen/leden van de KNMG functioneerden. In het kader van de herziening van de KNMG-rechtspraak (zie de voorstellen tot wijziging van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG zoals door de Algemene Vergadering van de KNMG aangenomen en gepubliceerd in Medisch Contact nr. 41/1987) is het aantal Districtsraden per 1 januari 1988 beperkt tot vijf en is de KNMG-rechter nog slechts toegankelijk voor artsen/leden van de KNMG.

B. De formulering van de korte samenvattingen die hierna volgen is, behoudens technische retouches, woordelijk overgenomen uit de jaarverslagen van de Districtsraden en blijft derhalve voor de verantwoordelijkheid van deze Districtsraden.

C. De selectie en groepering is het werk van het secretariaat van de KNMG. Naast anonimiteit, die overigens ook al door de meeste Districtsraden zelf werd betracht, is geen volgorde in tijd of per Districtsraad aangehouden, wel per onderwerp.

D. Zaken welke niet in behandeling zijn genomen respectievelijk nog in behandeling waren per 1 januari 1988 respectievelijk zaken waarin hoger beroep werd aangetekend of waarvan de Raad van Beroep inmiddels reeds een samenvatting heeft gepubliceerd, zijn in het algemeen uit dit overzicht weggelaten. Twee Districtsraden zijn over het jaar 1987 niet tot de opstelling van een jaarverslag gekomen. Sommige uitspraken van Districtsraden zijn niet weergegeven, aangezien de verslaglegging een zodanig summier karakter had dat vermelding in het jaarverslag geen zin heeft.

Met inachtneming van het bovenstaande bleven er uiteindelijk van acht Districtsraden uitspraken over die voor publikatie vatbaar waren. Zoals ook uit het jaarverslag van de Raad van Beroep over 1987 blijkt is het aantal zaken dat ter behandeling bij de Districtsraden is binnengekomen duidelijk teruggelopen.

Namens het hoofdbestuur Mr. W. R. Kastelein, secretaris

I Klachten die betrekking hebben op een onjuiste of ontoereikende medisch technische behandeling

1. Vader van een patiëntje dient een klacht in tegen de huisarts. Op een zondag werd bij beklagde als dienstdoende huisarts het toen vijf jaar oude dochtertje van klager binnengebracht. Op een camping was zij kort tevoren, rijdend op haar fietsje, tegen een barbecue gevallen. Zij had daarbij een wondje opgelopen aan haar linkerhand. Op de EHBO-post van de camping was het wondje met een in gele vloeistof gedrenkt gaasje gedept en afgedekt. Het betrof een halfmaanvormig oppervlakkig wondje op de linkerhandrug van circa 1 mm diep en 1 cm lang. Na inspectie van het wondje werd door beklagde een verdoving gegeven aan twee kanten. Vervolgens heeft beklagde het wondje gedesinfecteerd met H₂O₂, 1%, met Savlon en daarna gehecht met drie hechtingen. Bijna een jaar later blijkt er een rustig, onopvallend en niet-hypertrofisch littekentje te zijn achtergebleven. Echter het littekentje schemert bij een bepaalde belichting rondom blauw-zwart door, althans zijn er

enkele zwarte stipjes te zien. De klacht spitst zich erop toe dat beklagde het wondje niet, althans niet voldoende, zou hebben gereinigd, waardoor vreemde materie (waarschijnlijk koolstof) in het wondje is achtergebleven.

De Districtsraad is met de ingeschakelde vooronderzoeker van mening dat de huisarts de geëigende behandelwijze heeft gevolgd en dat een aantal genoemde alternatieve behandelwijzen tot een groter litteken zouden hebben geleid. De huidige verschijningsvorm van het vuil in het litteken en de verklaring van klager kunnen geen voldoende bewijs of duidelijke indicatie opleveren voor de stelling dat het vuil ook ten tijde van het hechten van het wondje zichtbaar was en beklagde aldus onzorgvuldig zou hebben gehandeld door het vuil niet te verwijderen.

Nu er onvoldoende bewijs voor de juistheid van klagers stelling was aangevoerd, verklaarde de Districtsraad de klacht ongegrond.

II Niet of te laat verschijnen voor visite

Hierover kwamen geen klachten binnen die voor publikatie vatbaar zijn.

III Onheuse of onzorgvuldige bejegening

1. Klacht omtrent een onjuiste afhandeling van een telefonisch verzoek voor spoedvisite ten behoeve van een ziek kind, juist voor het einde van de weekenddienst.

Beklaagdes echtgenote laat weten dat haar man visites rijdt en dat haars inziens het verzoek ook eerder had kunnen worden gedaan, nu de klachten blijkbaar al circa 48 uur bestonden. In de mening dat de visite wordt geweigerd, deelt de moeder van het kind mede zich wel tot een andere arts te zullen wenden, waarna zij boos de verbinding verbreekt. Als even later de vader van het kind opnieuw belt gaat deze zodanig tekeer, dat de echtgenote van beklagde harerzijds geschokt de verbinding verbreekt. Door de dokterstelefoon opnieuw naar beklagde verwezen, belt de betrokken vader vervolgens met beklagdes zoon, die na langer aandringen het adres verneemt en toezegt verweerder te zullen oproepen. Volgens klager laat de zoon daarbij blijken de visite niet urgent te achten. Volgens de zoon is slechts gesteld dat de volgorde van de nog te maken visites zal worden vastgesteld aan de hand van de door beklagde te beoordelen urgentie. Nadat beklagde binnen circa driekwart uur is verschenen en het consult zonder problemen is verlopen, deelt klager hem mede wat er telefonisch is voorgevallen en dat hij deswege een klacht zal indienen. Als klager op de verbaasde reactie van beklagde opmerkt, dat het verkrijgen van beklagdes hulp maar liefst vier telefoongesprekken heeft gekost, biedt beklagde ter vergoeding een gulden aan, waarna hij door klager de deur wordt uitgewerkt.

Vooropstellend dat in het tuchtrecht de persoonlijke verwijtbaarheid centraal staat, oordeelt de Districtsraad het niet op beklagde zelf betrekking hebbende deel van de klacht ongegrond. Beklaagdes echtgenote geeft toe onjuist te hebben gehandeld, maar ook klager en diens echtgenote hebben onjuist gehandeld. Van onjuist optreden van beklagdes zoon is niets gebleken. Voor het overige oordeelt de Raad het optreden van beklagde zelf correct, behoudens ten aanzien van het aanbieden van een gulden als vergoeding voor de gevoerde telefoongesprekken. Gelet op de bejegening die beklagde ook zelf van klagers reeds had ondervonden en op beklagdes erkenning dat zijn aanbod van een gulden niet passend was, achtte de Raad dit onderdeel van de klacht tuchtrechtelijk van onvoldoende gewicht, zodat ook dit deel van de klacht wordt afgewezen.

OFFICIEEL

2. Klacht van een patiënt tegen zijn huisarts in verband met afgifte van een medische verklaring.

Klager is een vermogend man van gevorderde leeftijd. Na het overlijden van de echtgenote van klager in 1985 ontstonden er binnen de familie van klager problemen met betrekking tot de afwikkeling van de nalatenschap, hetgeen aanleiding gaf tot menige intra-familiaire gerechtelijke procedure. In het kader daarvan heeft de dochter van klager aan de kantonrechter te Utrecht verzocht bewind in te stellen over de goederen van klager, aangezien zij van mening was dat de zoon van klager misbruik maakte van de naar haar inzicht gebrekkige geestvermogens van klager. Klager zou aan het dementeren zijn. Het verzoek tot onderbewindstelling is door de kantonrechter afgewezen. Beklaagde is al jarenlang huisarts van klager en zeer betrokken bij hetgeen zich binnen de familie van klager afspeelde. Beklaagde was het niet eens met de afwijzing van het verzoek tot onderbewindstelling. Beklaagde heeft aan de raadsman van de dochter van klager en haar man een medische verklaring afgegeven omtrent de geestestoestand van klager. Tegen deze afgifte van de medische verklaring richtte zich de klacht. De verklaring zou zijn afgegeven zonder toestemming van klager, zonder voorafgaand onderzoek en niet om enig medisch doel te dienen. Na de naar aanleiding van het klaagschrift en het verweerschrift gehouden mondelinge behandeling heeft klager, nadat beklagde de litigieuze verklaring schriftelijk had ingetrokken, de klacht ingetrokken, zodat daarmee de zaak is beëindigd.

3. Klacht van een patiënt tegen zijn huisarts inzake de hoogte van een nota. Klager had het vertrouwen in beklagde verloren en wilde dit persoonlijk toelichten. Dit onderhoud duurde veel langer dan een normaal spreekuurconsult. Hoewel de hoge declaratie overeenkomstig de geldende normen was aangepast, was de Districtsraad van mening, dat het hier niet ging om een medisch consult en beklagde niet had mogen declareren. Beklaagde kreeg een waarschuwing.

IV Zaken van belang in verband met de gevolgde procedure

1. Naar aanleiding van een diepgaand geschil tussen twee huisartsengroepen in een woongemeenschap van circa 18.000 inwoners is door het bureau van de Raad een bemiddelaar aangesteld, die naar eerst een vooronderzoek te hebben verricht in een aantal gesprekken heeft geprobeerd het geschil bespreekbaar te maken om zodoende de ernstig verstoorde collegiale verhoudingen te herstellen. Hoewel er aanvankelijk enig uitzicht was, bleek dit uiteindelijk niet te lukken, daar de partij die de zaak aanbracht enige vorm van excuses van de andere partij eiste die de andere partij niet wenste te geven. Het bureau van de Raad concludeerde uiteindelijk met het oog op artikel 627 van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG dat de twee klagers geen groep van huisartsen aansprakelijk kunnen stellen voor hun gedrag en gedragingen. Om de zaak te kunnen behandelen is het noodzakelijk dat de collegae met naam en toenaam en met hun door klagers verweten misdragingen in de klacht worden genoemd. Het bleek moeilijk de klagers van deze zienswijze te overtuigen. Door middel van een mondelinge toelichting heeft het bureau toch enige opheldering kunnen geven. Sindsdien heeft het bureau van de klagers niets meer vernomen.

2. Klacht van een zoon die een met de waarneming belaste huisarts 's nachts belt en mededeelt dat zijn bejaarde moeder hevige pijn in de hartstreek heeft, terwijl zij ongeveer tien jaar geleden reeds een infarct had. De beklagde huisarts reageert geïrriteerd met de opmerking dat hij reeds naar bed was en dat hij, naar het zich laat aanzien, weinig kan doen. Hij adviseert de moeder te doen opnemen, doch doet volgens klager verder niets.

Volgens de beklagde regelt hij wel degelijk de opname, doch zulks wordt bij het vooronderzoek niet bevestigd. Aangezien de klager op verdere behandeling van de als signalering bedoelde klacht geen prijs meer stelt en deze klacht, evenals een soortgelijke en reeds afgedane klacht, verband lijkt te houden met kritiek op beklagdes functioneren vanuit de betrokken waarnemingsgroep, sluit het bureau de zaak af met een brief, waarin jegens partijen wordt benadrukt, dat de Raad geen aanleiding ziet voor ambtshalve voortzetting van het onderzoek. Hierbij neemt de Raad mede in aanmerking dat de leden van een waarnemingsgroep in eerste instantie het meest in aanmerking komen voor het nemen van geëigende maatregelen indien zich bij de waarneming min of meer structurele problemen voordoen. De Raad voegt daar echter aan toe naar bevind van zaken te zullen handelen, indien dergelijke problemen inderdaad mochten bestaan en maatregelen als bedoeld desondanks achterwege mochten blijven.

3. De Raad ontvangt een kennelijk niet als klacht maar als kennisgeving bedoelde brief, waarin een patiënt zijn huisarts als een viezerik bestempelt vanwege het in de praktijkruimte niet scheiden van bokken en schapen en dat nog wel bij een medisch onnodig en onwettig gebeuren, waarbij de huisarts werkeloos zou hebben toegekeken. Het bureau schrijft aan beide partijen het door de patiënt vermelde voor kennisgeving aan te nemen en het aan de huisarts over te laten of hij tegenover de patiënt – al dan niet met kennisgeving aan het bureau – commentaar wil leveren. Van geen der partijen wordt verder iets vernomen.

4. De Districtsraad werd verzocht een geschil in behandeling te nemen over de uitleg van een overeenkomst van praktijkoverdracht tussen twee specialisten. Daar door de woonplaats van een hunner deze zaak niet kon dienen voor de aangezochte Districtsraad, werd overeengekomen dat een commissie uit de Districtsraad als arbitragecommissie zou fungeren en aldus uitspraak zou doen zonder dat er een mogelijkheid bestond tot hoger beroep bij de Raad van Beroep. Door partij A werd van partij B een terugbetaling geëist voor te veel betaalde goodwill bij de overdracht van de specialistenpraktijk. Bedongen was dat een nadelige beïnvloeding ten gevolge van besluiten van overheidswege (tariefmutaties en dergelijke) en/of gestegen onkosten drie jaar na de overdracht definitief zou worden afgerekend. Partij A eiste nu bovengenoemd bedrag op, dit op grond van de richtlijnen voor praktijkoverdracht zoals door de LSV in Medisch Contact d.d. 2-9-1983 gepubliceerd. Er werd aangevoerd dat zou moeten worden afgerekend conform de richtlijnen van de LSV van mei 1979 of anders conform het voorschrift van mei 1986. Door de arbitragecommissie werd na brede overweging vonnis geveld waarbij recht en billijkheid werd gedaan aan beide standpunten. De commissie veroordeelde partij B tot het betalen van de helft van het geëiste bedrag en veroordeelde beide partijen voor de helft van de gemaakte kosten.

5. Een specialist diende een klacht in over het disfunctioneren van een medisch tuchtcollege in de vorm van een klacht over het functioneren van de individuele leden als arts in het tuchtcollege. Op formele gronden namelijk, omdat de individuele leden lid waren van twee districten van de KNMG (artikel 633 lid 3 van het Huishoudelijk Reglement), is de Raad van beroep verzocht een andere Districtsraad voor de behandeling van de klacht aan te wijzen, hetgeen is geschied.

6. Een huisartsengroep nodigt de Districtsraad uit een ambtshalve onderzoek in te stellen naar feiten die aanleiding zouden kunnen geven tot een tuchtmaatregel. Het betreft de medewerking van een collega aan de publicatie van een artikel in een regionaal dagblad. De huisartsengroep vraagt zich af of dit in strijd is met de Gedragsregels voor artsen. Het bureau van de Districtsraad ziet – na lezing

van het artikel – geen aanleiding om de voorgelegde feiten ambtshalve te doen onderzoeken en door de Districtsraad te doen behandelen. Het bureau overweegt daarbij het volgende. Het bewuste artikel geeft, naar het oordeel van het bureau, een in voor leken begrijpelijke tekst gestelde opsomming van de 'lotgevallen' van de collega-huisarts met betrekking tot haar vestigingsperikelen. Het bevat, voorzover het bureau kan vaststellen, geen onjuiste informatie. De collega-huisarts laat zich niet op onwelwillende wijze uit over de haar opponerende beroepsgenoten. Dat met het artikel tevens de aandacht van het publiek op haar wordt gevestigd, houdt naar het oordeel van het bureau op zichzelf geen schending van enige gedragsregel in. Dat zou slechts het geval kunnen zijn indien de collega-huisarts zich in het artikel in meer of minder bedekte termen zou hebben aangeprezen als meer deskundig, beter, etc. dan haar collegae, althans als zich op medisch terrein in positief opzicht onderscheidend van haar collegae. Het artikel bevat geen aanknopingspunten tot zo'n constatering.

7. Deze zaak is reeds in voorgaande jaren herhaalde malen door de Districtsraad en de Raad van Beroep behandeld. De Raad van Beroep heeft reeds een uitspraak gedaan op 13 december 1984. De zaak wordt nu opnieuw aangemeld. Na telefonische vergadering door het bureau van de Districtsraad, een eerste informatief gesprek door een der leden van de Districtsraad en vervolgens een vooroverleg tussen dit lid en een ander lid van de Districtsraad, vond een informatief gesprek plaats door deze twee leden met het aanbrengen van het geschil collega A. Collega A heeft in 1984 een eerder opnemingsgroep in een waarnemingsgroep van huisartsen en is in beroep veroordeeld tot deelname in de waarnemingsregeling in zekere gemitigeerde vorm. Eind 1986 heeft collega A zich wederom tot de Districtsraad gewend met klachten over de uitvoering van de waarnemingsregeling en met de wens ook te worden opgenomen in de avonddienstregeling. In het genoemde informatieve gesprek werd collega A gevraagd wat hij van de Districtsraad verwacht. Wil hij een klacht of een geschil aanbrengen? Het antwoord luidde dat 'een einde moest worden gemaakt aan de boycot van de artsen te X'. Dit blijkt er in concreto op neer te komen te worden opgenomen in een waarnemingsregeling voor de avonden en incidentele afwezigheid buiten de regeling voor weekenddiensten, zoals opgelegd in de uitspraak van de Raad van Beroep. Collega A meent dat de uitspraak van de Raad van Beroep op onjuiste gronden berust, omdat hierin wordt verondersteld dat geen regeling voor de avondwaarneming bestaat, hetgeen hij ontkent. Hij meent dit te hebben aangetoond in zijn brief van eind 1986. Aan collega A is uitgelegd dat het de Districtsraad niet mogelijk is een uitspraak van de Raad van Beroep te wijzigen. Wellicht zou hij bij de Districtsraad een geschil aanhangig kunnen maken, waarin hij om toelating vraagt voor een van de drie groepen die volgens hem een onderlinge avonddienstregeling onderhouden. Een bijkomend probleem is dat inmiddels het merendeel van de artsen te X geen lid meer is van de KNMG. Collega A heeft reeds aangekondigd zeker van een eventuele uitspraak, indien deze niet overeenkomstig zijn wensen is, in beroep te zullen gaan en te verwachten dat de artsen te X dit eveneens zullen doen. Aan A is medegedeeld dat van hem bericht wordt verwacht wat hij precies vraagt indien hij alsnog verdere actie van de Districtsraad verwacht. Op een schriftelijke bevestiging hiervan werd door de Districtsraad van A geen antwoord ontvangen.

8. Klacht van een informaticus tegen de PALGA (Stichting Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief), waarin klager melding maakt van het feit dat vrouwelijke medische informatie met vuilnis op straat werd gedeponneerd. De Districtsraad verklaarde zich na een uitvoerige gedachtenwisseling niet bevoegd om over deze klacht te oordelen. Beklaagde, directeur van de PALGA, bleek geen lid van de KNMG.

V Klachten van artsen tegen artsen

1. Een collega, medisch adviseur van een ziekenfonds, beklaagt zich over een collega, die voorzitter is van dit ziekenfonds. Deze zou hem in aanwezigheid van niet-artsen hebben beschuldigd van daden die passend zouden zijn bij een psychopaat. Na binnenkomst van de dupliek is het bureau van de Districtsraad tot de conclusie gekomen dat de aangeklaagde collega in zijn functie als voorzitter van het ziekenfonds heeft gehandeld naar aanleiding van een arbeidsrechtelijk conflict tussen klager en de directie van het ziekenfonds. Het gebruik van het woord psychopaat wordt ontkend door beklagde. Beklaagde heeft bedoelde activiteit niet als collega, doch als voorzitter van het bestuur van het ziekenfonds gedaan. De Districtsraad verklaart de klacht ongegrond. Er werd geen Kamer ingesteld.

2. Klager, waarnemend huisarts, had weekenddienst voor vijf praktijken. Hij werd 's nachts gebeld door een moeder die een kind had met ernstige benauwdheid. Kort voordien had deze moeder een huisarts die ook een consultatieve praktijk voor homeopathie heeft (en in hetzelfde dorp woont) om advies gevraagd. De moeder had buiten weten van haar huisarts om al eerder deze huisarts om advies gevraagd. De huisarts die een consultatieve praktijk heeft voor homeopathie had een visite afgelegd en homeopatische middelen voorgeschreven. Toen de toestand van het kind verdergerde had hij telefonisch geadviseerd met het kind naar het ziekenhuis te gaan. Het kind is toen opgenomen en later hersteld ontslagen. De waarnemend huisarts klaagt zijn collega aan wegens oncollegialiteit ten aanzien van zijn collegae. Ter zitting, waarbij beklagde had laten weten niet aanwezig te zullen zijn zonder dat hij daartoe een opgaaf van rechtmatige reden van verhindering kon geven, bleken genoemde feiten erkend en niet weersproken. Tevens blijkt dat er tussen beklagde en andere huisartsen een zeer gespannen verhouding bestaat. De Inspecteur van de Volksgezondheid heeft al eens moeten bemiddelen en een protocol opgesteld om overname van patiënten, welke beklagde zonder overleg met zijn collega deed plaatsvinden, te reguleren. Inmiddels had beklagde zijn lidmaatschap van de KNMG opgezegd, maar bleef zes maanden daarna gebonden aan zijn verplichtingen als lid van de KNMG conform het Huishoudelijk Reglement. De Kamer van de Districtsraad is van mening dat beklagde te kort is geschooten in zijn taak als medicus, tevens dat hij zich oncollegiaal heeft opgesteld en gedragen ten opzichte van de dienstdoende huisarts door deze niet in te lichten omtrent het verzoek van patiënte – die niet de zijne was – om medische hulp en door zijn bevindingen daarna niet door te geven. De Raad stelt vast dat beklagde zich schuldig heeft gemaakt aan oncollegiaal gedrag ten opzichte van zijn collegae en ten opzichte van de patiënte aan het ondermijnen van het vertrouwen in de medische stand. De Raad verklaart de klacht gegrond en legt beklagde de maatregel van berisping op.

3. Een KNMG-afdeling en een PHV dienen een klacht in tegen een oogarts betreffende het gaan houden van een wekelijks spreekuur in het bedrijfspand van een opticien, het nalaten van enig overleg met klagers c.q. de ter plaatse gevestigde huisartsen en het medewerken aan c.q. toelaten van wervende publiciteit. De Raad verwerpt alle verweren die er op neerkomen dat verweerder als specialist vrij was zich te vestigen zoals hij heeft gedaan en dat verweerder voor de door de opticien verzorgde publikaties geen verantwoordelijkheid draagt. Zeker bij vestiging in een kleine gemeenschap als de onderhavige acht de Raad voorafgaand contact belangrijk voor een goede collegiale samenwerking, zodat het door verweerder achterwege laten van dit door gedragsregel 65 voorgeschreven contact ernstig verwijtbaar is. Hierbij komt nog dat het door een oogarts gedeeltelijk praktijk houden bij een opticien zeer ongewoon is en verweerder dan ook moet begrijpen dat zijn

OFFICIEEL

samenwerking met de opticiën vele vragen en weerstanden zou (kunnen) oproepen. Ofschoon de Raad onderkent dat er op het terrein van de medische dienstverlening ontwikkelingen gaande zijn die leiden tot een toenemende verzakelijking, dat er geen geschreven regels bestaan die samenwerkingsvormen als onderhavige uitdrukkelijk verbieden en dat de door verweerder gekozen samenwerkingsvorm ook voor anderen dan de rechtstreeks betrokkenen praktische voordelen kan hebben, komt de Raad op grond van de vermelde bezwaren en bepalingen tot het oordeel dat die bezwaren in beginsel overwegen en dat verweerder ook om die reden overleg met KNMG-instanties had dienen te plegen, ten einde een controversiële situatie als onderhavige (zo veel mogelijk) te vermijden. Gegeven de situatie lag het meer op de weg van verweerder een verdere escalatie te vermijden door zorgvuldige naleving van de geschreven Gedragsregels voor Artsen, zodat het verweerder extra te verwijten valt dat hij in het geheel geen bezwaar zag en ziet in de door de opticiën verzorgde en mede op verweerder betrekking hebbende wervende advertenties. Door zich niet tegen de plaatsing van die advertenties te verzetten handelde en handelt verweerder in strijd met de gedragsregels 82 en 83. De Districtsraad legt een berisping op op grond van een klacht van de afdeling, terwijl de PHV niet ontvankelijk wordt verklaard ingevolge het bepaalde in artikel 631 van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG.

4. De Stichting Geïntegreerde Gezondheidszorg Oostelijke Eilanden (SGGOE) vraagt de Districtsraad een onderzoek in te stellen naar het gedrag van een huisarts-woordvoerder van een groep huisartsen, die bezwaar maakt tegen de vestiging van dit gezondheidscentrum. Tevens wordt deze arts oncollegiaal gedrag verweten. Deze groep huisartsen voert aan dat in het stadsdeel waar zij praktijk uitoefenen geen plaats meer is voor nog twee huisartsen die in het centrum werkzaam zijn. Er volgde een uitgebreide briefwisseling en een zitting. De klacht werd als ongegrond afgevoerd.

VI Geschillen

1. Uitspraak in een waarnemingsgeschil waarin, ondanks intensieve bemoeiingen van de vooronderzoeker, geen compromis mogelijk bleek. Oorzaak van de problemen is het sterk afwijkend medisch handelen van de huisarts die nu in de waarnemingsgroep wenst te worden opgenomen. Eiser hecht in dit verband groot gewicht aan de omstandigheid dat hij van het burgerlijk recht in hoger beroep gelijk kreeg in een procedure tegen het ziekenfonds dat eiser om soortgelijke redenen de zogeheten medewerkersovereenkomst had opgezegd. Oordelend vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid, medische kennis en ervaring acht de Raad echter de uitkomst van die procedure voor het waarnemingsgeschil niet beslissend, nu in dit geschil ook andere aspecten dienen mede te wegen en bovendien voldoende aannemelijk is geworden dat eisers medisch handelen sterk afwijkt van hetgeen onder beroepsgenoten gebruikelijk is. Alle pro's en contra's afwegend, oordeelt de Raad de bezwaren van verweerders dusdanig reëel en zwaarwegend dat besteding van de reeds jaren bestaande situatie, waarin eiser slechts in noodgevallen op verweerders een beroep kan doen en overigens incidenteel van zelf bekostigde waarnemers gebruik maakt, moet worden beschouwd als de minst slechte oplossing van het geschil, zodat eisers vorderingen niet toewijsbaar worden geoordeeld.

2. Geschil tussen een pas gevestigde huisarts en twee waarnemingsgroepen van huisartsen betreffende de opneming in een van de groepen. In een korte geding procedure (artikel 661A van het Huishoudelijk Reglement) is bepaald dat de waarneming van eiser voorlopig door een van de groepen wordt verzorgd tot het geschil in hoofdzaak wordt behandeld.

3. Geschil tussen een oogarts enerzijds en twee internisten anderzijds, aangebracht door de oogarts. De twee internisten hadden alle controle-afspraken bij de oogarts voor hun dialysepatiënten afgezegd, omdat de oogarts contante betaling zou eisen als gevolg van het conflict tussen de LSV en de VNZ. Dit werd door de oogarts ontkend. Een mededeling hierover in een mededelingenblad voor dialysepatiënten werd dan ook door de oogarts aangevochten. Rectificatie van deze mededeling door de internisten vond naar de mening van de oogarts niet op de afgesproken wijze plaats. Op verzoek van het Bureau van de Districtsraad is een Districtsraadlid in deze zaak actief geweest als vooronderzoeker/bemiddelaar. De bemiddeling heeft veel tijd geleverd, maar was uiteindelijk succesvol. In het voorjaar van 1988 bleek dat het geschil in der minne kon worden geregeld.

De twee internisten hadden alle controle-afspraken bij de oogarts voor hun dialysepatiënten afgezegd, omdat de oogarts contante betaling zou eisen als gevolg van het conflict tussen de LSV en de VNZ. Dit werd door de oogarts ontkend. Een mededeling hierover in een mededelingenblad voor dialysepatiënten werd dan ook door de oogarts aangevochten. Rectificatie van deze mededeling door de internisten vond naar de mening van de oogarts niet op de afgesproken wijze plaats. Op verzoek van het Bureau van de Districtsraad is een Districtsraadlid in deze zaak actief geweest als vooronderzoeker/bemiddelaar. De bemiddeling heeft veel tijd geleverd, maar was uiteindelijk succesvol. In het voorjaar van 1988 bleek dat het geschil in der minne kon worden geregeld.

De twee internisten hadden alle controle-afspraken bij de oogarts voor hun dialysepatiënten afgezegd, omdat de oogarts contante betaling zou eisen als gevolg van het conflict tussen de LSV en de VNZ. Dit werd door de oogarts ontkend. Een mededeling hierover in een mededelingenblad voor dialysepatiënten werd dan ook door de oogarts aangevochten. Rectificatie van deze mededeling door de internisten vond naar de mening van de oogarts niet op de afgesproken wijze plaats. Op verzoek van het Bureau van de Districtsraad is een Districtsraadlid in deze zaak actief geweest als vooronderzoeker/bemiddelaar. De bemiddeling heeft veel tijd geleverd, maar was uiteindelijk succesvol. In het voorjaar van 1988 bleek dat het geschil in der minne kon worden geregeld.



Ledenvergadering 15 december 1988

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging convoceert een Ledenvergadering op donderdag 15 december om 19.00 uur.

De vergadering zal worden gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht (telefoon 030-955911).

De agenda luidt als volgt:

1. Opening
2. Mededelingen: – Pensioenproblematiek
3. Honorering (informatief/eventueel besluitvormend)
Particulier kostenbudget, Norminkomen, Huisartsenhulp in de AWBZ, Rechtstreekse contributie-afdracht, Rechtstreekse betaling deskundigheidsbevordering
4. Nota Bereikbaarheid en Beschikbaarheid (besluitvormend)
5. Voorstel tot wijziging Statuten en Huishoudelijk Reglement in verband met oprichting aanspraakhebbende afdeling en verkorting convocatietermijn ledenvergaderingen tot drie weken (informatief/eventueel besluitvormend)
6. Sociaal-Economisch Beleidsplan (informatief)
7. Vaststelling waarnemingsreglement LHV (besluitvormend)

8. Definitieve Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (besluitvormend)
 9. Nieuwe arbitrageregeling LHV-vestigingsbeleid (besluitvormend)
 10. Toekomst SDO-structuur (informatief/eventueel besluitvormend)
 11. Thuiszorg (informatief)
Rapportage prof. dr. A. J. P. Schrijvers, Organisatiestructuur
 12. Benoemingen (besluitvormend)
Voorstel tot (her)benoeming van twee leden van de Raad van Commissarissen en tot voordracht aan de Raad van Commissarissen van vier kandidaten voor de functie van bestuurslid van de Stichting Goodwillfonds voor Huisartsen
 13. Wat verder ter tafel komt
 14. Rondvraag
 15. Sluiting
- De benodigde stukken zullen zo spoedig mogelijk worden toegezonden.

S. Buijs, huisarts, secretaris/penningmeester