

MEDISCH CONTACT

Nummer 39 – 27 september – 46e jaargang

Worden ouderen door de verplichte pensionering gediscrimineerd? Zo ja, door wie? De Amsterdamse zenuwarts Prof.Dr. A. van Dantzig geeft het antwoord: wij allen discrimineren ouderen voor zover wij de verplichte pensionering vanzelfsprekend vinden.

Deze week wordt in drie artikelen ingegaan op het hanteren van het leeftijdscriterium bij de selectieproblematiek. Mw. Dr. M. A. Verkerk, universitair docente Ethiek aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, gaat in op de onder spanning staande solidariteit tussen jong en oud. Prof.Dr. F. J. G. Oostvogel, emeritus hoogleraar in de medische gerontologie/geriatrie is van mening dat de geneeskunde zich ongeacht de leeftijd van de betrokkene dient in te zetten voor het behoud of het herwinnen van zoveel mogelijk kwaliteit van leven. Tevens wordt het standpunt van het Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen (COSBO) verwoord: als er niet te ontkomen valt aan selectiecriteria, dienen deze pas na een publieke discussie tot stand te komen.

Twee artikelen zijn gewijd aan de WGBO. Dr. J. Legemaate, stafmedewerker KNMG, gaat in op de vraag of de benadering van de WGBO, het contractuele model, te rijmen valt met het vertrouwens karakter van de hulpverlener-patiëntrelatie. Uit zijn beschouwing valt op te maken dat dit wel degelijk het geval is. Ook W. H. Cense, huisarts en oud-voorzitter der KNMG, ziet een en ander niet somber in: 'De WGBO is geen bedreiging voor de arts, maar een uitdaging om zich mét de patiënt in te zetten voor de vertrouwensrelatie nieuwe stijl'.

Een beperking van de zorg voor stervenden tot een vorm van categorale zorg is onterecht en doet geen recht aan de reeds ontwikkelde vormen van terminale zorg in ons land. R. D. Coene, deskundigheidsbevoor-deraar op het gebied van de terminale zorg, neemt stelling.

INHOUD

Actueel: nieuwbouw Domus Medica – 1135

De leeftijdsgrens in het arbeidsproces. Recht of onrecht?
Prof.Dr. A. van Dantzig – 1139

Berust het leeftijdscriterium op een mythe? Twee voorstellen
Mw.Dr. M. A. Verkerk – 1141

Leeftijd als keuzecriterium. Een onjuiste benadering
Prof.Dr. F. J. G. Oostvogel – 1143

Leeftijd als selectiecriterium. Publieke discussie noodzakelijk
Mw.Drs. M. H. M. van Oostrom en Dr. J. B. V. Welten – 1146

IOH-verklaring omschrijving huisartsenhulp. Opvatting staatssecretaris Simons is kortzichtig – 1149

De WGBO en het vertrouwensmodel. Tegenspraak of harmonie?
Dr. J. Legemaate – 1151

Contractmodel versus vertrouwensmodel
W. H. Cense – 1153

'Hospice'-zorg nader bekeken
R. D. Coene – 1156

Colofon 1130 – Hoofdredactioneel commentaar 1131 – Voorzitterskolom 1132 – Brieven 1133 – Praktijkperikel 1134 – Portretten uit een huisartspraktijk 1148 – Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie 1150 – Gezondheidszorg en mensenrechten 1159 – Boeken 1159

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

Bestuur Medisch Contact

F. N. M. Bierens, voorzitter
R. Bekendam, secretaris
Wipstrikerallee 115, 8023 DX Zwolle
Mw. Dr. C. Vermeulen-Meiners
Dr. H. W. M. Anten
Dr. R. J. E. A. Höppener

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

Redactie: Mw. W. G. Kaltofen,
P. L. Pajzs, Mw. C. R. van der Sluys,
R. A. te Velde

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.

Leden van de KNMG ontvangen Medisch Contact als onderdeel van hun lidmaatschap. Niet-leden kunnen een abonnement nemen bij de uitgever.

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

Opgave en administratie:
Wegener Tijl Tijdschriften Groep BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EC Amsterdam
telefoon 020-518 28 28
telefax 020-518 28 43

Advertenties:

De advertentie-exploitatie van Medisch Contact is in handen van:
Wegener Tijl Medische Media
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-518 28 28
telefax 020-518 28 43
Sales manager: F. J. Content
Personeelsadvertenties: F. Schopman
Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.
Geldend advertentietarief: januari 1991

Druk: Tijl Offset,
Zwolle

Bij de voorplaat:

Afgebeeld is het kruid 'immolium' of 'moly', dat reeds voorkomt in het herbarium van Dioscorides (1ste eeuw voor Chr.) en wordt bezongen in de Odyssee (10, 303-306). De plant zou heilzaam werken bij barensweeën.
'Medicina antiqua' code vind. 93 fol. 61 v. Österreichische Nationalbibliothek, Wenen.

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

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

Dagelijks bestuur

Dr. M. van Leeuwen, voorzitter; R. J. M. Vandevelde, ondervoorzitter; H. Knook, Dr. A. W. Mulder, R. H. Levi, E. Iwema Bakker.

Secretariaat

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Drs. Chr. R. J. Laffr e, algemeen directeur; Mw. G. J. M. Venneman, informatrice.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

A. L. J. E. Martens, directeur; Mw. J. A. van Walderveen-van der Louw, secretaresse.

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

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

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

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC)

Dr. L. R. Kooij, secretaris HVRC; N. F. de Pijper, secretaris VA; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, chef de bureau.

Bibliotheek

Prof. Dr. M. J. van Lieburg, bibliothecaris, p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

Hoe ver reikt het recht op gezondheidszorg?

Dit najaar zal de commissie 'Keuzen in de Zorg' (de commissie-Dunning) over haar bevindingen rapporteren. Vooruitlopend op deze gebeurtenis zal in komende nummers van MC aan een aantal controversieel liggende punten aandacht worden geschonken. Uitgangspunt is de vaststelling dat het in de nabije toekomst onmogelijk is aan alle vraag om gezondheidszorg te voldoen. De gezondheidszorg kampt met de wet van de verminderde meeropbrengst: relatief veel geld wordt er besteed aan niet veel voorkomende, maar wel ernstige aandoeningen, aan mensen in het laatste jaar van hun leven en aan mensen op hoge leeftijd. Veel nieuwe geneesmiddelen zijn uitgesproken duur; bezien moet worden in hoeverre deze werkelijk bijdragen aan de kwaliteit of kwantiteit van het leven.

Mondiaal gezien wordt er veel geld gestoken in het medisch wetenschappelijk onderzoek. Hierdoor komen we steeds meer te weten over de structuur en het functioneren van het menselijk lichaam. Het uiteindelijke resultaat van al deze wetenschappelijke inspanning valt echter tegen omdat de aangedragen oplossingen vrijwel steeds halfbakken zijn. Echt genezen worden mensen vrijwel nooit; onze toenemende kennis leidt uiteindelijk tot grotere afhankelijkheid van de gezondheidszorg en dus ook tot meer kosten. Het meest recente voorbeeld hiervan betreft een duur geneesmiddel dat een migraine-aanval effectief coupeert, maar het optreden van migraine niet tegengaat.

De Nederlandse samenleving zal aan moeten geven wat ze met haar gezondheidszorg wil en welk minimaal niveau aan gezondheidszorg straks voor iedereen beschikbaar moet zijn. De moeilijkheid is dat de gezondheidszorg zich bevindt in een spanningsveld tussen twee hoog gewaardeerde idealen: het gelijkheidsprincipe en de individuele keuzevrijheid¹. Beide idealen worden in de gezondheidszorg gelijktijdig nagestreefd. Niet alleen *wil* iedereen het beste, maar het beste *moet* ook nog voor iedereen beschikbaar zijn. Dit spannen van gelijkheid en vrijheid leidt tot de enorme groei van de vraag; dit in een situatie waarin aan de oorzaak van deze vraag – de wil langer en gezonder te leven – maar zeer beperkt tegemoet *kán* worden gekomen. Hierbij komt nog dat alle vragen om zorg geïndividualiseerd ter tafel komen. Individuele artsen komen tegemoet aan de vraag van individuele pa-

tiënten. Afgezien van de acute ingrepen, wordt op geen enkel niveau afgewogen welke vraag voorrang verdient.

De overheid zegt telkenmale aan 'care' minstens evenveel aandacht te willen schenken als aan 'cure', maar zodra ze een bepaalde op curatie gerichte voorziening niet of slechts beperkt wil toestaan, zien we dat ze door de rauwe werkelijkheid wordt ingehaald. Ziekenhuizen trekken zich niets van de overheid aan en patiënten zien kans hun vermeende rechten via de rechter af te dwingen. Al jaren tracht dezelfde overheid het macrobudget van de gezondheidszorg te beheersen. Door het stellen van financiële kaders is ze hierin een tijdlang redelijk geslaagd.

Bierens heeft gelijk gekregen toen hij in 1986 stelde dat de gezondheidszorg ondanks of misschien wel dankzij de beperking van middelen voor kwaliteitsverbetering vatbaar is². Door de nood gedwongen zien de aanbieders van zorg zich genoodzaakt hun hulpverlening te rationaliseren en te protocolleren. Wellicht kan er hierdoor samen met enige uitbreiding van het budget nog wat extra zorgcapaciteit worden gerealiseerd, maar grosso

Dr. C. Spreeuwenberg

modo liggen de grenzen vast en zullen we het maken van werkelijke keuzen onder ogen moeten zien. Immers, ook als er meer geld beschikbaar is blijft de vraag om gezondheidszorg eindeloos.

Als eerste controversieel punt zullen wij deze week aandacht geven aan leeftijd als selectie criterium. Leeftijd is actueel vanwege de komende dubbele vergrijzing en het gegeven dat op hoge leeftijd het aantal ziekten en de ernst ervan toenemen. Daarom zijn voor ouderen de kosten van cure én care hoog. Het gaat in deze discussie niet om behandelingen waarbij de nadelen groter zijn dan de voordelen, maar om die waarvan wordt verwacht dat zij voor de betrokkene baat opleveren, doch niet mogen worden uitgevoerd omdat de patiënt een gestelde leeftijdsgrens heeft overschreden. Geen enkele scribent heeft het aangedurfd het hanteren van de leeftijd als selectie criterium te verdedigen. Op zich is dit al opvallend, omdat mensen in onze samenleving vaker op grond van hun leeftijd rechten worden ver-

leend of onthouden; denk aan de leeftijd waarop hoogleraren worden ontslagen en waarop men recht krijgt op AOW. Al snel wordt gesuggereerd dat het individueel gezondheidsprofiel beslissend moet zijn voor de vraag of iemand wel of niet voor een voorziening in aanmerking komt. Het principiële punt wordt hiermee dan wel ontweken. Wordt de leeftijd binnen de epidemiologie dan nooit als een afzonderlijke, onafhankelijke risicofactor beschouwd? Op grond van een kosten-baten analyse wordt toch ook geadviseerd een te hoog cholesterolgehalte alleen onder een bepaalde leeftijd te behandelen?³

Als leeftijd bij de discussie wordt betrokken is niet te ontkomen aan de koppeling van het gelijkheids- en vrijheidsprincipe: mensen mogen niet op grond van hun leeftijd worden gediscrimineerd en alles wat de geneeskunde in huis heeft moet in principe ter beschikking worden gesteld. In de praktijk leidt dit er toe dat bij een tekort aan orthopedisch chirurgen de wachttijd zowel voor een jonge vitale man, die niet kan werken wegens een habituele schouderluxatie als voor de oudere die een heupoperatie moet ondergaan bijna een jaar bedraagt. Die jongere kan gedurende dat jaar niet werken en belandt als hij niet oppast in de WAO. Vanuit het oogpunt van gelijke toegankelijkheid is de gemaakte keus rechtvaardig, maar is het dan ook als we het levensperspectief in aanmerking nemen? Met Callahan ben ik het eens dat er een moment komt waarop we moeten accepteren dat we niet meer zo goed kunnen, dat we gebreken krijgen en dat we onze sterfelijkheid onder ogen moeten zien⁴.

Natuurlijk vergt het uitwerken van deze problematiek heel wat studie en overleg, maar ik zie niet hoe we als samenleving kunnen ontkomen aan de uitspraak dat iedereen tot een zeker niveau recht heeft op 'care', doch dat voor behandelingen die worden beschouwd als 'cure' rekening zal worden gehouden met de tijd dat iemand naar verwachting daarvan baat heeft. Het bepalen van een leeftijdsgrens is dan onvermijdbaar.

1. Feddes F. Schoffelen in de tuin van pijn en hoop. Amsterdam: Uitgeverij De Balie, 1991.

2. Bierens FNM. Eerste verkenning; commissie 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen'. Medisch Contact 1986; 41: 372-3.

3. Gezondheidsraad. Advies over cholesterol. Den Haag, 1990.

4. Callahan D. Setting limits. New York etc: Simon & Schuster, 1989.

LSV-voorzitter Dr. A. W. Mulder:

De stelselherziening: bezint eer gij begint!

Vele nota's zijn er over geschreven, veel debatten er aan gewijd. Toch is het nog steeds niet helemaal duidelijk wat de gevolgen zullen zijn van de invoering van de stelselwijziging zoals die met name staatssecretaris Simons voor ogen staat. Wel wordt steeds duidelijker welke richting het op gaat. Een richting, zo kan ik u verzekeren, die de LSV met zorg vervult. De motieven om een stelselwijziging in te voeren voor de ziektekostenverzekering zijn al enige jaren geleden geformuleerd. Kostenbeheersing, (toch) meer kwaliteit van de zorg en eigen verantwoordelijkheid voor het veld waren onder andere de sleutelwoorden. Nu de plannen verder worden uitgewerkt, zien we hoe de overheid een en ander denkt te organiseren. De kritiek van de LSV richt zich dan ook niet op een stelselwijziging in het algemeen, maar op een stelselwijziging zoals die nu steeds meer vorm krijgt.

Uitgangspunt van de overheid is dat er sprake is van een marktprincipe (concurrentie) in de gezondheidszorg. De vraag is of een marktprincipe werkt in onze gezondheidszorg met alle voorwaarden die daaraan worden gesteld. Ik denk van niet.

Ook met de financieringsmethodiek heb ik moeite. Het is de bedoeling dat het basispakket zo'n 95% van het huidige ziekenfondspakket, de particuliere en de AWBZ-verstrekingen zal bevatten. De Nederlandse burger zal wettelijk de mogelijkheid krijgen al deze verstrekingen op te eisen en dat binnen een 'redelijke' termijn.

Kortom, de vraag is onbegrensd. Deze wettelijk gegarandeerde onbegrensde zorg vergt per definitie een eindfinanciering. Het nieuwe stelsel voorziet echter in een budgetfinanciering. Deze bestaat dan uit normuitkeringen uit de Centrale Kas aan de verzekeraars en een procentuele, inkomensafhankelijke en nominale premiestelling. Het gevolg daarvan zal zijn dat de gevraagde zorg niet of vertraagd leverbaar is. Bovendien zal de collectieve lastendruk (voor de politiek) onaanvaardbaar stijgen. De risico's van de verzekeraars – die niet uit zullen komen met hun normuitkeringen – zullen

dan worden verhaald op de contractpartners voor zover de nominale premiestelling daar niet in voorziet.

FUNCTIONELE OMSCHRIJVING

Een ander probleem voorzie ik in de functionele omschrijving zoals die wordt voorgesteld. Essentie daarvan is dat er een clustering van zorg – tegen een eenheidstarief (marktwerking) – plaatsvindt. De aard van de zorg vormt het uitgangspunt en er bestaat geen directe relatie meer met de 'soort' aanbieder. Wat houdt bijvoorbeeld 'verloskundige zorg' in een polis in? Door wie (en tegen welk tarief) zal die zorg moeten worden verleend? Door een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist? Dit vraagstuk, een van de ijkpunten in de definitieve, politieke besluitvorming, is op dit moment volstrekt niet inzichtelijk.



Het sluiten van overeenkomsten tussen aanbieders van zorg en verzekeraars is een ander punt waarbij ik grote moeilijkheden voorzie. Naar mijn idee moet je dat mede zien in het licht van de opgeheven contracteerverplichting van de verzekeraars en de maximumtarieven. In principe is het zo dat iedere verzekeraar afzonderlijke afspraken moet maken met individuele specialisten. Marktwerking betekent concurrentie. We hebben zo'n 30.000 vrije beroepsbeoefenaren en zo'n 50 verzekeraars. Er zouden dus zo'n slordige anderhalf miljoen contracten moeten worden gesloten. Over kostenbeheersing gesproken...! De verzekeraars zien die bui al hangen en wat doen ze dus op dit moment? Ze fuseren, want eendacht maakt macht. Hamvraag is dan: wat blijft er over van de beoogde marktwerking?

Wat de individuele medisch specialist

betreft: deze zal beschermd moeten worden tegen deze verzekeringskartels. Het best kan dat worden gedaan door tariefsonderhandelingen op koepelniveau te laten plaatsvinden. Op die manier kan worden voorkomen dat er ongewenste concurrentie-effecten optreden en bescherming wordt geboden tegen het overschrijden van de maximumtarieven.

Wat de overeen te komen kwaliteit van de zorg betreft zal in belangrijke mate moeten worden gevaren op de normering van de wetenschappelijke verenigingen. Capaciteitsafspraken zullen het best kunnen worden gemaakt in het kader van landelijke richtlijnen, die zijn afgestemd op lokaal en/of regionaal niveau. Een tripartite overeenkomst (tussen ziekenhuismanagement, verzekeraars en specialisten) is de meest geeignende manier om volume-afspraken te maken.

Zo op het oog lijken genoemde afspraken de mogelijkheid te bieden enigszins adequaat te reageren op de kabinetsplannen voor een nieuw verzekeringsstelsel. Beter echter ware het als men er in Den Haag nog eens goed over nadacht of de uitgestippelde weg wel zal brengen wat wordt verwacht. Ter herinnering: kostenbeheersing, meer kwaliteit van de zorg en eigen verantwoordelijkheid voor 'het veld'.

Het lijkt er nu nog te veel op dat de kneveling van de overheid zal worden vervangen door de kneveling van verzekeraars. Het lijkt er op dat de verzekeraars de rol van het in de hand proberen te houden van de kosten in de gezondheidszorg zullen overnemen van de overheid. Wat zal de winst, het voordeel, zijn?

Dr. A. W. Mulder,
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 zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

KLACHTBEHANDELING

Een wettelijke taak voor de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.

Zolang de Krankzinnigenwet nog geldt, of zodra de vervanger daarvan, het wetsvoorstel Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen, in werking is getreden, zal de Geneeskundige Volksgezondheid, ongeacht welk klachtensysteem verder tot stand komt, zich bezig moeten houden met het onderzoeken en behandelen van klachten van individuele patiënten. De Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid onderscheidt zich in dit opzicht van de somatische Inspectie, waaraan een dergelijke taak niet is opgedragen, zoals ook blijkt uit het artikel 'Een provinciaal klachtenopvangsysteem' (MC nr. 20/1991, blz. 632). In het systeem van (provinciale) klachtenopvang dat thans kan ontstaan, zo wordt hierin gesteld, houdt onder meer de Geneeskundige Inspectie zich niet meer bezig met klachtenbehandeling of -bemiddeling. Voor de GIGV geldt dit uitdrukkelijk niet. Volgens de Krankzinnigenwet heeft mijn Inspectie als haar taakopdracht het toezicht op het wel en wee van individuele patiënten. Patiënten die klachten hebben over hun behandeling en bejegening moeten daarom ook altijd rechtstreeks gehoor kunnen vinden bij een inspecteur van de Geestelijke Volksgezondheid. Deze taakopdracht wordt in het door het parlement aanvaarde wetsvoorstel BOPZ nog duidelijker omschreven: 'De hoofdinspecteur en de inspecteurs hebben tot taak te waken voor de op het terrein van de volksgezondheid betrekking hebbende belangen van alle personen wier geestvermogens zijn gestoord. Zij zien deswege toe op een verantwoorde behandeling, verpleging, verzorging en bejegening van deze personen.' (art. 59).

Ook omschrijft het wetsvoorstel BOPZ onduidelijk een taak van de Inspectie bij klachten: 'Klachten van patiënten in ziekenhuizen dienen in eerste instantie te worden ingediend bij het bestuur van dat ziekenhuis; mocht dat bestuur binnen twee weken geen beslissing hebben genomen of acht het bestuur de klacht niet gegrond, dan kan de patiënt zich richten tot de inspecteur.' (art. 41).

Uiteraard moet de GIGV zich aan haar wettelijke taken houden, dus zal zij zich op basis van een van bovengenoemde wetten blijven ontfemen over klachten van individuele patiënten op het gebied van de ggz

BRIEVEN

en de ggzz. Deze taak kan zij dan ook niet overdragen aan andere instanties. Overigens stelt de Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, behalve dat de belangen van individuele patiënten hiermee zijn gediend, de betekenis van dit soort klachtonderzoek ook in een ruimer perspectief. Immers, door het rechtstreeks klagen van individuele patiënten komen vaak bepaalde misstanden boven water en wordt de Inspectie geattendeerd op bepaalde knelpunten, die bij 'officiële' inspectiebezoeken mogelijk worden verdoezeld of over het hoofd gezien. In die zin heeft het individuele klachtonderzoek ook een signaalfunctie, die heel waardevol is voor andere aspecten van het inspectiewerk.

Rijswijk, september 1991

M. D. Lamping-Goos, zenuwarts,
Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de
Geestelijke Volksgezondheid

WAO

De emotionele reactie van collega Spreeuwenberg (MC nr. 33/34/1991, blz. 935) vraagt mijns inziens om enige kanttekeningen. Natuurlijk heeft collega Spreeuwenberg gelijk dat 'zijn' treinmachinist zijn oude werkzaamheden niet meer kan verrichten. Een sociale verzekering moet ervoor zorgen dat hij een adequate honorering of aangepast werk krijgt. Maar het verhaal van de treinmachinist is maar een verhaal in het kader van de problemen rond de WAO. Bovendien is generaliseren over een casus altijd gevaarlijk in ons vak.

Collega Spreeuwenberg weet net als ik dat er bij de WAO nauwelijks sprake is van een omschreven ziektebegrip. Hij weet ook dat er een zeer groot verschil is in ziektegedrag tussen zelfstandigen en werknemers en ook dat er een groot verschil is tussen Nederland en omringende landen wat betreft het volume van arbeidsongeschikten. Collega Spreeuwenberg verklaart dit verschil uit de arbeidsomstandigheden. Ik denk dat dit een verklaringswijze is die past bij een denktrant waarbij 'nurture' boven 'nature' staat. Het is de dominante zienswijze van de jaren zeventig waarbij de invloed van omgevingsfactoren hoger werd aangesla-

gen dan persoonlijkheidsfactoren. De voorstellen ter verbetering van de WAO van collega Spreeuwenberg zijn van dezelfde orde als de oplossingen die al tien jaar niet werken. Je hoeft geen politicus te zijn om in te zien dat het beslag dat de WAO op het nationale inkomen legt ten koste gaat van het oplossen van knelpunten in onze samenleving, zoals de werkdruk in de verpleging en wachtlijsten in de ziekenhuizen.

College Spreeuwenberg vindt dat de artsen hun stem moeten laten horen. De KNMG wil zelfs een congres aan de WAO wijden. Ik vind dat de overheid zelf in brede zin een maatschappelijk debat moet ontketenen over de WAO. Een middel daartoe zou een parlementaire enquête kunnen zijn. Dan kan het Nederlandse volk ook een verantwoorde keuze maken; zo zou ook het ziektebegrip weer in ere worden hersteld. Om het maar eens heel demagogisch te stellen: in het huidige systeem heeft de metselaar die van de steiger valt en een dwarslaesie krijgt dezelfde rechten als een alcoholist met een levercirrhose of een drugsverslaafde met aanpassingsproblemen. In het huidige systeem kan iemand die wegens stress allerlei vage alternatieve therapieën volgt met een beetje goede wil op dezelfde behandeling rekenen als een ernstig suicidale depressiepatiënt. In een vernieuwde WAO zou nauwkeurig dienen te worden omschreven wat ziekte en gebrek is, want er is waarschijnlijk een rechtsevenredig verband tussen de vaagheid van het ziekte- en gebreksbegrip en de totale kosten van de WAO.

De WAO is mogelijk een maatschappelijk veiligheidsventiel; het is echter ook de weg van de minste weerstand. Het is aan de artsen en aan de KNMG om dit aan de Nederlanders duidelijk te maken.

Uden, september

J. Kingma, huisarts

DE TIJD STAAT STIL!

Helaas, de tijd staat echt stil in het medisch onderwijs!

'Afgestudeerden vinden dat de opleiding slecht op de praktijk aansluit . . . 'Elke onderwijs-activiteit wordt geëvalueerd?' 'Co-assistenten niet te laten zwemmen . . . 'Algemene kwalificaties waaraan een arts moet voldoen.' Enkele zinsneden uit de inleiding van collega Spreeuwenberg in MC nr. 35 (MC nr. 35/1991, blz. 971).

Graag verwijs ik u en al degenen die ver-

antwoordelijkheid dragen voor de medische opleiding naar het artikel in MC 30/1975, blz. 824: 'Ervaringen en discussiepunten van twee jaar senior-co-assistenten in perifere ziekenhuizen.' Een bijdrage van ondergetekende, naar aanleiding van het congres van de NVMO op 22-11-'74. Zoals u kunt lezen werden toen al, 16 jaar geleden, dezelfde vragen gesteld. De tijd staat stil!

Geleen, september 1991
F. A. V. M. Wagenaar, huisarts

PATIENT-GECONTROLEERDE ANALGESIE

Daar ik al enige tijd ben betrokken bij studies omtrent post-operatieve pijnstilling heb ik met interesse het artikel van Drs. L. W. F. Hooftman (MC nr. 27/28/1991, blz. 851) gelezen. Het is verheugend te zien dat het thema van acute post-operatieve pijn ook buiten de Maasstad wat meer onder de aandacht van de medische beroepsbeoefenaren wordt gebracht. De heer Hooftman merkt in zijn artikel op dat patiënt-gecontroleerde analgesie (PCA) in Nederland slechts experimenteel wordt gebruikt. Dit is echter niet helemaal juist. Reeds jaren geleden heeft de anesthesioloog Dr. B. van Dijk een prototype PCA-apparaat toegepast in het Leyenburg-ziekenhuis te Den Haag. In het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt is PCA al sinds november 1989 één van de standaardmethoden voor het behandelen van post-operatieve pijn.¹ Door gebrek aan beschikbare apparaten wordt PCA voornamelijk toegepast na buikchirurgie en orthopedische ingrepen.

De resultaten zijn erg gunstig. De patiënten ademen beter, worden eerder mobiel en de verpleging wordt als minder pijnlijk ervaren. Bovendien vragen patiënten in het geval van een volgende ingreep regelmatig weer naar deze methode. Met name diegenen die ervaring hebben met traditionele methoden van pijnbestrijding benadrukken de voordelen van PCA: de snelheid van werking, het bedieningsgemak, en de mogelijkheid om preventief, bij een verwachte toename van de pijn zoals tijdens het wassen, de pijnstilling te versterken. Ook in het Zuiderziekenhuis en het Sophia-kinderziekenhuis,² beide te Rotterdam, wordt PCA routinematig toegepast, in het laatste geval bij kinderen van ongeveer 6 jaar.

Voor acceptatie van PCA moet de patiënt bekend worden gemaakt met dit systeem en zijn mogelijkheden. Doordat pijn wordt beschouwd als zijnde inherent aan de operatie, mede ingegeven door de medische staf, maken de patiënten zelf vaak geen optimaal gebruik van PCA.³ Bovendien is angst voor verslaving hierbij af en toe ook een hindernis. Patiënten moeten dan ook bewust worden gemaakt van het feit dat een goede pijncontrole wel degelijk mogelijk is en dat dit zeer gunstig is voor het herstel na de operatie. Dit is een educatief proces. Het is aan de anesthesist om het concept en de werking van PCA uit te leggen en overtuigend het gebruik ervan aan te moedigen. Dit zal onder andere ook het imago dat de patiënt van de anesthesist heeft ten goede komen.⁴ Zaalartsen en verpleegkundigen dienen post-operatief het gebruik van het PCA-apparaat te begeleiden en, zo nodig, te stimuleren. Adequate uitleg wordt bijna altijd gevolgd door een optimaal gebruik van PCA door de patiënt. Het aannemen van een open

houding door artsen en verpleegkundigen ten aanzien van hun eigen vooroordelen omtrent pijnstilling vormt echter een ander, aanzienlijk educatief probleem. Desondanks valt er niet te twijfelen aan het feit dat PCA verpleegtijd bespaart en het welzijn van de patiënt verbetert. Op langere termijn is het te hopen dat ook de Nederlandse geneeskunde het invoeren van acute-pijnteam, ter bestrijding van alle vormen van acute pijn in een ziekenhuis, niet blijft uitstellen.⁵

Momenteel zijn er drie studies betreffende PCA in het AZR-Dijkzigt gaande. Van twee daarvan, de effecten van PCA op de neurohumorale stress-respons en op het psychische welbevinden na operaties, verwacht men een spoedige verschijning van resultaten. Gegevens van een derde studie omtrent het effect van PCA op de post-operatieve morbiditeit en mortaliteit zullen nog heel wat langer op zich moeten laten wachten.⁶

Rotterdam, september 1991
M. E. F. Koenders, student geneeskunde

Literatuur

1. Luitwieler RL, Ruprecht J. Patiënt gecontroleerde pijnbestrijding van de post-operatieve pijn-PCA. TVZ/Vakblad voor verpleegkundigen 1990; 22: 740-1.
2. Pijnteam voor kinderen boekt 'bemoedigende' resultaten. Monitor/Maandblad voor het Academisch Ziekenhuis Rotterdam 1991; nr 5: 20-1.
3. Kluger MT, Owen H. Patients' expectations of patient-controlled analgesia. Anaesthesia 1990; 45: 1072-4.
4. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anaesthesia. Anesth Analg 1991; 73: 190-8.
5. Cartwright PD, Helfinger RG, Howell JJ, Siepmann KK. Introducing an acute pain service. Anaesthesia 1991; 46: 188-91.
6. Ruprecht J (1991), persoonlijke mededeling.

PRAKTIJKPERIKELLEN

WAO-instroom

Op mijn bedrijfsgeneeskundig spreekuur zit een 53-jarige lerares, 1,58 meter lang en 46 kilogram zwaar. Dit kleine, schriële vrouwtje komt mijn advies vragen omdat zij volgens jaar 18 uur gymnastiek zal moeten gaan geven, iets wat zij nooit eerder heeft gedaan. Zij gaf tot nu toe textiele werkvormen (voor de ouderen onder ons: 'nuttige handwerken') maar door de terugloop van leerlingen is er voor haar in dit vak geen plaats meer. Omdat zij in 1973 (!) ook een bevoegdheid lichamelijke oefening heeft gehaald, een zogenoemde sluimerende bevoegdheid, is de schoolleiding volgens de richtlijnen van het ministerie van Onderwijs verplicht haar als lerares LO in te delen. Slechts een medische mutatie (ziek melden dus) en na enige tijd een afkeuring voor het vak LO kunnen tegengaan dat dit vrouwtje een rechtspositioneel vogelnestje aan de ringen zal moeten maken. Hoezo, minder instroom in de WAO?

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

actueel



'Domus Medica' af en officieel in gebruik

Zo nu en dan zullen personeel van de KNMG en de beroepsverenigingen alsmede vaste bezoekers het zich herinneren: het lawaai, het stof, het ongemak van het gelaveer tussen bouwmaterialen die letterlijk overal, eerst in de te renoveren Domus, later ook in de nieuwbouw opgestapeld en soms chaotisch verspreid lagen, de vele vreemde gezichten van de bouwlieden van wie sommigen in de loop der maanden meer bekend raakten, de vele inbraken in auto's die node de stoepen van de Lomanlaan en haar

onmiddellijke omgeving versperden (maar al te vaak tot groot ongenoegen van de buurtbewoners), de bonnen voor het verkeerd parkeren die door ijverige ambtenaren van de gemeente op gezette tijden onder ruitewissers werden geschoven, de lastige verhuizingen naar de nieuwbouw en voor sommigen even later weer terug naar het inmiddels gerenoveerd gebouw en last but not least het eindeloze wachten op de twee in bedrijf zijnde liften, die soms ook buiten bedrijf bleken te zijn en waarvan per werkdag

honderden personen gebruik maakten, ook voor de verplaatsing van voor de sloop en opbouw benodigd gereedschap.

Die hectische periode is al enige tijd achter de rug. Sinds 1 mei 1990, toen de eerste machine de grond bouwrijp begon te maken, nadat het voormalig parkeerterrein was opgebroken, tot de officiële opening vandaag, 27 september, zijn 514 dagen voorbijgegaan. KNMG en beroepsverenigingen, colleges en registratiecommissies, het NHG, Medisch Contact en OLMA, heb-

ben de beschikking gekregen over totaal zestien verdiepingen, verdeeld over twee gebouwen, waarin, zoals voorzitter P. C. H. M. Holland van de door het hoofdbestuur ingestelde bouwcommissie zegt: '... veel artsen in de toekomst elkaar zullen ontmoeten ...' en waarop ...', aldus architect Ir. T. H. Mühlstaff, '... uw leden met recht trots mogen zijn ...', en waarin, als je de stemming daarover peilt onder degenen die er dagelijks werken, het goed toeven is.

Aan die 514 dagen is heel wat vooraf gegaan. Tijdens de Algemene Vergadering van 10 december 1961 (!) werd nadrukkelijk vastgesteld dat de toenmalige vestiging, het bestuursgebouw aan de Amsterdamse Keizersgracht, te klein was. Na het nodige overleg werd in de Algemene Vergadering van 14 december 1963 besloten de zetel van de Maatschappij naar Utrecht te verplaatsen. Op 1 juli 1969 heeft H.K.H. prinses Margriet de Domus Medica aan de Lomanlaan officieel geopend.

Al vrij snel na de ingebruikneming ontstond behoefte aan uitbreiding. Middels een aantal noodingrepen, zoals provisorische herindelingen en een noodgebouw onder de noordvleugel, is aan die behoefte enigszins tegemoetgekomen. Maar het probleem van ruimtegebrek bleef bestaan en werd steeds nijpender.

Met name de situatie bij de LHV noopte het dagelijks bestuur van de KNMG om in oktober 1987 aan het hoofdbestuur twee voorstellen te doen: op korte termijn een noodvoorziening realiseren voor de huisartsenvereniging en een bouwcommissie instellen die op korte termijn zal moeten rapporteren over de mogelijkheden de ruimteproblematiek van de KNMG en de toenmalige maatschappelijke verenigingen structureel op te lossen. Bij dit laatste ging men uit van twee mogelijkheden: verhuizen naar elders of nieuwbouw op eigen terrein.

Voor de LHV bleek de situatie inmiddels onhoudbaar en aangezien een voorstel voor een tijdelijke oplossing als volstrekt ontoereikend werd erva-



... hoofdingang met luifel: 'mooi of lelijk – een tussenweg is er niet ...'

ren, verhuisde het LHV-bureau in februari 1989 naar elders, in afwachting van de dingen die zouden komen. Direct na goedkeuring door het bestuur is men begonnen met de samenstelling van de Commissie Ruimteproblematiek Domus Medica, die mid-

den januari 1988 onder voorzitterschap van het HB-lid P. C. M. H. Holland voor het eerst bijeenkwam. Deze commissie had als taak op zo kort mogelijk termijn duidelijkheid te verschaffen over de ruimteproblematiek in de Domus. Na een aantal keren

bijeen te zijn geweest evalueerde de commissie de verschillende mogelijkheden en koos voor renovatie van de bestaande Domus met aanbouw van een nieuwe kantoorstoren op eigen terrein.

AKKOORD

Medio 1989 ging de Algemene Vergadering akkoord met deze optie. Het hoofdbestuur stelde daarna een begeleidingscommissie voor de bouw in die de werkzaamheden tot het moment van de daadwerkelijke oplevering zou gaan begeleiden. Daarnaast kwam er een interne bouwcommissie, waarin vertegenwoordigers van alle in de Domus gehuisveste verenigingen zitting kregen. Voor wat betreft de renovatie en de nieuwbouw werden de volgende uitgangspunten gehanteerd: de geaccordeerde begroting diende te worden gerespecteerd, tenzij die zou leiden tot kwaliteitsvermindering; de nieuwbouw en het na de renovatie gereedgekomen oude gebouw dienden gelijkwaardig te zijn; er zou één huurprijs worden berekend voor beide gebouwen; er dienden zoveel mogelijk artsenorganisaties te worden gehuisvest in Domus Medica. Het voert te ver om in dit verhaal gedetailleerd in te gaan op de gemaakte investeringen – voor de geraamde en de uiteindelijke kosten zij verwezen naar de betreffende stukken – globaal gesteld: de oorspronkelijke, geaccordeerde begroting van ruim 14 miljoen gulden bleek gedurende de rit de zaak niet geheel te dekken. Daarvoor waren diverse redenen, zoals: in de begroting was geen rekening gehouden met de data- en PTT-bekabeling; brandweer, nutsbedrijven en de stadsverwarming kwamen met extra eisen ten aanzien van de bestaande voorzieningen en in de bouwsom van de architect was geen rekening gehouden met inflatie (de bouwkosten worden altijd geïndexeerd). Om deze financiële tegenvallers op te vangen is gezocht naar bezuinigingen in de renovatie, waarbij zoveel mogelijk rekening werd gehouden met het uitgangspunt van de commissie, dat bei-



... volop ruimte voor ontvangsten en recepties ...

de gebouwen qua uitvoering zoveel mogelijk gelijkwaardig zouden zijn, zodat een eenheidsprijs met betrekking tot de huur kon worden gerealiseerd. Nog even een terugblik naar de feitelijke bouwwerkzaamheden. Nadat

men op 1 mei 1990 was begonnen de grond bouwrijp te maken, werd vervolgens een bouwput gegraven, zo'n drie meter diep; daaronder kwam nog een liftput. Op 15 mei sloeg de toenmalige KNMG-voorzitter Cense de eerste paal van de nieuwbouw. Vanaf



... met uitzicht op een overdekte wintertuin ...

die dag kon iedereen, medewerkers en bezoekers en uiteraard de buurtbewoners, de gestage groei van de betonnen kolos volgen.

Die buurtbewoners hebben zich doorgaans zeer tolerant opgesteld. Natuurlijk hadden zij de meeste last van wat zich vlak voor hun neus afspeelde: het heikabaal, het denderend bouwverkeer, verstopte straten, het gigantische parkeerprobleem, noem maar op. Bouwcommissievoorzitter Holland heeft zich vol lof uitgelaten over die mensen. Al in een vroeg stadium heeft overleg plaatsgevonden met de bewonerscommissie; haar werd verteld wat de buurt te wachten stond, de plannen werden getoond en toegelicht; kortom alles werd gedaan om zoveel mogelijk goodwill te kweken.

Voor degenen die hun werk in het oude gebouw verrichtten werden de vorderingen behalve visueel ook anderszins merkbaar. Het getimmer en geboor klonk steeds luider, steeds meer werklui liepen over en weer, met name toen eenmaal gaten waren geslagen in de oudbouw om de latere verbinding met de nieuwbouw tot stand te brengen.

Op 18 december bereikten de bouwers van aannemer Heijmerink het hoogste punt – een historisch moment waarbij de vlag in top ging. Na de eerste oplevering, op 17 april, begon de feitelijke renovatie van het oude gebouw – een ingrijpende klus, waarbij onder andere alle oude kozijnen moesten worden vervangen en aangepast aan die van de nieuwbouw. Deze renovatie had wel als consequentie dat menig huurder tijdelijk diende te verhuizen naar de inmiddels voor een belangrijk gedeelte gereedgekomen nieuwbouw – voor sommigen was deze verhuizing definitief.

Deze zomer keerde de Landelijke Huisartsen Vereniging terug van de Australiëlaan naar de vertrouwde omgeving aan de Lomanlaan: met haar vestigde zich een nieuwe huurder in de Domus Medica: het Nederlands Huisartsen Genootschap. Inmiddels werd het rustiger in de buurt, zeker nadat het parkeerpro-



... parkeergarage, waarboven een parkeerdek ...

bleem was opgelost dankzij de aanleg van een parkeergarage, waarboven een parkeerdek.

TROTS

Een van de opmerkelijkste aspecten van de nieuwe Domus is de luifel boven de hoofdingang. Niet iedereen is daar even lovend over, maar architect Mühlstaff is er trots op: '... een eigen ontwerp en het leuke is, dat je het of mooi vindt of lelijk – een tussenweg is er niet ...'. Dan de entree- en de hal-partij op de begane grond en de vide op de eerste verdieping: indrukwekkend, maar voor sommigen nogal pompeus mede vanwege de spiegelende tegels (die bij nat weer nogal glad kunnen zijn), ook een beetje kitscherig vanwege de kunstplanten. Mühlstaff vindt dergelijke kritiek maar onzin, want de hal is een ontmoetingsplaats van '... over het algemeen vooraanstaande mensen in de wereld van de gezondheidszorg ...'.

Kritiek en lof wisselen elkaar af. Zo was menig een vrij sceptisch gestemd over de verbouwing van de kantine die is vergroot. Niettemin is er tegelijk geen plaats voor allen die daar tussen de middag willen lunchen. Deze han-

dicap is opgelost door een rouleersysteem onder de respectieve huurders (het NHG doet hier niet aan mee; het Genootschap heeft een eigen keuken). Op de eerste verdieping, de vide tussen het oude en het nieuwe gebouw, is er overigens volop ruimte voor ontvangst en recepties. De vergadercapaciteit is nu optimaal; zelfs de Algemene Vergadering kan voortaan binnenshuis worden gehouden dank zij schuifwanden tussen diverse kleinere zalen.

Lopend door de nieuwe Domus Medica, pratend met de mensen die er hun werk doen, hoor je eigenlijk alleen maar tevreden geluiden. Na de definitieve verhuizingen, nu iedereen zijn eigen stek heeft gekregen en daaraan heeft kunnen wennen, zijn de meesten enthousiast over hun nieuwe werkplek, velen zijn zelfs trots op de nieuwe Domus. Voor de KNMG en de beroepsverenigingen staan in totaal zestien verdiepingen ter beschikking: werkruimten, vergaderzalen, facilitaire vertrekken, parkeerplaatsen, kortom: aan alles lijkt te zijn gedacht. Twee gebouwen naast elkaar, het gerenoveerde oude bijna veertig meter, het nieuwe daarnaast bijna dertig meter boven het maaiveld ... daar kan je niet omheen!

De leeftijdsgrens in het arbeidsproces

Recht of onrecht?

De verplichting met 65 jaar (de pensioengerechtigde (!) leeftijd) het werk neer te leggen, is één van die misstanden waarvoor mij in de loop der jaren de ogen zijn geopend. Dit heeft veel te maken met de omwenteling van de jaren zestig. Als gevolg hiervan verloren de fabrieksschoorstenen hun gezellige vanzelfsprekendheid en werden brutale vuilspuwers, werd zedelijkheid tot tirannie, waardoor abortus mogelijk en homoseksualiteit toonbaar werd, en hoefde ik als niet-roker mijn ademhalingslucht niet meer beleefd zwijgend te laten bederven. Samenvattend kan men zeggen, dat steeds meer mensen weigerden het hun aangedane lijden te aanvaarden als het onvermijdelijke gevolg van een vanzelfsprekende regel. Het meest indrukwekkende voorbeeld hiervan is wel de emancipatie van de vrouw.

Het verzet van slachtoffers van vanzelfsprekendheden noemt men emancipatie, het maatschappelijk proces dat het lijden veroorzaakt heet discriminatie. Worden ouderen in deze zin gediscrimineerd, en door wie dan? En om welke vanzelfsprekendheden gaat het hierbij?

RECHT OF PLICHT?

Ik noemde al het woord 'pensioengerechtigd'. Uit dit woord blijkt, dat het invoeren van een leeftijdsgrens ooit een sociale verworvenheid was. De daarin verborgen vanzelfsprekendheid is dus, dat werken naar is en dat het een voorrecht is dat men er op een bepaalde leeftijd mee uit kan scheiden, dat men niet door geldgebrek wordt gedwongen langer te werken – de leeftijdsgrens was altijd aan een pensioenregeling verbonden – en dat men het recht heeft te gaan genieten van zijn spaargeld. Ik vermoed dat één van de verborgen vanzelfsprekendheden op dit gebied ligt in de wonderlijke gelijkstelling van recht en plicht. Immers, waarom zou een recht een verplichting worden? Een recht kan worden uitgeoefend of niet – dat is de betekenis van het woord. Bij het recht op pensioen is die keus echter afwezig, men is verplicht

A. van Dantzig

Worden ouderen door de verplichte pensionering gediscrimineerd? Zo ja, door wie? De Amsterdamse zenuwarts Prof. Dr. A. van Dantzig geeft het antwoord: wij allen discrimineren ouderen voor zover wij de verplichte pensionering vanzelfsprekend vinden. De auteur is lid van de pas opgerichte werkgroep van psychiaters die deze discriminatie wil bestrijden.

met pensioen te gaan. Waarschijnlijk is deze vermenging van plicht en recht ontstaan omdat het recht bij de werknemer, en de plicht – het betalen van een bijdrage tot een bepaalde leeftijd – bij de werkgever ligt. De vanzelfsprekendheid is dan, dat de werknemer dat recht altijd wilde uitoefenen en dat de verplichting hem niet knelde. Hoe het ook moge zijn, de gelijkstelling van het recht op pensioen en de plicht het werk neer te leggen, lijkt vanzelfsprekend, maar is dat niet. Wordt er nu gediscrimineerd tegen ouderen, als zij worden gedwongen met pensioen te gaan?

DISCRIMINATIE?

Geruime tijd heb ik gedacht, dat hier alle ouderen werden gediscrimineerd: iedereen mag werken behalve zij. (Helemaal waar is dit niet. Niet alle arbeid wordt hun verboden, als ze iets kunnen vinden mogen ze gerust gaan werken). Nu echter meen ik, dat dit niet opgaat. Het zou namelijk betekenen, dat wanneer de koppeling van pensioen en arbeidseinde voor iedereen geldig zou zijn gemaakt, deze maatregel voor de hele bevolking zou gelden, en dan was er van discriminatie geen sprake meer. Voor de voorstanders van de verplichte pensionering, zoals ik de koppeling tussen pensioen en arbeidseinde nu maar zal noemen, is de uitbreiding daarvan een goede zaak: steeds meer mensen krijgen recht op een verzorgde oude dag, mét geld en zonder

plicht. Voor dezulken is er van discriminatie geen sprake; zij ondervinden niets dan goeds van deze regeling. De koppeling is dus niet zonder meer discriminerend. Als er dan toch sprake is van discriminatie, waar is die dan te vinden?

Het is zeker waar, dat een zeer groot aantal mensen, misschien de meerderheid, de koppeling zoals die in het verplichte pensioen aanwezig is, probleemloos accepteert. Er zijn echter altijd mensen geweest die de verplichting het werk neer te leggen vreselijk vinden, al werden ze nauwelijks gehoord. Dat zij een niet eens onbelangrijke groep vormen wordt bijvoorbeeld ook duidelijk door de steeds toenemende gewoonte, werknemers op hun pensioen voor te bereiden. Voor velen is pensionering een 'life-event', dat een bestaand evenwicht verstoort en dat veel aanpassing vraagt voor een nieuw evenwicht is gevonden. Er wordt dus wel degelijk geleden, de gedwongen pensionering eist haar slachtoffers. Iedereen weet dit, maar het hoort tot de vanzelfsprekendheden van het bestaan. En omdat het vanzelfsprekend is voor de groep, is het ook vanzelfsprekend voor de slachtoffers, die tot die groep behoren. Daardoor blijft het lijden een *individuele zaak*, en is er nog nooit een actiegroep van verzet tegen de gedwongen pensionering opgericht. Van belang daarbij is, denk ik, dat de meeste pensioenregelingen gemaakt zijn vóór het begin van de jaren zestig; toen waren minderheden nog zeer gedwee. De gedwongen pensioenregeling voor medisch specialisten evenwel is ingevoerd in een tijd waarin het gewoonte was geworden dat wie onder een maatregel lijdt daar krachtig tegen protesteert. Dat heeft een aantal psychiaters (die dragen al meer wonden van speerpuntacties in de reorganisatie van de gezondheidszorg) dan ook direct gedaan, terwijl deze regeling nota bene door hun eigen organisatie was aangenomen. Spreken deze protesterende psychiaters terecht van discriminatie? Laten we aannemen, dat de procedure correct is verlopen en dat de aanvaarding van het besluit tot gedwongen

pensionering berust op een meerderheidsbeslissing. Is het dan gerechtvaardigd van discriminatie van een minderheid te spreken bij een correcte democratische procedure?

ARGUMENTEN

Om met de argumenten van de *voorstanders* te beginnen: in de eerste plaats moet worden opgemerkt, dat er in ieder geval niet opzettelijk wordt gediscrimineerd. Er is slechts aangesloten bij een vanzelfsprekende situatie: pensioen met 65. Bovendien achten de voorstanders deze maatregel bevorderlijk voor een betere arbeidsverdeling: de lang doorwerkende ouderen belemmeren de intree van jongeren. En een derde argument dat naar voren wordt gebracht, is dat het gevaar voor de patiënten oplevert als men zo lang kan doorwerken als men wil.

Ik wil over deze argumenten in omgekeerde volgorde wat zeggen.

Het gevaar bij lang doorwerken. Als dit gevaar er is, zou het wel heel erg zijn dat het eeuwen heeft bestaan zonder dat men er iets aan heeft gedaan. Maar ook als men aanneemt dat lang doorwerken een risico zou inhouden, dan is dat nog niet een unieke situatie. De kans dat de jonge dokter verslaafd is, een hersenziekte heeft of zijn vak niet kent, is evenmin uitgesloten. Als men maatregelen gaat nemen om dat soort risico's uit te sluiten, zou het zeker discriminerend zijn als men zich tot één risicogroep zou beperken. Men zou dan *algemeen geldende* maatregelen moeten nemen, zoals specialisten- en huisartsexamens, herhaalexamens, verplichte interview en wat men nog meer aan kwaliteitsgaranties zou kunnen bedenken. *Uittreding van ouderen bevordert het intreden van jongeren.* Ik vind dit een nog kwalijker discriminatie dan de verplichte uittreding zonder opgaaf van redenen. Het is te vergelijken met het verplicht ontslag van de gehuwde ambtenares, een vorm van regulering waar men al lang van is afgestapt. De vraag wat beter is: dat een oudere of een jongere werkt, is namelijk geen arbeidsrechtelijke, maar een veel diepergaande, ethische vraag. Deze vraag is van dezelfde orde als die van het leeftijds criterium bij hartoperaties. Zulk soort problemen bij CAO regelen wordt een vorm van *verhulde zedenmeesterij*, waar we net een beet-

je van af beginnen te komen. ik wil daarmee niet zeggen, dat men nooit een leeftijds criterium zou kunnen hanteren, maar dan niet op deze nonchalante manier.

De vanzelfsprekendheid van de 65 jaar. Zoals zoveel van dit soort vanzelfsprekendheden wordt het erbijhorende lijden ook vanzelfsprekend. Ik heb vooral als psychiater veel vrouwen gezien die het gevoel hadden dat hun leven bedorven was omdat ze niet verder hadden mogen leren, opstandig waren ze niet, ze vonden het, net als iedereen, vanzelfsprekend. In de loop van mijn leven heb ik ook veel mensen gezien die een depressie hadden met als oorzaak de verplichte pensionering. Ook zij, en ik, vonden dat vanzelfsprekend. Niet de depressie, maar de dwang.

Maar het is eigenlijk helemaal niet vanzelfsprekend dat mensen lijden onder collectieve maatregelen, als die niet strikt noodzakelijk zijn. En *deze dwang is helemaal niet strikt noodzakelijk.* Ik denk dat het alleen maar een kwestie is van gewoonte dat we het zo doen. In ieder geval is nooit geprobeerd of het ook anders kan, of het bijvoorbeeld ook zo kan worden geregeld dat men zo lang werkt als men kan of wil, eventueel met kortere werktijden. Hieraan zullen best bezwaren kleven, maar men moet een regeling niet vergelijken met een ideaal, maar met het reële alternatief. En in dat reële alternatief worden veel mensen die nog een aantal jaren met plezier hun werk zouden kunnen doen en een nuttige bijdrage zouden kunnen leveren, tegen hun wil uitgeschaald.

Waar het hier om gaat is een centraal probleem van democratische besluitvorming: de meerderheid moet uiteraard beslissen, maar gebeurt dat altijd met maximale zorg voor de rechten van de minderheid? Als dat niet zo is, discrimineert de meerderheid de minderheid. Ik meen, dat de verplichte pensioenleeftijd daarvan een goed voorbeeld is.

WERKGROEP

Ik kan nu antwoord geven op de vragen die ik in het begin stelde.

Worden ouderen gediscrimineerd door de verplichte pensionering, en door wie dan? Mijn antwoord is: niet *alle* ouderen, maar zij, die zouden willen doorwerken en aan wie dat op

onvoldoende gronden wordt verboden.

En door wie dan? Door ons allen, voor zover wij de verplichte pensionering vanzelfsprekend vinden. Door henzelf dus ook, omdat zij die mening delen.

Zij die met deze discriminatie willen ophouden, komen daarbij natuurlijk op voor hun eigen belang. Zo beginnen emancipaties: bij de belanghebbenden. Daarom is er nu ook een werkgroep van psychiaters opgericht om deze discriminatie te bestrijden. Het lijkt me in ieders belang, dit initiatief te steunen. Iedereen wordt oud en zal dan belang hebben bij *meer opties* – wat de definitie van emancipatie is. Maar het gaat niet alleen om het eigenbelang, het gaat ook om het opheffen van een misstand. Die misstand moet eerst zo dicht mogelijk bij huis worden bestreden, in dit geval dus: bij onze eigen organisaties, die in onderhandelingen mee moeten besluiten over het invoeren van de verplichte pensionering voor alle medici. Ik hoop dat ook zij die wel met 65 willen ophouden, zullen aandringen op een regeling, die een keus biedt in plaats van dwang. De simpele billijkheid gebiedt dat.

Keuzen in de zorg

Berust het leeftijds criterium op een mythe?

Twee voorstellen

Ouderen zijn lastig, vervelend en kosten alleen maar geld en tijd. De oudere is een hulpbehoevende bejaarde die zit te wachten op bezoek dat niet komt. Dit is althans het beeld van ouderen en ouderdom waartegen de pleitbezorgers van het 'anti-ageism' ageren. Het 'anti-ageism' schetst juist een beeld van een oudere die maatschappelijk actief, mondig en kritisch is. Elk onderscheid op basis van leeftijd wordt als een vorm van discriminatie van de oudere gezien.

Daarentegen zijn er ook pogingen in de literatuur terug te vinden die juist het belang van leeftijd als specifiek kenmerk benadrukken. Onze levensloop kent verschillende stadia, waarvan de ouderdom er één is. De ouderdom als apart levensstadium heeft zijn eigen invulling en betekenis. Door het ontkennen van leeftijd als relevant criterium, dreigt de oudere te worden tot een karikatuur van de jongere: hij doet alle moeite om te voldoen aan het beeld van de 'jonge mens', vitaal en vol levenslust. Critici van het 'anti-ageism' pleiten voor de relevantie van leeftijd in de beleidsvorming. Het is vanwege een specifieke betekenis van 'ouderdom' dat mensen naar leeftijd verschillend in onze samenleving behoren te worden behandeld. Ik kom in het vervolg van deze bijdrage hier nog op terug.

Op welke manier ook over ouderdom zou moeten worden gedacht, het bedenken van de betekenis van de begrippen 'leeftijd' en 'ouderdom' moet, naar mijn mening, een noodzakelijk gegeven zijn bij de beleidsvoorbereiding. Als we ons beperken tot het voorbeeld van het gezondheidszorgbeleid, dan zien we pogingen om ouderen voor bepaalde vormen van gezondheidszorg niet meer in aanmerking te laten komen. Zo is bijvoorbeeld een leeftijdsgrens voorgesteld voor harttransplantaties, waardoor mensen die boven de 55 jaar zijn niet meer in aanmerking komen voor de behandeling. Anderen houden een

Marian A. Verkerk

Bij de verdeling van de middelen voor de gezondheidszorg kan de solidariteit tussen jong en oud onder spanning komen te staan. Generationele billijkheid en solidariteit slaat echter niet alleen op de verdeling van de gezondheidsmiddelen, maar ook op de verdeling van de culturele betekenissen en sociale rollen. Aldus Mw. Dr. M. A. Verkerk, universitair docente Ethiek, Faculteit der Wijsbegeerte, Erasmus Universiteit Rotterdam.

pleidooi voor specifieke gezondheidszorg voor ouderen; zo zou de oudere meer belang hebben bij 'care' dan bij 'cure'.

Voor een oordeel over de morele aanvaardbaarheid van het instellen van een leeftijdsgrens van 55 jaar bij de toewijzing van harttransplantaties is het nodig dat we weten wat 'leeftijd' in dezen betekent. Is het een niet ter zake doend criterium dat leidt tot discriminatie van de oudere, of heeft 'oud-zijn' een eigen betekenis, op grond waarvan ouderen ook voor andere behandelingen in aanmerking komen?

RECHTVAARDIGING

In de discussie met betrekking tot leeftijd als criterium vallen nogal vaak termen als 'ongelijkheid' en 'discriminatie'. Beide begrippen verschillen in betekenis. Het begrip 'gelijkheid' eist van ons dat we redenen van rechtvaardiging geven voor het ongelijk behandelen van mensen. Het principe van gelijkheid wordt veelal omschreven als: gelijke personen (zaken) gelijk, en ongelijke personen (zaken) ongelijk behandelen. We moeten dan criteria vinden op basis waarvan we personen als gelijk of ongelijk moeten

beschouwen. *Non-discriminatie* betekent dat we mensen die overigens wel van elkaar verschillen (bijvoorbeeld naar leeftijd) niet anders of verschillend mogen behandelen.

Wanneer we leeftijdsdifferentiatie willen beoordelen vanuit een principe van gelijkheid, dan gaat het erom na te gaan of leeftijd een relevant criterium is op basis waarvan mensen verschillend mogen worden behandeld. De discussie moet zich dus richten op de redenen die het rechtvaardigen onderscheid te maken op leeftijd. Gelijkheid verschilt met non-discriminatie in de zin dat de laatste van ons eist dat wij mensen niet verschillend behandelen, terwijl de eerste slechts van ons eist dat wij verschillende mensen niet slechter behandelen. Het 'anti-ageism' lijkt in zijn pleidooi voornamelijk te varen onder het blazoen van de non-discriminatie. Al verschillen mensen van elkaar – de één is ouder dan de ander – dan nog mag dit geen enkel verschil maken in hun behandeling.

In deze bijdrage wil ik twee voorstellen bespreken. Het ene voorstel is erop gericht aan te tonen dat leeftijdsdifferentiatie noch discriminatie noch een vorm van ongelijkheid is en het andere voorstel tracht juist aan te geven dat wij uit een oogpunt van gelijkheid ouderen ongelijk moeten behandelen in vergelijking met jongeren.

GEEN DISCRIMINATIE

In verschillende publikaties benadrukt Norman Daniels de opvatting dat leeftijd, anders dan sekse of ras, geen discriminerend criterium is.¹ Onze levensloop kent verschillende stadia. We zijn allemaal ooit jong geweest en we worden allemaal ouder. Leeftijd is niet iets waarmee we groeien van elkaar kunnen onderscheiden, zoals we dat wel kunnen met criteria als ras of sekse. Als mensen verschillend worden behandeld naar leeftijdsgroepen – bijvoorbeeld de

claim van ouderen op andersoortige zorg – dan geldt dit als een verschillende behandeling binnen het perspectief van één leven in plaats van een verschillende behandeling tussen levens. Op deze wijze is het gebruik van leeftijd een intrapersoonlijk in plaats van een interpersoonlijk criterium. Bij sekse als mogelijk distributiecriterium is dit anders. Iemand hoort zijn gehele leven tot één bepaalde sekse. Verschillende behandeling naar sekse betekent dus verschillende behandeling van groepen. In termen van het voorgaande is de verschillende behandeling naar sekse een vorm een discriminatie. Het onderscheid maken naar leeftijd is in de opvatting van Daniels géén vorm van discriminatie. Immers, mensen worden niet verschillend behandeld. Bij een leeftijdsgrens van 55 jaar voor de toewijzing van harttransplantaties wordt een ieder gelijk behandeld vóór 55 jaar, maar ook daarna. De 50-jarige en de 60-jarige worden niet verschillend behandeld in het perspectief van hun gehele leven.

GELIJKE KANSEN

Voor het begrip van Daniels' positie is het van belang dat zijn redenering rond rantsoeneren naar leeftijd moet worden begrepen in zijn algemene theorie van de rechtvaardige verdeling van gezondheidsmiddelen: het systeem van gezondheidszorg gevat in het streven naar een zodanige samenleving waarin een ieder gelijke kansen ervaart voor het uitvoeren van zijn levensplan. Allen behoren gelijke kansen te hebben tot het leven van een 'natural life-span'. Bij de beslissingen over de vormgeving van het gezondheidszorgsysteem zal de prudente beslisser een andersoortig pakket aan zorgvoorzieningen kiezen wanneer hij jong is dan wanneer hij oud is. De verschillende levensstadia kennen verschillende voorwaarden voor het uitvoeren van het levensplan. Een harttransplantatie waarmee het leven van iemand kan worden gered is van groter belang voor degene die nog niet een 'natural life-span' heeft bereikt dan voor degene die al ouder is.

De prioritering of rantsoenering zelfs van gezondheidszorgmiddelen betekent in de opvatting van Daniels niet dat middelen van de ene groep naar de andere worden overgeheveld. De

verdeling van middelen toont een prudentiële verdeling van middelen over de verschillende levensstadia, die tegelijkertijd rechtvaardig is. Het een en ander heeft gevolgen voor het vraagstuk van intergenerationele solidariteit. Omdat het lot van allen gelijk is, hebben wij ook een gemeenschappelijkheid in belangen. Zo stelt Thomas Cole in dit verband:² 'The primary justification for support or care for the elderly derives (. . .) from equal opportunity to pursue one's own life plan at every stage of life. Prudence leads people to support programs not out of commitment to a common good, but in which they have a common stake. Growing up and old is both a fate and a privilege that virtually all of us share.'

GEEN ONGELIJKHEID

Voor Daniels gold leeftijd als een *intrapersoonlijk* criterium en geen *interpersoonlijk* criterium. Voor Daniel Callahan daarentegen is leeftijd een criterium waarmee wij groepen van elkaar kunnen onderscheiden.³ Voor Callahan is leeftijd een interpersoonlijk criterium. We discrimineren naar leeftijd, maar naar de opvatting van Callahan is leeftijdsdiscriminatie geen vorm van ongelijkheid. Callahan's betoog heeft nogal wat reacties opgeroepen. Met name zijn stelling, dat het afzien van verder levensverlengend handelen bij ouderen een van de manieren is om grenzen aan de gezondheidszorg te stellen, is sterk bekritiseerd. Dat is echter jammer, omdat daarmee de aandacht wordt afgeleid van andere, naar mijn mening inspirerende gedachten van Callahan. Twee belangrijke argumenten van Callahan zijn, ten eerste, dat ouderdom een biologische grens is die wij behoren te respecteren, in plaats van een 'endless frontier' voor bio-medisch onderzoek en ten tweede de gebrekkige sociale betekenis van 'oud-zijn'. Callahan betoogt, dat wij in onze samenleving geen eigen opvatting meer hebben over wat 'ouderdom' betekent. De oudere is een karikatuur van de jongere geworden en streeft slechts naar een oneindig lang leven. Aan 'ouderdom' zou een inhoudelijke betekenis moeten worden gegeven, die op haar beurt ook richtinggevend is bij het vaststellen van claims van ouderen op middelen ten behoeve van de

vervulling van hun gezondheidszorgbehoefte; een en ander zou leiden tot een situatie waarin ouderen geen levensverlengende handelingen van de medische wetenschap meer zouden verlangen.

Daniels, die weliswaar werkt met het begrip 'natural life-span', geeft dit begrip geen inhoudelijke betekenis. Zolang aan dit begrip geen inhoudelijke betekenis is gegeven, is ook de plaats van ouderdom in de levensloop niet gegeven. Het is daarom, dat Callahan de voorstellen van Daniels zou willen aanvullen met: 'We will need to know what *ought* to count as 'normal' within that range'⁴.

Recapitulerend komt Callahan's voorstel erop neer, dat voor zover leeftijd een criterium is bij de verdeling van de gezondheidszorgmiddelen, die niet betekent dat mensen ongerechtvaardigd ongelijk worden behandeld. Ouderen worden verschillend behandeld, omdat zij ook verschillen van jongeren.

BESLUIT

Zowel Daniels als Callahan reageert met zijn voorstellen op een situatie waarin de solidariteit tussen jong en oud binnen het gezondheidszorgsysteem onder spanning komt te staan. Voor Daniels is er opnieuw sprake van een intergenerationele solidariteit op het moment dat de jongere de oudere niet beschouwt als de ander met wie hij moet concurreren maar als degene die een levensstadium heeft bereikt waarin hij zich in de toekomst ook zal bevinden.⁵ Voor Callahan is er pas weer sprake van solidariteit tussen oud en jong wanneer aan de verschillende levensstadia duidelijke betekenissen zijn gegeven, wanneer de oudere zijn plaats opnieuw kent in de samenleving en zijn plichten ook naar haar toe vervult. Het moge duidelijk zijn dat voor de totstandkoming van Callahan's ideaal van een goede samenleving een brede maatschappelijke discussie over het een en ander noodzakelijk is.

Hoe dan ook, ik denk dat we voor het doordenken van de solidariteit tussen jong en oud de 'moral economy of the life course' ter discussie moeten stellen. Met deze 'moral economy of the life course' wordt het geheel van verwachtingen omtrent de levensloop bedoeld. De verwachting omtrent ouderdom lijkt te kunnen worden samenge-

vat met: een 'season without a purpose'. De positie van ouderen lijkt gemarginaliseerd te zijn. Deze marginalisatie wordt nog eens bevestigd door het ouderenbeleid uitsluitend als een zorgbeleid te zien. Het lidmaatschap van ouderen is daarom toe aan een herwaardering. Om Cole nog eenmaal te citeren:⁶ "To welcome the elderly back into the moral community, (...) we need to understand the obligations and responsibilities as well as the rights and opportunities of old age. We need policies that eliminate the surplus dependency imposed on older people, policies that strengthen their ability to solve their own pro-

blems and contribute to their communities.'

Voor het beleid betekent dit, dat er kansen moeten worden geschapen dat ouderen kunnen participeren in de samenleving. Flexibele pensionering en permanente educatie kunnen daartoe voorwaarden zijn, naast een rechtvaardig zorgbeleid. Generationele billijkheid en solidariteit betekent niet alleen vragen naar een verdeling van gezondheidszorgmiddelen, maar ook een verdeling van culturele betekenissen en sociale rollen. Zonder een debat daarover is een reële solidariteit tussen jong en oud niet denkbaar.⁷

Noten

1. Daniels N. Am I my parent's keeper. An essay on justice between the young and the old. New York: Oxford University Press, 1988.
2. Daniels N. Just Health Care. New York: Cambridge University Press, 1985.
3. Cole T. Generational equity in America: A cultural historian's perspective. In: Soc Sci Med, 1989, vol 29.
4. Callahan D. Setting Limits. Medical goals in an ageing society. New York: Simon and Schuster, 1987.
5. Callahan, p. 136.
6. Ik zie in dit verband af van de discussie tussen cohorten waartussen mogelijkwerwijs een ongelijke behandeling kan bestaan.
7. Cole, p. 382.
7. Verkerk MA. Solidariteit tussen jong en oud. In: Verkerk MA (red). De Mythe van de Leeftijd, 's-Gravenhage: Meinema, 1990.

Keuzen in de zorg

Leeftijd als keuzecriterium

Een onjuiste benadering

*Grow old along with me.
The best is yet to be
The last of life, for which the first
was made.*

Browning

Zoals in de hele westerse wereld is het gelukkig ook in ons land zo dat steeds meer mensen oud worden en ook ouder dan vroeger, zodat ook steeds meer mensen met het ouder worden en de ouderdom te maken krijgen. De levensverwachting bij de geboorte is sedert het begin van deze eeuw bij mannen gestegen van 50 jaar naar 73,5 jaar en bij vrouwen van 53 jaar naar ruim 80 jaar; waarschijnlijk zal de levensverwachting nog toenemen. Qua levensverwachting hebben we het nog nooit zo goed gehad. Dat is een gelukkige ontwikkeling en het is de kunst daar zoveel mogelijk van te profiteren. Maar ouder worden confronteert ons ook met beperkingen, met functionele achteruitgang en met een loslatingsproces. De mogelijkheden van de geneeskunde zijn evenwel enorm toegenomen: van voor het begin van het leven (onder andere onvruchtbaarheidsbehandeling en in vitro fertilisa-

Prof.Dr. F. J. G. Oostvogel

Het is onjuist leeftijd als criterium te hanteren bij de selectieproblematiek. Ook op de hoge leeftijd die steeds meer mensen bereiken, kan het leven nog veel te bieden hebben. De geneeskunde dient zich dan ook ongeacht de leeftijd van de betrokkene in te zetten voor het behoud of het herwinnen van zoveel mogelijk kwaliteit van leven. Aldus Prof.Dr. F. J. G. Oostvogel, emeritus hoogleraar in de medische gerontologie/geriatrie.

tie) tot aan het levenseinde (intensive care, reanimatie) staan er veel hulpmiddelen en technieken ter beschikking om leven te helpen verwekken, te veraangemen en te behouden. Een indringende vraag is dan of we wel altijd zorgzaam bezig zijn, of we de juiste keuzes maken in het welgemeende belang van de patiënt, of het leven nu en in de toekomst nog wel leefbaar is. Daar komt nog bij dat de

roep om prioriteiten in de gezondheidszorg voor ouderen bedreigend kan worden.

Oud worden is een normaal biologisch proces, een wezenlijk onderdeel van onze levensloop en, wat erg belangrijk is, onze identiteit wordt niet bepaald door onze chronologische leeftijd. De bioloog Lecomte de Noüy stelt dat de grootste uitvinding van de natuur de dood is, met andere woorden: zelfs vanuit een zuiver biologisch gezichtspunt is de dood niet de negatie van het leven, maar een van de middelen om het leven een nieuwe dimensie te schenken en het zo op een hoger plan te brengen. Levenskwaliteit heeft alles te maken met onze verhouding tot de dood.

VISIE OP OUDERDOM

Verreweg de meeste ouderen in ons land blijven tot op hoge leeftijd lichamelijk en geestelijk in (redelijk) goede conditie, de overgrote meerderheid, circa 88%, woont in eigen milieu en leeft grotendeels zelfstandig. Onze visie op de ouderdom en de oudere werkt door in de zorgverlening, want dat is geen neutrale bezigheid.

De 'cure' heeft onmiskenbaar grote successen geboekt, maar er is vaak geen ruimte voor de betekenis van ziekte of veroudering voor het leven. Ouder worden confronteert de curatieven met het gegeven dat uiteindelijk de natuur sterker is, dat veroudering, functieverlies en dood wezenlijk deel uitmaken van een mensenleven. In het algemeen komt 'cure' natuurlijk op de eerste plaats, maar de 'care' mogen we niet verwaarlozen. Het genezen op oudere leeftijd is veel gecompliceerder door de multiple pathologie, de psychische en sociale complicaties, de verminderde reservecapaciteit, de langere herstelperiode en de nogal eens verminderde motivatie bij de patiënt. Het afwegingsproces wat ons te doen staat is dan ook lang niet gemakkelijk.

We moeten die medische behandeling kiezen die de meeste kans biedt op het grootst mogelijke overwicht van waarden over onwaarden voor de patiënt. Het komt aan de patiënt toe te overzien welke zijn waarden zijn, welke staat van leven zijn voorkeur heeft. De patiënt kan overigens andere prioriteiten hebben dan wij. Het automatisme dat altijd alles maar moet worden behandeld, dient te worden doorbroken. Het is aan de patiënt om het doel en de zin van het handelen te bepalen. De deskundigheid van de arts betreft het kennen en kunnen hanteren van de middelen om dat doel te bereiken.

De doelen die men met medisch handelen nastreeft zijn tweeledig: het behouden van het leven en het verbeteren of zo veel mogelijk behouden van de kwaliteit van leven. Iedere medische handeling, ook het eventueel niet behandelen, kent beide aspecten en kan daarop worden gewogen. Overigens is de patiënt, zolang hij of zij daartoe in staat is, de enige die over de eigen levenskwaliteit behoort te oordelen.

Leven met de mogelijkheden en beperkingen die het leven ons te bieden heeft is zeer persoonsgebonden. Kwaliteit van leven is eigenlijk een verzameling van een aantal kenmerken of karakteristieken van het leven welke door mensen op prijs worden gesteld, die het leven goed maken en waarvan het verlies wordt weerstreefd of betreurd. Het meten van die kwaliteit is erg moeilijk, zo niet onmogelijk. Objectief te meten is een aantal lichamelijke criteria, zoals lopen, spreken, ho-

ren en zien. Het criterium van de waarde van betrokkene voor diens gezin, familie, werk of maatschappij is moeilijker hanteerbaar. Ieder mens, ongeacht diens lichamelijke, psychische en sociale situatie, heeft een eigen unieke intrinsieke waarde. Dat impliceert eigenlijk al dat persoonsgebonden criteria, zoals geslacht, leeftijd, karakter of intelligentie, op zichzelf geen valide criteria zijn om levenskwaliteit te meten. Toch dreigen er bij het maken van keuzes waardeoordelen in te sluipen, met name ten aanzien van ouderen: 'Is dat nog wel zinvol leven, kost dat de samenleving niet te veel geld?' De in het algemeen nogal negatieve attitude van de maatschappij ten opzichte van de ouderen kan een ongunstig klimaat scheppen en zodoende druk op de ouderen uitoefenen. Eigen waardering van de ouderdom is van belang. Als men daar niet de vele mogelijkheden van inziet, het niet beschouwt als een zinvolle levensfase, een levensvoltooiing, dan zal er eerder ambivalentie ontstaan ten aanzien van het behandelen van oude mensen.

BEROEP OP GEZONDHEIDSZORG

Is leeftijd dan geen criterium bij zo nodig te maken keuzes in de gezondheidszorg? Naar mijn mening in eerste instantie en op zich niet. Zowel het vergroten aanbod, onder meer door de ontwikkeling van de technologie, als een vraagvermeerdering, leiden tot schaarsteproblematiek en wellicht de noodzaak van selectie. De vraagvermeerdering ontstaat ten dele door wat wel de gezondheidscultus van deze tijd wordt genoemd, anderzijds ook door de toename van het aantal ouderen en daarmee ook van het aantal chronisch zieken. 'Wellicht de noodzaak van selectie', schreef ik, want het is natuurlijk ook een keuze, een beleidskwestie, welk deel van het bruto nationaal produkt aan gezondheidszorg wordt besteed.

Als we ervan uitgaan dat interventies waarschijnlijk op oudere leeftijd minder economisch efficiënt zijn en dat in het algemeen het waarschijnlijke voordeel of nut met het toenemen van de leeftijd afneemt, dan lijkt het geld verspillen ouderen net zo te behandelen als andere leeftijdscategorieën. Maar momenteel is al ruim 5% van de Nederlandse bevolking ouder dan 75 jaar en de gemiddelde levensver-

wachting neemt nog toe. Bovendien heeft een 65-jarige man nog een gemiddelde levensverwachting van ongeveer 13 jaar en een 65-jarige vrouw een gemiddelde levensverwachting van meer dan 20 jaar.

Callahan stelt dat het doel van de geneeskunde in het zicht van de ouderdom zijn grens moet vinden in een beroep op het onderscheid tussen een biografisch en een biologisch leven;¹ een medische behandeling moet beogen het afronden van een biografisch leven mogelijk te maken en er daarna niet naar streven het biologisch leven als zodanig te verlengen. Als iemand op hoge leeftijd sterft, heeft hij de kans gehad zich te ontplooiën en een zinvol leven te leiden: de biografische 'natural life span'. Levensreddende technologieën zouden dan alleen bestemd zijn voor de 'natural life span'; maar wel onlosmakelijk verbonden met uitbreiding en verbetering van de langdurige zorgverlening, vooral voor hoogbejaarden.

Callahan beweert dat dit weliswaar beter is voor de ouderen maar dat de ouderen dit niet prefereren, hoewel ze dat wel zouden behoren te doen. Hij stelt: 'I am interested in how long a life one needs to have a happy life.' De 'natural life span' wordt door hem op 75 levensjaren gesteld. Kunnen dan de laatste vijftien, tien of vijf jaren of zelfs het laatste jaar niet van geweldige betekenis zijn voor de oudere zelf, voor diens naaste omgeving of voor de maatschappij?

Levensvoltooiing is belangrijk voor het individu, het leven wordt in een nieuw perspectief geplaatst en accenten worden verlegd. Zoals Van Melsen stelt,² kan de vergrijzing bovendien een bijdrage leveren aan het vinden van een betere balans tussen de verschillende waarden in onze activistische cultuur.

Norman Daniels beweert,³ dat 'age rationing' zin heeft als we een diactronisch perspectief of anders gezegd een individueel levensloop-denken aannemen. Zo krijgen we als we jong zijn een billijk aandeel in de diverse voorzieningen die ons helpen gezond te blijven of dat weer te worden. Maar dat zou betekenen dat we al ouder wordend een relatief minder groot beroep op deze voorzieningen zouden mogen doen, zodat de volgende generatie dezelfde voordelen kan blijven genieten.

We moeten bedenken dat een oneven-

redig beroep op de gezondheidszorg, bijvoorbeeld in marginale situaties mogelijk ten koste kan gaan van het budget ten behoeve van anderen. Solidariteit kan betekenen dat jongere leeftijdscategorieën meebetalen aan de hogere premies, die mede worden veroorzaakt door de door ouderen veroorzaakte kosten, maar anderzijds betekent solidariteit ook matiging van de eisen en verwachtingen die men op oudere leeftijd aan de gezondheidszorg mag stellen. Het levenseinde hoort nu eenmaal natuurnoodzakelijk bij ons leven en nodeloos rekken is onzinnig. De gave van een langer leven is een grote zegen van de moderne geneeskunde, maar deze kan ook in het tegendeel verkeren, zoals we maar al te vaak om ons heen kunnen zien. Ongeremd individualisme in samenspel met de oppermachtige technologie moet worden tegengegaan.

SCHRIKBEELDEN

Ouderen kennen twee schrikbeelden:⁴ 1. het slachtoffer worden van eindeloze hooggeavanceerde medische technologie, met als gevolg een slepend en ontluisterend ziekbed; en 2. het verstoken blijven van behandeling en verzorging in een situatie waarin deze, indien wel toegepast, hun nog enkele jaren of maanden van zinvol leven had kunnen schenken.

In het kader van de selectieproblematiek is er eerst en vooral aandacht voor de selectie ten gevolge van de schaarste aan donororganen. Zo riep het stellen van een leeftijdsgrens met betrekking tot harttransplantaties de nodige discussies op. Nu is er onder meer ook een tekort aan psychiatrische zorg, aan intensieve care en aan bedden, met name in de psychogeriatrische verpleeghuizen.

In principe heeft ieder mens, ongeacht het geslacht, het ras, de leeftijd, de lichamelijke, psychische of sociale toestand van betrokkene, recht op gezondheidszorg. Een 'pakketdifferentiatie', zoals die nu aan de orde is, kan ertoe leiden dat het basispakket zo beperkt is dat het ouderen te weinig zou bieden en het hun te veel zou kosten om een en ander bij te verzekeren. Bezuinigingen dreigen nogal eens de ouderen te overspoelen en hen op een bestaansminimum terug te dringen. Dat verhoogt de kans op een verstoring van het labiele evenwicht tussen draagkracht en draaglast en vergroot

de kans op afhankelijkheid van, vaak kostbare, zorgsystemen. Een goede gezondheidszorg dient in de context te staan van een integraal beleidsplan, dat de positie van de ouderen daadwerkelijk versterkt met betrekking tot inkomen, sociale zekerheid, woon-, en zorgalternatieven; een omzichtig beleid dat onze affiniteit met de ouderen in onze samenleving benadrukt. Statistisch gezien zullen ouderen minder baat hebben bij een geneeskundige behandeling dan jongeren. Ouderen hebben in het algemeen meer kans op complicaties, zoals infectieziekten, ze hebben minder weerstand, minder aanpassingsvermogen, een langer durende herstelperiode en meer kans op functiestoornissen. Maar de een is op zeer hoge leeftijd nog vitaal en gemotiveerd, terwijl de ander op jongere leeftijd al diverse kwalen en functiestoornissen heeft en levensmoe is. Uiteindelijk staat de arts in concrete situaties tegenover concrete individuen. Belangrijk is dan de *grondhouding* van waaruit we problemen benaderen: dat dient er een te zijn van respect voor de autonomie van de patiënt.

De beslissing of medische interventie wenselijk is berust primair bij de patiënt. Deze dient derhalve goed te worden voorgelicht en te worden begeleid, een open dialoog is noodzakelijk. We dienen de patiënt goed te kennen, dat wil zeggen diens lichamelijke en psychische toestand, de sociale situatie, het relatiepatroon en vooral ook diens levensgeschiedenis en het vermogen om met tegenslag en verlies om te gaan, de zogenoemde 'coping capability'. Wat denkt de patiënt nog van het levensperspectief, is er voldoende kwaliteit van leven voor een mogelijk zinvolle levensvoltooiing en hoe is de motivatie? Dat moeten we wegen op de balans van waarden van en voor de patiënt en van onze medische kennis en mogelijkheden. In dit verband is het interessant om bijvoorbeeld de visie van de cardioloog Koster aan te halen:⁵ 'Door vele technologische ontwikkelingen zijn cardiologische en chirurgische interventies tot op hoge leeftijd toepasbaar met aanvaardbare risico's voor de patiënt en met een langdurig goed effect. Vaak wordt de levensverwachting daardoor zo verbeterd dat deze weer wordt als voordat de ziekte zich manifesteerde. Leeftijd op zich vormt daarom nauwelijks meer een contra-

indicatie voor behandelingen als ze worden uitgevoerd bij patiënten die verder in betrekkelijk goede conditie zijn.'

BESLUIT

In al het bovenstaande is mijns inziens voldoende duidelijk, dat de leeftijd op zich niet als keuzecriterium kan worden ingevoerd. Van de geneeskunde mogen we verwachten dat ze ons terzijde zal staan bij voorkómen van een voortijdige dood, dat ze ons zal helpen om in een zo goed mogelijke gezondheid onze eigen levensstijl zo lang en zo volledig mogelijk te handhaven teneinde onze levensplannen te realiseren. Impliciet betekent dat natuurlijk ook de bestrijding en verlichting van pijn en ongemakken en de bestrijding van chronische ziekten. Zowel de patiënt als de handelend arts dient zich bij het ouder worden goed te realiseren dat levenskwaliteit zonder een, door de patiënt te beoordelen, kwaliteit tot een ondraaglijke last kan worden.

Literatuur

1. Callahan D. Setting limits. New York: Simon & Schuster, 1987.
2. Melsen BGM van. Vergrijzing, zegen of ramp? In: Ouder worden nu '90. Almere: Versluys, 1990.
3. Daniels N. Am I my parents' keeper? New York: Oxford University Press, 1988.
4. Salters LAG. Afzien van (verder) levensreddend handelen bij ouderen; een bijdrage vanuit de ethiek. In: Verkerk MC (red). De mythe van de leeftijd. Den Haag: Meinema, 1990.
5. Koster RW. Cardiologie bij ouderen. In: Ouder worden nu '90. Almere: Versluys, 1990.

Keuzen in de zorg

Leeftijd als selectie criterium

Publieke discussie noodzakelijk

De vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen is de laatste dertig jaar sterk toegenomen. Een aantal factoren speelt daarin een rol. De samenleving vergrijsst doordat er minder kinderen worden geboren en de mensen ouder worden dan vroeger. Het aanbod aan medische technieken en diensten groeit voortdurend en de vraag volgde het aanbod op de voet. De beschikbare financiële middelen namen helaas niet navenant toe. Momenteel vindt een discussie plaats over de vraag hoe de schaarse middelen in de gezondheidszorg het meest rechtvaardig kunnen worden verdeeld. Daarbij doet zich ook de vraag voor of er leeftijdsgrenzen kunnen en mogen worden gesteld voor bepaalde behandelingen in de gezondheidszorg.

In januari 1990 gooiden de cardiologen de knuppel in het hoenderhok door in een protocol te stellen dat mensen van 55 jaar en ouder niet meer in aanmerking komen voor een harttransplantatie. De ouderenbonden, samenwerkend in Cosbo Nederland en het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform, reageerden furieus. Zij spraken regering en Staten-Generaal aan op hun verantwoordelijkheid om geen leeftijdsdiscriminatie in medische behandelingen toe te staan. Het protocol is in strijd met het gelijkheidsbeginsel, gebaseerd op de Grondwet en internationale verdragen, zo stelden de bonden. Staatssecretaris Simons antwoordde in een brief dat de schaarste van donorharten niet het argument kan zijn voor het instellen van een leeftijdsgrens, noch voor harttransplantaties noch voor andere verstrekkingen waar schaarste een rol speelt. Over deze problematiek is advies gevraagd aan de Gezondheidsraad en de Begeleidingscommissie Harttransplantatie.

Mw.Drs. M. H. M. van
Oostrom en
Dr. J. B. V. Welten

Indien er niet valt te ontkomen aan het stellen van prioriteiten of aan selectie binnen de gezondheidszorg, moeten openbare, controleerbare selectiecriteria het voor iedereen duidelijk maken waar men recht op heeft. Deze criteria dienen pas na een publieke discussie tot stand te komen. Zo luidt het standpunt van het Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen (Cosbo).

NIVEAUS

Er zijn tenminste drie niveaus waarop keuzen worden gemaakt bij de verdeling van de financiële middelen:

1. op macro-niveau: wat gaat er naar de gezondheidszorg (en niet naar defensie of onderwijs);
2. op meso-niveau: wat gaat er binnen het budget van de gezondheidszorg naar welke voorzieningen; en
3. op micro-niveau: welke patiënten mogen op grond van welke indicatie gebruik maken van behandelingen en voorzieningen.

In Nederland zijn de kosten van de gezondheidszorg sterk gestegen. Op macro-niveau is een tekort aan toedeling van financiële middelen ontstaan. Op meso-niveau kan een bepaalde verdeling van middelen leiden tot fricties tussen vraag en aanbod in verschillende sectoren. Zo zijn er lange wachttijden bij orthopedische en oogheekundige operaties en tekorten aan plaatsen in verzorgings-

en verpleeghuizen, hetgeen kan leiden tot lange wachtlijsten. Hierdoor blijven mensen onnodig lang in ziekenhuizen of te lang met onvoldoende zorg thuis, waardoor de gezondheidstoestand van de patiënt dreigt te verslechteren.

Bovendien kunnen beslissingen leiden tot een inefficiënt gebruik van de aanwezige middelen. Door onjuiste beslissingen op macro- en op meso-niveau kan het zijn dat er op micro-niveau bij de behandeling tussen mensenlevens moet worden gekozen. Inefficiënt gebruik in de gezondheidszorg moet daarom met kracht worden bestreden.

GELIJKWAARDIGHEIDSPRINCIPE

Medische selectie, gebaseerd op een waarde-oordeel over het individu, of gebaseerd op persoonlijke of maatschappelijke eigenschappen, zoals ras, sekse, leeftijd, maatschappelijke status of prestaties, wordt gelukkig door de meeste mensen in Nederland verworpen. Onze gehele rechtsorde is doortrokken van het beginsel dat mensen gelijkwaardig zijn. Met het gelijkwaardigheidsprincipe als uitgangspunt bestaan er geen overtuigende criteria in de gezondheidszorg om tussen mensenlevens te selecteren. De vraag is of dit gelijkwaardigheidsprincipe altijd zal blijven bestaan.

De laatste jaren lijkt er in sommige kringen twijfel te bestaan over het gelijkwaardigheidsprincipe, waardoor de discussie over leeftijd als selectie criterium is ontstaan. De cardiologen stelden tenminste een leeftijdsgrens in hun protocol voor bij harttransplantaties; zij introduceerden daarmee een directe vorm van leeftijdsdiscriminatie. De cardiologen hanteerden het argument dat meestal

wordt gebruikt om leeftijd als criterium te hanteren, namelijk dat op latere leeftijd de kans van slagen van een harttransplantatie minder groot zou zijn dan bij jongeren.

Het is duidelijk dat leeftijd in puur medische zin als een criterium wordt gehanteerd wanneer het succes van een behandeling als gevolg van het 'normale' verouderingsproces geen enkele kans van slagen heeft. De ouderenbonden wijzen echter het selecteren op leeftijd alléén af. Leeftijd alléén mag nooit een selectiecriterium zijn, zo stelden zij in de nota 'Richtlijnen Ouderenbeleid'.¹ Wanneer leeftijd wordt gebruikt als selectiecriterium zullen er altijd arbitraire grenzen zijn, waarbij het gelijkheidsrecht wordt overtreden. Leeftijd mag en kan geen reden zijn voor ongelijke behandeling. In principe moet, indien dit medisch verantwoord is, iedere benodigde medische ingreep op elke leeftijd mogelijk zijn.

De ouderenorganisaties menen dat aan het selectievraagstuk de vraag naar de doelmatigheid van de gezondheidszorg vooraf moet gaan. In de gezondheidszorg kan veel efficiënter worden gewerkt dan nu gebeurt. Opvallend in dit verband zijn de grote verschillen in het percentage verrichtingen per regio. Meer efficiëntie kan worden bereikt door alle artsen meer onderwijs te geven over de veroudering. Hiervoor moeten leerstoelen geriatrie komen aan de universiteiten waar geneeskunde wordt onderwezen. Daarnaast dient er in elke gezondheidsregio én in ieder ziekenhuis van 450 bedden of meer een geriater en een geriatrische afdeling aanwezig te zijn. De geriater heeft tot taak iedere oudere met mutiple gezondheidsproblemen holistisch te begeleiden en zo nodig te behandelen. De reële verwachting is dat meer nadruk op de geriatrie de medische consumptie van ouderen, met name het medicijngebruik, zal doen dalen.

HERORIËNTATIE

Een heroriëntatie op de waarde van de gezondheidszorg is zeer gewenst. Ieder mens ziet gezondheid als het grootste goed; mensen zijn daarom bereid alle mogelijke behandelingen te laten verrichten. Is het echter aanvaardbaar dat oudere mensen slecht worden verzorgd en behandeld in een verpleeghuis, omdat er onvoldoende

personeel is? Daar staat tegenover dat een massa geld gaat naar overtoellig medicijngebruik, overbodige onderzoeken en behandelingen. De verdeling van de gelden over de verschillende sectoren in de gezondheidszorg behoeft verdere discussie, maar er moeten daarover wel op korte termijn beslissingen worden genomen. Hoe langer men wacht, hoe moeilijker een en ander is te keren.

Prof. Leenen stelde in zijn jaarrede voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 27 april 1990,² dat, hoe cynisch het ook klinkt, meer geld geven aan de gezondheidszorg de tekorten alleen maar erger maakt. De verdergaande wetenschappelijke en technologische ontwikkeling in de gezondheidszorg roept een grotere vraag naar gezondheidszorg op. Ook aan de houding van sommige patiënten, die te veel consumptiegericht zijn, zal iets moeten veranderen.

Naast een bezinning bij het publiek over de betekenis van gezondheid, is een mentaliteitswijziging bij de medische professie noodzakelijk. De huisarts Rob Oudkerk schreef op 18 juni jl. in de Volkskrant,³ dat onze 'gemedicaliseerde' samenleving de gezondheidszorgaanbieders stimuleert om zo langzamerhand een permanente tentoonstelling van eigen kunnen in te richten, voornamelijk via de media. Ook in de gezondheidszorg speelt op bepaalde momenten de economische wet een rol dat aanbod een vraag schept. Het geld in de zorg gaat immers naar die zaken waar de bevolking naar vraagt. In het verleden is wel gebleken dat de hardste schreeuw onder de patiënten de meeste aandacht en vaak het meeste geld kregen.

NORMERING

Ook als we uitgaan van een situatie van verantwoorde macro-beslissingen en optimale efficiency kunnen er zich omstandigheden voordoen dat keuzes met betrekking tot wie wel en wie niet wordt behandeld onvermijdelijk zijn. De discussie over selectiecriteriën zal daarom in het openbaar moeten worden gevoerd.⁴ In dit tijdschrift gebeurt dit nu gelukkig. In de Nederlandse rechtsorde ligt de latente eis besloten, dat men tot een objectieve en als zodanig ook voor de patiënt aanvaardbare normering van de te voltrekken selectie komt. De genomen

beslissing zal méér aanvaardbaar zijn naarmate op de procedure minder valt aan te merken. Ook worden beslissingen in de gezondheidszorg eerder aanvaard wanneer de burger bij het besluitvormingsproces wordt betrokken.

De discussie zoals die in de staat Oregon plaatsvindt verdient géén navolging in Nederland: In Oregon is de bevolking ingeschakeld om aan te geven welke medische verrichtingen voorrang hebben op andere. De bevolking mag wel aangeven welke prioriteiten er moeten worden gesteld als het gaat om tekorten, maar zij wordt niet in de gelegenheid gesteld kritiek uit te oefenen op inefficiëntie of onrechtvaardigheden in de gezondheidszorg. Terecht wordt op dit experiment kritiek uitgeoefend; zo moet het dus niet in Nederland.

BESLUIT

Indien er ten langen leste niet valt te ontkomen aan het stellen van prioriteiten of aan selectie, dan moeten openbare, controleerbare selectiecriteriën het voor iedereen duidelijk maken waar men recht op heeft. Deze criteria moeten pas tot stand komen nadat een publieke discussie over de gezondheidszorg en selectiecriteriën heeft plaatsgevonden. Een en ander is mogelijk in de kwaliteitsdiscussie die nu bij verschillende organisaties wordt gevoerd.

De ouderenbonden willen meepraten in de discussie over hoe in de gezondheidszorg patiëntvriendelijker en efficiënter kan worden gewerkt.

Literatuur

1. Cosbo Nederland. Richtlijnen ouderenbeleid. Utrecht, 1989.
2. Leenen HJJ. Verdeling van de schaarse middelen in de gezondheidszorg, prioriteiten en het gelijkheidsbeginsel. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht juli 1990.
3. Oudkerk R. Gezondheidszorg maakt ook gezonde burger steeds zieker. Volkskrant 18 juni 1991 (Open Forum).
4. Verkerk MA. De mythe van de leeftijd; ethische kwesties rondom het ouderenbeleid. 's-Gravenhage: Meinema, 1990.

PORTRETten UIT EEN HUISARTSPRAKTIJK

Rosa

Ze had een goed gevoel voor rechtvaardigheid, overal bemoeide ze zich mee, Rosa, als lid van de gemeenteraad. Ze was haar man Jan opgevolgd, met een eigen partij. Jan, de timmerman, had als wethouder jarenlang de gemeenschap gediend. Hij was een wijze man, maar ze vond hem nu te oud worden voor die zware taak. Bovendien was hij te goedaardig; na zoveel jaar was hij te zeer vriendjes geworden met de burgemeester en de ambtenaren. Het roer moest om. Zij zou de heren wel eens laten weten wat er veranderen moest, onrecht moest worden gestraft.

Eigen Belang heette haar politieke partij, die met succes deelnam aan de verkiezingen, naast Ons Belang, Dorpsbelang en Dorp Vooruit. Grote politieke partijen deden nog niet mee aan de dorpspolitiek; dat kwam pas later, toen niet iedereen meer confessioneel stemde voor de Tweede Kamer. Het waren naast-het-cafépartijen: voor een paar rondjes had je al gauw een aantal stemmen, partijen voor de arbeiders, de boeren en de middenstand.

Maar Rosa was onafhankelijk, zij liet zich niets gezegd zijn. Dat sloeg aan, tot wanhoop van menig burgemeester. Met schelle stem en een stortvloed van woorden kon ze haar zienswijze openbaren. Het was een echte populiste, geestig en raak stelde ze het beleid aan de kaak. Boer Koekoek, later ook zeer populair in ons dorp, zou haar kunnen beschouwen als zijn grote voorganger. Als er gemeenteraad was, was het vol op de publieke tribune. Iedereen kwam naar Rosa luisteren en de regionale pers had er een goede aan: altijd een aantal extra kranten de volgende dag.

Zo ging het vele jaren. Bij iedere verkiezing kwam Rosa in de gemeenteraad. Zij wist niet van ophouden en genoot zeer van haar populariteit. Thuis gaf dat wel problemen. Vader Jan vond eigenlijk dat ze er maar eens mee moest ophouden, doch tevergeefs. Hij liet in zijn woonkamer mooie tegeltjes metselen: 'Wie vecht om een koe, die geeft er een toe', maar ook dat hielp onvoldoende.

Ook als dokter had je weinig bij haar in te

brengen, je was onderdeel van het gezag, en dat moest bestreden worden.

Vooral mijn voorganger had daar last van gehad. Hij was in 1925 in het dorp gekomen als gemeentegeneesheer. Voor een tractement van f 100,— per maand, met pensioenrechten, had hij zich gevestigd in de gemeenschap waar daarvoor de dokters het slechts enkele jaren hadden uitgehouden. Het gemiddelde loon was erg laag in die tijd, armlastigen werden dus door de gemeentegeneesheer gratis behandeld; ook de consultatiebureaus, vaccinaties en het toezicht op de hygiëne op de scholen werden om niet gedaan.

Als zijn opvolger was ik ook tot gemeentegeneesheer benoemd met een vaste aanstelling. Dat gaf niet veel werk meer: de

Frank van Wijnen

tijden waren veranderd – steeds minder armen, die meestal in het ziekenfonds waren; de kruisvereniging betaalde de consultatiebureaus en de vaccinaties, slechts een enkel advies aan de gemeente als het over volksgezondheid ging was mijn taak. Dat had Rosa ook goed in de gaten gekregen. Zij vond, terecht, dat het dienstverband met de gemeente voor de dokter maar moest worden opgeheven. Het werd in een besloten gemeenteraadsvergadering beslist; de burgemeester kwam me dat besluit op een zondagmiddag meedelen. Ik zei dat ik het het beste besluit vond dat de raad de laatste jaren had genomen en daar was hij zeer gelukkig mee. Jammer was alleen dat ik een vaste aanstelling had. Daar was geen rekening mee gehouden. Dat werd dus nog jaren wachtgeldregeling met behoud van pensioenrechten – een aardig appeltje voor de dorst voor als je later nog eens in dienstverband zou treden, bijvoorbeeld als schoolarts aan het eind van de carrière.

Men sloot zich aan bij de bedrijfsgeneeskundige dienst. Dat kostte heel wat meer, vooral al die controles van zieke ambtena-

ren. 'Penny wise, pound foolish', zo bleek. Maar de tijden veranderen, ook in de benadering van de patiënt.

Vader Jan, inmiddels in de tachtig, werd ziek. Ik dacht aan decompensatio cordis na een hartinfarct. Hij wou niet worden opgenomen, of liever gezegd: Rosa wou dat niet. Hoewel het niet meer gebruikelijk was, verzocht ik een internist bij hem thuis in consult te komen, om te kijken of een opname niet het best was. Gewapend met een draagbaar ECG-apparaat kwam hij naar ons dorp. Rosa zag het argwanend aan en toen hij het apparaat probeerde aan te sluiten om een hartfilmpje te maken, riep ze: 'Dokter, het wordt toch geen harttransplantatie?' Het was in de tijd van Barnard – de media hadden toen ook al hun invloed doen gelden. De internist was kennelijk niet gewend met apparaten om te gaan: we kregen geen stroom in de mechaniek. Maar dat was ook niet nodig; met zijn klinisch-sociale blik zag hij voldoende om opname uit te sluiten.

Vader Jan stierf enige dagen later. Daarna ging het met Rosa ook bergaf. Zij miste de discussies met hem, vereenzaamde en raakte manisch. Ik heb haar moeten laten opnemen op de psychiatrische afdeling, waar ze als dame gekleed doorging met delibereren. Moderne middelen brachten haar tot rust, haar persoonlijkheid was geknakt. Ik kon haar er niet van overtuigen dat zij de pothoed die ze op had niet van mijn vrouw had gekregen: ze was er vast van overtuigd en hield vast aan haar gelijk.

IOH-verklaring omschrijving huisartsenhulp

Opvatting staatssecretaris Simons is kortzichtig

Staatssecretaris Simons heeft op 10 september de Tweede Kamer voorgesteld de omschrijving van de huisartsenhulp te herzien. De thans voorliggende omschrijving beperkt zich in feite tot het benadrukken van het generalistische karakter van deze hulp: 'De geneeskundige hulp omvat hulp van geneeskundige aard op algemeen niveau, volgens de algemeen aanvaarde standaard, verloskundige hulp daaronder niet inbegrepen.' Het behoeft weinig argumentatie dat de huisartsgeneeskundige zorg *algemene* medische zorg behelst. De huisarts houdt zich bezig met alle ziekten in alle stadia bij alle categorieën patiënten. Wat echter ontbreekt in de nieuwe omschrijving is enige referentie aan de *wijze waarop* de huisarts deze algemene medische hulp gestalte geeft. De deskundigheid van de huisarts bestaat immers daarin, deze geneeskundige zorg op algemeen niveau te verzorgen op een specifieke plaats in de gezondheidszorg. Daarbij gaat het in het bijzonder om twee aspecten:

- het verzorgen van het eerste contact in een ziekte-episode, waarbij het gaat om het diagnostiseren van ziekte op grond van vroege symptomen en het selecteren van patiënten voor meer gespecificeerde medische zorg;
- het bieden van medische zorg dicht bij het maatschappelijk bestel van patiënten, waarin laagdrempelige toegankelijkheid, continuïteit van zorg en de wisselwerking tussen ziek zijn en psychisch-maatschappelijk functioneren.

Het Nederlandse gezondheidszorg-systeem wordt gekenmerkt door inschrijving bij één huisarts en het vervullen van een poortwachtersfunctie door de huisarts ten aanzien van meer complexe, duurdere gespecialiseerde zorg. Deze beide aspecten leveren een essentiële bijdrage aan een doelgerichte, doelmatige zorg.

Het verzorgen van deze hulp vereist een specifieke voorbereiding, met bijzondere aandacht voor het gebruik van diagnostische voorzieningen, farmacotherapie en communicatieve vaardigheid. Dat komt ook in de oplei-

ding tot uitdrukking: in aansluiting op een algemene medische opleiding is een aanvullende 'specialisatie' noodzakelijk om de vaardigheden te kunnen beheersen.

Er kan geen twijfel over bestaan dat de 'gespecialiseerde' eerstelijns geneeskunde in nauwe samenhang met het tweede echelon een medische zorg biedt die kwaliteit levert voor de bestede middelen. De generalistische werkwijze is de beste garantie voor het bereiken van een zo groot mogelijk resultaat met zo weinig mogelijk middelen: een eerstelijnszorg voor de opvang van de algemene medische problemen, met selectie van meer gecompliceerde gevallen voor gespecialiseerde tweedelijnszorg.

Deze structuur doet recht aan het solidariteitsbeginsel, met gelijkwaardige hulp voor iedereen. Door deze structuur zijn de kosten van de gezondheidszorg in redelijke mate beheerst en kan worden voorkomen dat grote groepen patiënten een zinloze rondgang maken langs allerlei diagnostische en therapeutische voorzieningen, terwijl anderen die dat nodig hebben specialistische hulp kunnen ontvangen.

Het in stand houden en uitbouwen van

de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg is een punt van grote aandacht. Daarin past de erkenning van alle kenmerken die de kwaliteit van de huisartsenhulp bepalen. De thans voorliggende omschrijving van de huisartsenhulp is kortzichtig en doet afbreuk aan de kwaliteit van de Nederlandse medische zorg.

Prof.Dr. H. F. J. M. Crebolder, RU Limburg
 Prof.Dr. E. van der Does, EU Rotterdam
 Prof.Dr. J. Th. M. van Eijk, VU Amsterdam
 Prof.Dr. R. Grol, KU Nijmegen/RU Limburg
 Prof.Dr. M. de Haan, VU Amsterdam
 Prof.Dr. J. A. Knottnerus, RU Limburg
 Prof.Dr. H. Lamberts, U v Amsterdam
 Prof.Dr. R. A. de Melker, RU Utrecht
 Prof.Dr. B. Meijboom-de Jong, RU Groningen
 Prof.Dr. J. van Ree, RU Limburg
 Prof.Dr. E. Schadé, U v Amsterdam
 Dr. M. P. Springer, RU Leiden
 Prof.Dr. F. W. M. M. Touw-Otten, RU Utrecht
 Prof.Dr. T. B. Voorn, RU Utrecht
 Prof.Dr. C. van Weel, KU Nijmegen

Tegenstrijdig

Dr. C. Spreeuwenberg

Eén hoofdredactioneel commentaar per week is wel genoeg. Deze week wil ik echter een uitzondering maken door het schrijven van de hoogleraren huisartsgeneeskunde over de functionele omschrijving van huisartsenhulp van harte te ondersteunen.

In MC 1991, blz. 835 heb ik mijn bezwaren tegen een omschrijving waarin de huisartsenhulp wordt omschreven als hulp op algemeen niveau uiteengezet. Inmiddels wordt in de adviesaanvraag die de staatssecretaris van

WVC op 10 september jl. aan de Raad van State heeft gestuurd toch voorgesteld de huisartsenhulp in het vervolg te omschrijven als 'algemene geneeskundige hulp'. Verder wil de staatssecretaris alle verzekeraars het recht geven een polis met een algemeen of specifiek eigen risico aan te bieden. Als mogelijke gebieden voor een specifiek eigen risico worden de thuiszorg en de genees- en hulpmiddelen genoemd. Straks wordt het in principe mogelijk

de thans specifieke taken van de huisarts over te dragen aan specialist, verpleeghuisarts of basisarts. Bovendien zijn verzekeraars straks niet meer gebonden een verwijzingskaart te eisen voor een bezoek aan de specialist. Dit betekent dat de 'gate keeper'-rol van de huisarts en de wens tot substitutie in gevaar komen. Het opheffen van de poortwachtersfunctie heeft zorginhoudelijke en besliskundige consequenties. Zo kunnen voor zowel huisarts als specialist de a priori kansen op ziekte bij klachten als vermoeidheid en lymfeklierzwellen veranderen.

Ook het instellen van een eigen risico heeft zorginhoudelijke consequenties. Uit de ervaring met de particuliere verzekering weten we al dat een algemeen eigen risico drempelverhogend werkt. Thans hebben de beter betaalden de mogelijkheid zich parti-

culier te verzekeren en te kiezen voor een eigen risico. Ik vrees echter dat straks vooral jonge, gezonde mensen met een beperkt inkomen voor het eigen risico kiezen. Hun besteedbaar inkomen wordt hierdoor immers groter. Als ze vervolgens ziek worden moeten ze de voor hen hoge kosten van een consult of visite door een huisarts zelf dragen. Het leggen van een financiële drempel voor de in principe laagdrempelige eerstelijnsgezondheidszorg komt me als ongewenst voor.

Vanuit de politiek worden geluiden gehoord als zou er geen reden zijn de huisarts in Nederland een andere positie te gunnen dan in de ons omringende landen Duitsland en België. Ik geef deze politici in overweging de kwaliteit van de Nederlandse huisartsgeneeskunde, zowel beroepsmatig als wetenschappelijk, te vergelij-

ken met deze twee landen. Wellicht is het van nut hierbij ook Groot-Brittannië te betrekken, waar de positie van de huisarts onlangs nog sterker is geworden dan zij al was.

Nog zeggen de verzekeraars dat ze de positie van de huisarts willen beschermen. Desondanks voorspel ik dat de huidige voorstellen ertoe zullen leiden dat een aantal verzekeraars hun patiënten de mogelijkheid gaat bieden zonder tussenkomst van de huisarts naar de specialist te gaan. Voor de verzekeringsmarkt is het immers aantrekkelijk tegen mensen te zeggen dat zij zelf over hun soort zorg mogen beslissen en tegemoet te komen aan hun idee dat het hoogste niet goed genoeg is.

Met deze adviesaanvraag is de innerlijke tegenstrijdigheid van het voorstel-Simons weer eens duidelijk blootgelegd.

Uit de Geneeskundige Hoofdingspectie

Tetanusbesmetting

In 1990 werden bij de Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid twee gevallen van tetanus gemeld. Bij beide patiënten had de ziekte een zeer ernstig, maar gelukkig geen fataal beloop.

De eerste patiënt, een 60-jarige tuinder, verwondde zich tijdens het werk aan een glasscherf. De wond werd behandeld op de EHBO van een groot ziekenhuis. Post-expositievaccinatie tegen tetanus werd niet gegeven. De dienstdoende arts veronderstelde namelijk dat de laatste tetanus vaccinatie 4,5 jaar geleden was gegeven. Ook bij de wondcontrole - 45 uur na behandeling - bleef vaccinatie achterwege. Na zeven dagen deden zich de eerste verschijnselen voor van de infectie door besmetting met *Clostridium tetani*. Deze verschijnselen hadden de vorm van trismus en progressieve rigiditeit. Beademing van de patiënt werd noodzakelijk. Na ongeveer elf weken ziekenhuis - waarvan zeven weken intensive care - volgde een verblijf van vijf weken in een revalidatiecentrum. Na ontslag uit het revalidatiecentrum had de patiënt nog restverschijnselen, zoals gestoorde mobiliteit en visusstoornissen.

De tweede patiënt was een vrouw van 47 jaar. Zij verwondde zich aan een grasmaaimachine. Eén week na de verwonding moest zij worden opgenomen op de intensive care-afdeling. Ook zij moest worden beademd. De verpleging op de Intensive Care duurde vijf weken en werd gevolgd door

een langdurige revalidatieperiode. Ook bij deze patiënt bleef een post-expositievaccinatie achterwege.

In het geval van de tuinder is door de behandelend arts wel gedacht aan tetanus, maar heeft dit niet tot een juiste beslissing geleid. In het tweede geval is de mogelijke tetanusbesmetting onderschat. Deze verminderde aandacht voor tetanusbesmetting is misschien te verklaren door de hoge vaccinatiegraad als gevolg van het rijksvaccinatieprogramma en het daardoor geringe aantal tetanusgevallen dat jaarlijks wordt vastgesteld.

M. A. J. Bilkert-Mooiman
inspecteur in algemene dienst
voor de Infectieziektenbestrijding

Het vaccinatiebeleid in Nederland

Als gevolg van het Nederlandse vaccinatiebeleid hebben de meeste Nederlanders die na 1945 zijn geboren als kind de basisimmuniteit ontvangen. Jongeren krijgen op hun negende jaar de laatste booster aangeboden. Militairen krijgen in de eerste weken van hun dienstplicht opnieuw een booster.

Het vaccineren ingeval van pre- en post-expositie is in protocollen neergelegd. GGD-artsen hebben onlangs de protocollen voor pre- en post-expositievaccinatie vastgesteld. Deze luiden als volgt:

Pre-expositievaccinatie
Toedienen van 0,5 ml tetanustoxoïd, na

minimaal één maand gevolgd door een tweede injectie. Een derde injectie volgt minimaal een half jaar na de eerste. Vanaf vijftien jaar na de primaire serie of de laatste booster is éénmalige revaccinatie noodzakelijk.

Post-expositievaccinatie

Bij ongevaccineerden (onder wie - in het geval van post-expositie - mensen die langer dan vijftien jaar geleden zijn gevaccineerd) of bij hen van wie de immunestatus onbekend is, dient bij verdenking op tetanusbesmetting 250 IE menselijk anti-tetanus-immunoglobuline (MATIG) te worden toegediend, tezamen met actieve immunisatie. Voor post-expositievaccinatie is er een aangepast schema, in tegenstelling tot de bij pre-expositievaccinatie geadviseerde periode voor boostervaccinatie:

tijd verlopen na volledige pre-expositievaccinatie of boostervaccinatie	menselijk anti-tetanus-immunoglobuline	tetanus-toxoïd-vaccinatie
nooit gevaccineerd of onbekend	+	volledig ent-schema (0-1-6 maanden) 1e injectie gelijktijdig met MATIG
< 1 jaar	-	-
1-15 jaar	-	1 x boostervaccinatie
> 15 jaar	+	volledig ent-schema (0-1-6 maanden) 1e injectie gelijktijdig met MATIG

Arts en WGBO

De WGBO en het vertrouwensmodel

Tegenspraak of harmonie?

Lange tijd werd de inhoud van de relatie arts-patiënt bepaald door de medische ethiek. Het voorstel van Wet omtrent de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling (WGBO) markeert de definitieve overgang naar een meer juridische benadering van de arts-patiëntrelatie. Deze overgang wordt ook wel getypeerd als een verschuiving van het vertrouwensmodel naar het contractuele model. In deze beschouwing ga ik nader in op een aantal aspecten van deze verschuiving.

ETHIEK EN RECHT

De discussie over de rechtspositie van patiënten in de gezondheidszorg is van betrekkelijk recente datum. Deze discussie is in het begin van de jaren zeventig begonnen op het gebied van de psychiatrie.

Interessante passages zijn te vinden in de parlementaire stukken betreffende het in 1971 ingediende voorstel van Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ), dat is bedoeld om de Krankzinnigenwet van 1884 te vervangen. Krankzinnigenwet en BOPZ regelen de onvrijwillige opname in een psychiatrisch ziekenhuis. In de Memorie van Toelichting uit april 1971 merkte de regering op, dat aan een regeling van de rechtspositie van vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten uit een oogpunt van bescherming even weinig behoefte bestond als aan een rechtspositieregeling voor patiënten in de algemene gezondheidszorg.¹ Enige jaren later, in de Memorie van Antwoord uit 1976, is de opmerking te vinden dat de rechtspositie van patiënten afdoende was geregeld door de regel uit de medische ethiek 'dat in principe de instemming van de patiënt voor een toe te passen behandeling (smethode) moet worden verkregen'.² De overheersende gedachte was dat de relatie arts-patiënt moest worden gezien als een vertrouwensre-

Dr. J. Legemaate

Tot het begin van de jaren zeventig werd juridische regulering van de arts-patiëntrelatie overbodig en onwenselijk geacht op grond van het argument dat in die relatie het vertrouwenselement een belangrijke rol speelt. Later stelde men zich in toenemende mate op het standpunt, dat bescherming van de positie van de patiënt door middel van een wettelijke regeling noodzakelijk was. De WGBO is een onderdeel van deze wetgeving.

latie, waarin aan nadere juridische regeling geen behoefte bestond. Er konden echter op dit punt ook andere geluiden worden vernomen. In zijn oratie uit 1973 wees de hoogleraar gezondheidsrecht Rang op het belang van het civiele recht voor de verhouding arts-hulpvrager.³ Deze draad werd enkele jaren later opgepakt door de Commissie rechten van de patiënt uit de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Deze commissie voltooide in de jaren 1978-1982 een vijftal deeladviezen over de belangrijkste aspecten van het patiëntenrecht, waarin de idee van de behandelingsovereenkomst een belangrijke plaats kreeg toebedeeld. Deze ontwikkelingen leidden tot een herdefiniëring van de vanouds door 'vertrouwen' gekenmerkte relatie arts-patiënt in termen van een overeenkomst. Om verschillende redenen (de ongelijke positie van patiënt en hulpverlener; de normatieve en maatschappelijke aspecten van beslissingen in de hulpverlener-patiëntrelatie; de nieuwe inzichten ten aanzien van zelfbeschikking en autonomie) werd een regeling van de arts-patiëntrelatie op basis van eenzijdig door de beroepsgroep opge-

stelde normen niet langer toereikend geacht. De juridische dimensie van deze relatie trad steeds meer op de voorgrond. Een belangrijk moment in dit verband was de opname in de Grondwet, in 1983, van het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10) en het recht op onaanstastbaarheid van het lichaam (art. 11).

CONTRACT-VERTROUWEN

De hier in vogelvlucht beschreven ontwikkelingen worden door hulpverleners nogal eens als negatief ervaren. Soms wordt betoogd dat er een tegenstelling bestaat tussen een op de medische ethiek gebaseerd 'vertrouwensmodel' en een juridisch georiënteerde 'contractuele benadering'. Hoe moeten we aankijken tegen de verhouding tussen beide modellen?

De benamingen 'vertrouwensmodel' en 'contractmodel' zijn vooral handig om een discussie te schematiseren. Zij reduceren echter de werkelijkheid in sterke mate en wekken daardoor de indruk dat het gaat om een tegenstelling, om een of-of-situatie. Het is onmiskenbaar juist dat vertrouwen tussen arts en patiënt de primaire basis is voor een goede hulpverlening. Door te zeer de nadruk te leggen op het vertrouwenselement van de arts-patiëntrelatie wordt echter de werkelijkheid mooier voorgesteld dan deze is. De relatie hulpverlener-patiënt hoeft niet altijd een vertrouwensrelatie te zijn. In de inleiding bij de modelregelgeving arts-patiënt, in 1990 overeengekomen tussen de KNMG en het LPCP, wordt voorts terecht opgemerkt dat de feitelijke afhankelijkheid van de patiënt en diens ongelijke positie ten opzichte van de arts, de vertrouwensbasis kan aantasten. Er zijn veel factoren die tot deze afhankelijkheid en ongelijkheid kunnen bijdragen. Het is van belang deze factoren te onderkennen en deze waar mogelijk

weg te nemen of te compenseren. Het element 'vertrouwen' is daartoe lang niet altijd toereikend, te meer niet waar arts en patiënt regelmatig kunnen worden geconfronteerd met situaties waarin uiteenlopende, soms tegengestelde belangen een rol spelen. Uit deze context vloeit logisch voort, dat in regelingen ter zake de nadruk ligt op de rechten van de patiënt en op de plichten van de hulpverlener.⁴

De aanduidingen 'overeenkomst' en 'contract' worden in een aantal gevallen geassocieerd met negatieve aspecten van een juridische benadering: formalisme, gebrek aan flexibiliteit, onvoldoende oog voor de specifieke aspecten van de gezondheidszorg. Die risico's bestaan, maar anderzijds is het onjuist een tegenstelling aan te nemen tussen juridische regelingen en relaties waarin vertrouwen een belangrijke rol speelt.

Van een mogelijke keuze tussen een vertrouwensmodel en een contractuele benadering is geen sprake, aangezien de hulpverlener-patiëntrelatie in de meeste gevallen nu eenmaal het juridische karakter van een overeenkomst heeft. Het recht regelt bovendien contractuele relaties die een veel intiemer karakter hebben dan de arts-patiëntrelatie (denk aan het huwelijk). Het blijkt zeer wel mogelijk te zijn juridische oplossingen te ontwikkelen die het karakter van zulke relaties onverlet laten, maar die tegelijkertijd een nuttig en noodzakelijk raamwerk van regels bieden. Een zodanig raamwerk verheldert de positie van de betrokken partijen en levert aanknopingspunten voor de oplossing van problemen en conflicten.

De discussie over de wenselijke reguleringsvorm van de hulpverlener-patiëntrelatie wordt beïnvloed door de opvattingen die hulpverleners en juristen over en weer hebben over elkaars opvattingen en beroepshouding. Beide groepen 'professionals' benaderen een bepaald probleem vanuit verschillende uitgangspunten en kennistheorieën. Kort gezegd gaat de jurist in het algemeen uit van een normatieve benadering, terwijl de hulpverlener veeleer deterministische uitgangspunten centraal stelt. Waar de jurist de neiging vertoont uitspraken en gedragingen als feitelijk materiaal te hanteren, vat de hulpverlener gedrag en uitspraken niet alleen op als vaste gegevens, maar ook als informatie over datgene dat zich

daarachter afspeelt. Dit schept een zekere tegenstelling tussen de 'alluring rationality of legal thought' en de 'uncertainties of the clinical perspective'.⁵

Het ligt voor de hand dat zulke verschillen in benaderingswijze leiden tot uiteenlopende visies op de aard, de inhoud en het nut van normen en regels. Gelet op de overeenkomsten tussen de doelstelling van therapeutische interventies en die van het recht, het bevorderen van het welzijn van de patiënt, moeten deze verschillen echter niet worden overdreven. Zij worden bovendien lang niet altijd veroorzaakt door fundamentele verschillen van inzicht over de inhoud van patiëntenrechten. Onduidelijkheid onder hulpverleners en juristen over elkaars motieven en verantwoordelijkheden, en gebrek aan kennis van en inzicht in de patiëntenrechten onder hulpverleners zijn eveneens factoren die van invloed zijn op de beeldvorming over recht en regelgeving in de context van de gezondheidszorg. Door scholing en informatie-uitwisseling kan deze situatie worden verbeterd. Dit behoort een onderdeel te zijn van het proces dat leidt tot de wettelijke regeling en de implementatie van patiëntenrechten.

VOOR- EN NADELEN

Het wetsvoorstel geneeskundige behandelingsovereenkomst heeft een privaatrechtelijk karakter. Het wetsvoorstel sluit aan bij het gegeven dat de relatie arts-patiënt in veel gevallen het juridische karakter heeft van een overeenkomst. Hetzelfde geldt overigens voor de reeds genoemde modelregeling arts-patiënt van KNMG en LPCP. Enerzijds loopt deze modelregeling vooruit op de WGBO, anderzijds gaat de regeling op een aantal aspecten nader in. Wetsontwerp en modelregeling zijn voorbeelden van rechtsbescherming door middel van het contractuele model. Beide regelingen bevatten een overzicht van de fundamentele patiëntenrechten. Een belangrijk deel van de inhoud van de WGBO en de modelregeling is overigens al geldend recht, op basis van rechtspraak, erkenningseisen, grondwetsbepalingen en internationale verdragen.

Rechtsbescherming door middel van het contractuele model heeft voor de patiënt belangrijke voordelen. Een

wettelijke regeling die uitgaat van de behandelingsovereenkomst tussen patiënt en hulpverlener plaatst beide partijen op een gelijkwaardig juridisch niveau en benadrukt het horizontale karakter van de hulpverlener-patiëntrelatie. Een contractuele benadering onderstreept het belang van onderhandeling en patiëntenparticipatie, aspecten die voor het welslagen van therapeutische interventies van grote betekenis zijn. Winick heeft hierover opgemerkt: 'A patient's voluntary acceptance of his physician's treatment recommendation is an internalization of the treatment goal. (. . .)[V]oluntary assent (. . .) engages a number of important intrinsic sources of motivation that help to bring about treatment success'.⁶

Een mogelijk nadeel is dat het contractuele model verhullend kan werken. De patiënt kan in een zo kwetsbare en afhankelijke positie verkeren, dat de aan de overeenkomst ten grondslag liggende veronderstelling van vrijheid en gelijkwaardigheid illusoir is. Dit risico bestaat in het bijzonder op het gebied van de psychiatrie. Met het oog op deze situatie zal in aanvulling op de WGBO moeten worden gestreefd naar een adequate regeling van het klachtrecht van de patiënt.

Gezien vanuit de optiek van de hulpverlener is van belang dat de wettelijke regeling de praktijk van de beroepsuitoefening niet onnodig beperkt. Er moet worden gestreefd naar een *evenwichtige* regeling: een regeling die niet te globaal is, maar die evenmin zoveel details bevat dat ze onwerkbaar wordt. In dit opzicht lijkt de WGBO een goede middenweg te hebben gevonden. Het wetsvoorstel geeft een duidelijk overzicht van de voornaamste patiëntenrechten, maar houdt anderzijds rekening met de complexiteit van de praktijk en met het gegeven dat inzichten op het gebied van de hulpverlening voortdurend aan veranderingen onderhevig zijn. Dit komt bijvoorbeeld goed tot uiting in de formulering van de basisnorm van de WGBO, neergelegd in art. 1653g: 'De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen.' Meer in het algemeen moet worden benadrukt dat een regeling van de patiëntenrechten niet alleen de patiënt maar ook de hulpverlener duidelijkheid en rechtszekerheid biedt.⁷ Zo-

wel de WGBO als de modelregeling KNMG/LPCP geeft aan wat de patiënt er wel en niet van mag verwachten. Dat in beide regelingen de nadruk ligt op de rechten van de patiënt en de plichten van de hulpverlener, doet daar niet aan af. De bepalingen uit beide regelingen bevatten talrijke nuances en maken duidelijk dat er grenzen zijn aan de rechten van de patiënt.

SLOTBESCHOUWING

Uit het karakter van hulpverlening op het gebied van de gezondheidszorg vloeit voort dat in de relatie hulpverlener-patiënt het vertrouwenselement een belangrijke rol speelt. Tot het begin van de jaren zeventig werd op grond van dit argument juridische regulering van de hulpverlener-patiëntrelatie overbodig en onwenselijk geacht. Nadien is het accent verlegd naar de kwetsbare en afhankelijke positie van de patiënt, en stelde men zich in toenemende mate op het standpunt dat bescherming van de positie van de patiënt door middel van een wettelijke regeling noodzakelijk was. De WGBO is een onderdeel van deze wetgeving. Van belang is de vraag of de benadering van de WGBO, het contractuele model, te rijmen valt met de vertrou-

wens karakter van de hulpverlener-patiëntrelatie. Uit de bovenstaande beschouwingen valt af te leiden dat dit wel degelijk het geval is. Aanmerkelijk is, dat de formulering van sommige WGBO-bepalingen in de praktijk aanleiding zal geven tot vragen en problemen. Met de inwerkingtreding van de WGBO zal de discussie over de aard en inhoud van recht en regelgeving op het terrein van de gezondheidszorg dan ook zeker niet afgelopen zijn.

Dit betekent echter niet dat er tussen 'contract' en 'vertrouwen' een principiële tegenstelling bestaat. Vertrouwen is juist een belangrijk element van vele contractuele relaties. Waar het om gaat is, dat er een balans wordt gezocht tussen de eigen verantwoordelijkheid en mogelijkheden van hulpverlener en patiënt aan de ene kant en aan de andere kant verantwoordelijkheid van de samenleving als geheel voor het beschermen van fundamentele rechten. Hoewel kritiek mogelijk is op onderdelen van de WGBO,⁸ kan in het algemeen worden geconcludeerd dat het wetsvoorstel deze balans bevat. Het schept een juridisch kader dat oog heeft voor het diverse en complexe karakter van de praktijk van de hulpverlening. Het contractuele model kan worden ge-

bruikt om de dialoog tussen patiënt en hulpverlener te faciliteren en te verbeteren. Aldus kunnen zowel de rechten van de patiënt als de kwaliteit van de hulpverlening in meer algemene zin worden verbeterd.

Noten

1. Tweede Kamer, 1970-1971, 11270, nr. 3, p. 9.
2. Tweede Kamer, 1976-1977, 11270, nr. 7, p. 2, 12.
3. J. F. Rang, Patiëntenrecht, Leiden 1973.
4. Vgl. W. B. van der Mijn, Beroepenwetgeving in de gezondheidszorg, Deventer 1989, p. 301.
5. P. S. Appelbaum en L. H. Roth, Clinical issues in the assessment of competency. *American Journal of Psychiatry* 1981, nr. 11, p. 1466.
6. B. J. Winick, Competency to consent to treatment; the distinction between assent and objection, *Houston Law Review* 1991, nr. 1, p. 49-50. Winick gaat, in de context van een juridische beschouwing over het toestemmingsver-eiste, uitvoerig in op 'the therapeutic value of patient choice'.
7. Van der Mijn, o.c., p. 306.
8. Zo is de rechtspositie van wils-onbekwame patiënten ten aanzien van aspecten als de criteria voor onbekwaamheid, vertegenwoordigingsaspecten en schriftelijke wilsverklaringen nog onvoldoende uitgewerkt.

Auteur

Dr. J. Legemaate, stafmedewerker der KNMG.

Arts en WGBO

Contractmodel versus vertrouwensmodel

Enkele gedachten over de veranderende arts-patiëntrelatie

'Wat betreft de arts-patiëntrelatie wordt niet slechts verlangd een vertrouwensvolle overgave aan de technische bekwaamheid, hier bestaat evenzeer behoefte aan 'iemand', een persoon, die de volle verantwoordelijkheid voor de belangen van de patiënt op dit voor deze vaak geheimzinnige terrein kan overnemen, aan een goed chauffeur, die hem het stuur uit handen neemt, aan een vertrouwd persoon, waarvan hij met gerustheid kan aannemen, dat deze niet slechts de weg kent maar ook op dat terrein, dat zo vol gevaren schijnt, de route zal kiezen, die voor hem het veiligst is.'

W. H. Cense

Artikel 1653g van de WGBO luidt: 'De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen.' Bovendien wordt in het wetsontwerp nadrukkelijk over geneeskunst gesproken. Hiermee is de WGBO geen bedreiging voor de arts, maar een uitdaging om zich met de patiënt in te zetten voor een vertrouwensrelatie nieuwe stijl.

(Medische Ethiek en Gedragsregels, 1959)¹

Dit citaat illustreert hoe de arts-patiëntrelatie in een periode van dertig jaar is veranderd. Gold voorheen de mening, dat de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt een specifieke wettelijke regeling overbodig maakt, en daar volgens velen ook niet mee strookt, thans wordt algemeen de behoefte en noodzaak daartoe erkend.^{2,3} De snelle medisch-technische ontwikkelingen roepen nieuwe medisch-ethische vragen op met betrekking tot de arts-patiëntrelatie. Artsen hebben een scala aan diagnostische en thera-

peutische mogelijkheden ter beschikking gekregen, waaruit zij worden geselecteerd op grond van hun kennis selectief te kiezen. Veel meer dan vroeger vereist deze keuze uitleg en voorlichting aan de patiënten, patiënten die zich bewust zijn van hun rechten, die zelf willen beslissen, die de beste behandeling eisen, doch immer in een afhankelijke positie van de arts blijven die de behandeling moet uitvoeren en daar verantwoordelijk voor is. De arts-patiëntrelatie is hiermee veel gecompliceerder geworden dan vroeger, toen gold: wat dokter doet is goed. Tegen deze achtergrond is duidelijkheid van wederzijdse rechten en plichten van groot belang. Vooruitlopend op een wettelijke regeling hebben LPCP en KNMG in mei 1990 de Modelregeling arts-patiënt ondertekend. Het is te hopen, dat wat de partijen in het veld met elkaar zijn overeengekomen en wat in grote lijnen ook is terug te vinden in het voorstel van Wet omtrent de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling (WGBO) niet wordt verminkt door partijpolitieke ideologieën of politieke compromissen bij de behandeling in het parlement. In dit verband kan men met enige huiver terugdenken aan de politieke discussies over abortus en euthanasie. Een geheel andere vraag is, of er met het in werking treden van de WGBO een verandering in de arts-patiëntrelatie zal optreden. Hoewel het niet waarschijnlijk is dat partijen elkaar met de wettekst in de hand nadrukkelijk op rechten en plichten zullen gaan wijzen, is het niet uitgesloten dat de arts-patiëntrelatie een zakelijker karakter zal krijgen. Met opzet spreek ik niet van een toenemende juridisering, omdat daarmee snel het schrikbeeld van de Amerikaanse toestanden opdoemt, waar verzekeringsmaatschappijen en juristen zich als agressieve corpora aliena tussen arts en patiënt hebben gemanipuleerd. De Nederlandse traditie van overleg en redelijkheid zal een dergelijke ontwikkeling, naar ik hoop, belemmeren. Een volgende vraag is, of met een zakelijke contractuele arts-patiëntrelatie, ook de traditionele vertrouwensrelatie zal verdwijnen. Alvorens hier nader op in te gaan is het zinvol summariseren de traditionele vertrouwensrelatie en de veranderingen die daarin reeds hebben plaatsgevonden nader te omschrijven.

VERANDERDE TRADITIE

Tot de jaren zestig besliste de dokter wat er met de patiënt diende te gebeuren. De patiënt fungeerde letterlijk en figuurlijk als lijdend voorwerp, onderging de door medici genomen beslissingen en activiteiten min of meer passief, omdat er een volledig, bijna blind vertrouwen was. Dit volledige vertrouwen werd de artsen geschonken, omdat zij een monopoliepositie hadden wat de kennis betreft. Met deze kennis waren zij de enigen die konden beschikken over de in snel tempo toenemende technische mogelijkheden. Een andere factor van belang is, dat medici van oudsher hoog in maatschappelijk aanzien stonden, hetgeen bij voorbaat vertrouwen rechtvaardigde.

Kennis. Gezondheidszorg en geneeskunde zijn populaire onderwerpen in de media geworden, zodat de kennis meer gespreid en toegankelijk werd voor iedereen. Patiëntenorganisaties hebben een specifieke kennis ontwikkeld op het gebied van de ervaringsdeskundigheid. Ook economen, juristen, sociologen, ethici en anderen zijn niet meer weg te denken als deskundigen met een grote invloed op het medisch gebeuren en de gezondheidszorg. Kortom, artsen hebben in de gezondheidszorg geen monopoliepositie meer op grond van hun medische kennis.

Macht. In 1969 publiceerde Van den Berg zijn boekje 'Medische macht en medische ethiek'.⁴ Hoewel de auteur zich voornamelijk richt op een herbezinning van het medisch handelen in het licht van de toepassing van de medisch-technische mogelijkheden en hij daarbij als eerste pleit voor een actieve levensbeëindiging, was zijn boekje tevens een indrukwekkend pleidooi om de positie van de patiënt centraal te stellen in het medisch zorgproces. De patiënt mag geen lijdend voorwerp zijn, ondergeschikt gemaakt aan de zich autonoom ontwikkelende medisch technische macht. In de jaren hierna kwam er een ontwikkeling op gang om de patiënt steeds meer te betrekken bij medische beslissingen. De mondigheid van de patiënt en het vertellen van de waarheid waren in de jaren zeventig geliefkoosde onderwerpen.^{5 6} Het zelfbeschikingsrecht, vertaald in het toestemmingsvereiste in de WGBO, vormt een (voorlopig?) sluitstuk van deze ont-

wikkeling. De macht van de medici wordt thans beperkt door het recht van de patiënt.

Aanzien. Het opleidingsniveau van de bevolking is sterk toegenomen. Het verschil in maatschappelijke status tussen patiënt en arts is veel kleiner dan een halve eeuw geleden. In 1950 stond de (huis)arts qua aanzien op de tweede plaats op een lijst van 57 beroepen, in 1982 was dit de zevende positie.⁷ Mede dankzij de toegenomen autonomie en mondigheid is de gevoeligheid voor het gezag van de ander afgenomen; hoe iemand is en wat iemand doet, is belangrijker geworden dan de status.

Betekent dit alles, met de WGBO op de achtergrond, dat de vertrouwensrelatie is verdwenen en plaats zal maken voor een zakelijke contractuele relatie? Of zijn er aanwijzingen, dat er zich een vertrouwensrelatie nieuwe stijl heeft ontwikkeld? Het antwoord op deze vraag kan worden gevonden door de spreekkamersituatie als uitgangspunt te nemen voor de arts-patiëntrelatie. Hoewel de presentatie van de klacht per patiënt verschilt, is de gemiddelde patiënt veelal angstig en onzeker. Wat heb ik? Wat zal het worden? Wat zijn de consequenties? Ga ik dood? Bensing onderscheidt drie basisbehoeften bij de patiënt:⁸ de behoefte aan informatie, de behoefte aan affectie en de behoefte dat er tegemoet wordt gekomen aan de verwachtingen. De gemiddelde patiënt in de jaren negentig zal wat dit betreft niet veel verschillen met de patiënt uit de jaren zestig. Het verschil is echter, dat arts en patiënt er nu anders mee omgaan, andere accenten leggen en zich deze accenten meer bewust zijn.

DRIE MODELLEN

Tegen deze achtergrond en op basis van de geschetste ontwikkelingen wil ik drie modellen van de arts-patiëntrelatie beschrijven, waarbij het begrip 'vertrouwen' op verschillende wijze kan worden geïnterpreteerd: het contractmodel, het toegeefmodel en het vertrouwensmodel nieuwe stijl.

Contractmodel

In de contractuele relatie ligt het accent op het verwachtingen- en wensenpatroon van de patiënt. De arts treedt op als uitvoerder van de wensen van de patiënt, waarbij van tevo-

ren afspraken worden gemaakt over de kansen, mogelijkheden en beperkingen. De patiënt neemt de verantwoordelijkheid voor wat er moet gebeuren. Het enige wat de arts te doen staat, is ervoor te zorgen dat de gevraagde ingreep of behandeling technisch zo volmaakt mogelijk wordt uitgevoerd. Men kan dit een resultaatsverbinde of monteursmodel noemen (Dupuis).⁶ In de meest uitgesproken vorm kennen we dit model in de veelal lucratieve commerciële geneeskunde, waar economische motieven de normen en waarden bepalen. Er bestaat een zakelijk vertrouwen in elkaar, dat wordt vastgelegd in een contract, waarbij gevoelens en emoties geheel buiten beschouwing blijven.

Een minder uitgesproken vorm hiervan ontstond in de jaren tachtig toen patiënten zich consumenten gingen noemen en men de hulpverlening in de gezondheidszorg als dienstverlening kwalificeerde. Deze ontwikkeling lijkt wat op de achtergrond te zijn geraakt, omdat de begrippen 'consument' en 'patiënt', en 'dienstverlening' en 'hulpverlening' elkaar in de praktijk niet dekken. Meer dan in andere economische sectoren moet de 'consument in de gezondheidszorg' (patiënt) vertrouwen op het oordeel van de 'producent' (arts), omdat er in het algemeen geen inzicht bestaat over de aard en kwaliteit van de beschikbare zorg. Dan is er de factor 'irrationaliteit'. Van een ziek, angstig en onzeker iemand (patiënt) kan en mag men niet dezelfde rationaliteit verwachten als van een gezond iemand (consument).⁹ Bij dienstverlening kan men afspraken maken over vrijwel alle aspecten van de service. Garantiebewijzen geven de consument zekerheid. De voorspelbaarheid van de gezondheidstoestand na ingreep of behandeling is echter vrijwel nooit met zekerheid vast te stellen. Hulpverlening gaat qua integriteit en emotionaliteit veel verder dan dienstverlening. Dit heeft ook te maken met de onlosmakelijke samenhang tussen 'cure' en 'care' en met het verschil tussen geneeskunde en geneeskunst.

In de contractuele en de dienstverleningsrelatie is het vertrouwen eenzijdig en materieel gericht. Het medisch handelen wordt verengd tot een technische dienstverlening op afroep. Wanneer de arts het initiatief neemt om bij een medisch noodzakelijke in-

greep van te voren met de patiënt een contract op te stellen met het doel zich in te dekken tegen eventuele risico's of schadeclaims, misbruikt hij zijn positie en is hij medisch-ethisch laakbaar. Dit staat uiteraard geheel los van de voorlichtende en informatieve taak die de arts heeft om zoveel mogelijk samen met de patiënt tot een besluit te komen.

Toegeefmodel

Tussen de contractuele relatie en de vertrouwensrelatie nieuwe stijl kan de toegeefrelatie worden geplaatst, waarbij partijen onderhandelen over de wensen van de patiënt en de arts uiteindelijk toegeeft, zonder dat daar direct een medische noodzaak voor is. De 'vertrouwensrelatie' lijkt te zijn gered. Deze situatie komt in de praktijk veel voor. Hoeveel medicijnen worden er niet gevraagd en voorgeschreven bij 'self-limiting diseases'? Hoeveel diagnostisch onderzoek wordt er niet verricht op verzoek van de patiënt, terwijl de uitslag reeds vaststaat? De oorzaak en reden van de vraag worden in deze situatie niet nader geanalyseerd, maar de onzekerheid wordt gereduceerd met een instrumenteel handelen, waarachter ook veelal onzekerheid van de arts schuilt. Thung noemt dit 'karikatuurgeneeskunde':¹⁰ handelingen waar geen wetenschappelijke dwaalweer in het geding is, doch veeleer een karikatuurale toepassing van op zich geldige geneeskunde. De arts kiest de weg van de minste weerstand om aan de verwachtingen van de patiënt te voldoen. In deze relatie ligt het accent op het verkrijgen van iets waar de patiënt meent recht op te hebben en waarbij de arts als middel wordt gebruikt. De arts is in deze situatie niet in staat zijn professionele standaard te handhaven. Toch ligt het begrip 'vertrouwen' in deze relatie genuanceerder dan in de contractrelatie, omdat partijen elkaar vaak al langer kennen. Zij tolereren elkaar, accepteren elkaar en er is wellicht een zekere mate van vertrouwen, echter zonder dat men elkaar oprecht respecteert en waardeert.

Binnen de toegeefrelatie ligt overigens een belangrijke verantwoordelijkheid voor hen die de patiënten vertegenwoordigen. Is hun beleid erop gericht een maximale onzekerheidsreductie te propageren bij de achterban op grond van rechten, of is het

gericht op acceptatie van een zekere mate van onzekerheid en ongemak?¹¹ Is dit laatste het geval, dan betekent dit een actieve participatie in de ontwikkeling van het vertrouwensmodel nieuwe stijl. Wordt er gekozen voor de eerste doelstelling, dan zal de defensieve geneeskunde nog veel grotere vormen aannemen. Daarbij zullen er uiteindelijk alleen maar verliezers en ontevreden zijn, want ook de arts voelt zich hierbij niet prettig. Vestdijk schreef al in 1951:¹² 'Een dokter mag geen nederlagen lijden, hij lijdt al genoeg nederlagen van beroepswege, hij doet de hele dag niets anders . . .' Het neen verkopen aan de patiënt is kennelijk al een heel oud probleem in de hulpverlening. Helaas lijkt het toegeefmodel veelal de enige pragmatische oplossing om voor beide partijen de verhoudingen en de werksituatie hanteerbaar te houden. Bij dienstverlening ligt dit gemakkelijker.

Vertrouwensrelatie nieuwe stijl

In een optimale vertrouwensrelatie maken arts én patiënt gezamenlijk zoveel mogelijk een evenwichtige afweging op grond van de interpretatie van de klachten, noden en behoeften van de patiënt en de normen die voortvloeien uit de professionele standaard van de arts. De omstandigheden hiernaar te streven zijn zowel voor de patiënt als voor de arts gunstiger dan in de tijd van het traditionele vertrouwensmodel.

Met de WGBO heeft de patiënt een aantal rechten gekregen waarmee zijn traditioneel afhankelijke positie minder afhankelijk is geworden. Wanneer de patiënt daartoe in staat is, kan hij actief participeren in het besluitvormingsproces. Ik denk hierbij aan het toenemend aantal chronisch zieken, voor wie dit aspect van groot belang is.

De ontwikkeling van het kwaliteitsdenken geeft de arts duidelijker dan voorheen criteria om de professionele standaard in praktijk te brengen. Leenen stelt,¹³ dat het zorgvuldig verlenen van deskundige hulp volgens professionele normen een recht is van de hulpverlener, dat niet van de patiënt afhangt. Zowel de arts als de patiënt heeft in de jaren negentig de mogelijkheid om vanuit een relatief onafhankelijke positie samen hun persoonlijke relatie vorm te geven. Deze relatie zal wellicht wat zakelijker zijn dan voorheen, maar dat is

eerder een voor- dan een nadeel. In een goede zakelijke relatie liggen impliciet de elementen wederzijdse waardering, respect en vertrouwen op basis van eerlijkheid besloten. Daarenboven mag een patiënt rekenen op empathie van de arts. De arts is er immers voor de patiënt!

In een arts-patiëntrelatie op deze basis rekent de patiënt erop dat de arts zijn vakmanschap als goed hulpverlener volgens professionele normen in praktijk brengt. Dit betekent onder meer dat de patiënt erop vertrouwt dat alle handelingen en ingrepen in zijn belang geschieden en hem niet zullen schaden. Voor de arts betekent dit de verantwoordelijkheid steeds een zorgvuldige afweging te maken in welke fase van de ziekte en bij welke patiënten hij zelf moet beslissen en wanneer hij dat niet (meer) moet doen. Een zelfde afweging geldt ten aanzien van het volledig of nog niet volledig informeren van de patiënt. Dit is *geneeskunst*! Helaas stroken de artikelen betreffende de informatieplicht en het inzage-recht in de WGBO hier (nog) niet mee.

SLOT

Artikel 1653 g van de WGBO luidt: 'De hulpverlener moet bij zijn werkzaam-

heden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen.' Bovendien wordt in het wetsontwerp nadrukkelijk over *geneeskunst* gesproken. Hiermee is de WGBO géén bedreiging voor de arts, maar een uitdaging om zich mét de patiënt in te zetten voor de vertrouwensrelatie nieuwe stijl.¹⁴

Gezien het sterk persoonlijke karakter van deze vertrouwensrelatie, zou het te overwegen zijn het criterium bij tuchtzaken, dat een arts het vertrouwen in de geneeskundige stand heeft ondermijnd, te wijzigen in: deze arts heeft het vertrouwen van de *patiënten* geschonden.

Literatuur

1. Medische Ethiek en Gedragsleer. Amsterdam: KNMG, 1959.
2. Hubben JH. De geneeskundige behandelingsovereenkomst. Tekst en analyse van het wetsvoorstel Modelregeling Arts-Patiënt van KNMG en LPCP. Lochem: de Tijdstroom, 1990 (reeks Gezondheidsrecht).
3. Berkestijn ThMG van. De relatie tussen patiënt en arts geregeld: een KNMG-visie. Lochem: de Tijdstroom, 1990 (reeks Gezondheidsrecht). Zie ook 2.
4. Berg JH van den. Medische macht en medische ethiek. Nijkerk: Callenbach, 1969.
5. Dupuis MH, Thung PJ. Voordelen van de twijfel. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1983.

6. Beaufort ID de, Dupuis HM. Handboek Gezondheidsethiek. Assen: Van Gorcum, 1988. Daarin: Es JC van. De relatie tussen patiënt en arts in een veranderende samenleving: 199.

7. Sixma H. De huisarts, van 'heer tot stand' tot 'midden-klasser'. Huisarts en Wetenschap 1991; 34: 111-6.

8. Bensing JH. Wie zegt dat dit een goed consult is? Huisarts en Wetenschap 1991; 34: 21-9.

9. Gezondheidsraad. Grenzen van de gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad, 1986.

10. Thung PJ. Geneeskunde, geneeskunst, geneeskitsch. Ned Tijdschr Geneesk 1975; 119: 1603-11.

11. Dekker E, Elsinga E. Mensen en machten. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, 1990. Daarin: Koster-Dreese Y. Met de blik op oneindig: 51-9.

12. Vestdijk S. De dokter en het lichte meisje. Amsterdam: De Bezige Bij, 1951.

13. Leenen HJJ. Gezondheidszorg en recht. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1981.

14. Commentaar hoofdbestuur KNMG op WGBO. Brief aan de minister van Justitie, de staatssecretaris van Volksgezondheid, en de leden van de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid d.d. 25 september 1990.

Auteur

W. H. Cense, huisarts en oud-voorzitter der KNMG.

'Hospice'-zorg nader bekeken

Terminale zorg is geen categorale zorg

Sinds enige jaren zijn in Nederland verscheidene groeperingen bezig met het opzetten van een gespecialiseerde vorm van terminale zorg, de zogeheten 'hospice'-zorg. Met het aantal van deze initiatieven neemt ook de discussie toe over het nut en de zinvolheid van 'hospice'-zorg. Voorstanders achten uitbreiding van het aantal 'hospices' nodig ter verbetering van de kwaliteit van de zorg voor stervenden. Tegenstand valt met name te beluisteren op beleidsniveau. Reeds in 1985 nam de Ziekenfondsraad stelling tegen het ontwikkelen en opzetten van

R. D. Coene

Een beperking van de zorg voor stervenden tot een vorm van categorale zorg is onterecht en doet geen recht aan de reeds ontwikkelde vormen van terminale zorg in ons land. R. D. Coene, deskundigheidsbevorderaar op het gebied van de terminale zorg, neemt stelling.

'hospice'-achtige voorzieningen.¹ De Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid stemde hiermee in.² Recentelijk nam zowel de Nationale Ziekenhuisraad als de minister van WVC een duidelijk standpunt in tegen het ontwikkelen van 'hospice'-zorg. Dat standpunt luidt:³ '... geen nieuwe voorziening creëren, maar met name bestaande eerstelijnsvoorzieningen en verpleeghuizen zo goed mogelijk equiperen om deze essentiële functie verantwoord te kunnen vervullen.' Hiermee onderschrijven zij de conclusies van het rapport 'Termi-

nale zorg in Midden-Brabant' van het Nationaal Ziekenhuisinstituut;⁴ in deze regio bestaat, zo blijkt uit het onderzoek, geen behoefte aan 'hospice'-zorg, maar gaat de voorkeur uit naar een verbetering van de bestaande mogelijkheden van terminale zorg. De onderliggende vraag in de discussie over 'hospice'-zorg is of terminale zorg een vorm van categorale zorg is of dient te zijn: moeten er voor terminale patiënten aparte voorzieningen worden gecreëerd waarin gespecialiseerde zorgverleners werken volgens een bijzondere zorgmethode? Voorstanders van 'hospice'-zorg blijken – zij het met onderlinge verschillen – een dergelijke vorm van categorale zorg na te streven. In dit artikel wordt aan de hand van enkele onderzoeken betoogd dat zo'n streven niet zinvol is én niet aansluit op de behoeften van stervenden en hun familie.

'HOSPICE'-ZORG

'Hospice'-zorg – zoals die is ontwikkeld in de Angelsaksische wereld – wordt opgevat als een zorgconcept dat op een aantal verschillende manieren ten uitvoer kan worden gebracht.⁵ De zorginhoudelijke principes worden op een eigen, kenmerkende manier georganiseerd.

Het *zorgconcept* is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:⁶

- Het doel van de terminale zorgverlening is de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn of haar naaste omgeving te verbeteren door hen te helpen en bij te staan in de allesomvattende pijn die zij voelen.
- De patiënt en de wensen van de patiënt staan centraal. Het gaat om zorg op maat. Alles kan tot het tegendeel is bewezen: weinig regels, veel flexibiliteit.
- Het accent verschuift van 'cure' naar 'care'. Symptoombestrijding staat centraal.
- Doeltreffende communicatie tussen patiënt en berpepskrachten, patiënt en familie.
- Steun voor de familie: het gezin behoort tot de zorgseenheid.
- Geestelijk bewustzijn (kan los staan van religieuze overtuiging) is niet alleen een taak van de geestelijk verzorger, maar van alle hulpverleners in het multidisciplinaire team.
- Steun voor de staf. Die steun begint bij een zorgvuldige personeelsselectie.

- Multidisciplinaire samenwerking.
- Opleiding en onderzoek.

Er zijn verschillende manieren waarop de *uitvoering* van dit zorgconcept gestalte kan krijgen.

- Zelfstandige 'hospices'. Dit zijn aparte instellingen van verschillende grootte (variërend van 6 tot 60 bedden), waar terminale patiënten tijdelijk of tot hun levenseinde toe kunnen worden opgenomen. Aan deze instellingen is speciaal hiervoor opgeleid personeel verbonden.
- Units voor terminale zorg. Dit zijn aparte afdelingen in zieken- of verpleeghuizen die worden gereserveerd voor terminale patiënten, waardoor de continuïteit van de zorg kan worden gewaarborgd.
- Teams ter ondersteuning van de terminale zorg in ziekenhuizen. Dit zijn multidisciplinaire teams (bestaande uit verpleegkundigen, een geestelijk verzorger en een maatschappelijk werker) die het ziekenhuispersoneel adviseren omtrent de behandeling en de ondersteuning van de patiënt en diens familie. Hiernaast wordt bijscholing aan het ziekenhuispersoneel gegeven.
- Terminale thuiszorgteams. Deze teams fungeren als aanvulling op de reguliere thuiszorg door adviezen te geven en de patiënt en diens familie extra ondersteuning te bieden. De teams kunnen zelfstandig of vanuit een 'hospice' of ziekenhuis opereren.

In Nederland bestaat aandacht voor:

- zelfstandige 'hospices' (Landelijke Stichting Elckerlyck);
- aparte units voor terminale zorg (in het verleden verpleeghuis Antonius IJsselmonde te Rotterdam);
- een combinatie tussen zelfstandige 'hospices' en terminale thuiszorgteams (Nederlandse Hospicebeweging).

CATEGORALE ZORG?

Zoals gezegd beschouwen voorstanders van 'hospice'-zorg de zorg voor stervenden als een vorm van categorale zorg. Waaruit blijkt dit?

Onder categorale zorg kan men verstaan: de zorg die bestemd is voor een bepaalde categorie patiënten. Categorale zorg komt tot uiting in:

- aparte voorzieningen;
- gespecialiseerde zorgverleners;
- gespecialiseerde zorgmethoden.

'Hospice'-zorg voldoet aan deze typering. Het is een vorm van zorg die beperkt is tot de categorie stervenden (en hun familie) en die wordt uitgevoerd in aparte voorzieningen, door gespecialiseerde zorgverleners die werken volgens een eigen, bijzondere methode. Dit geldt zowel voor zelfstandige 'hospices' als voor bepaalde units of vormen van 'hospice'-thuiszorg.

ERVARINGEN

In de Angelsaksische wereld vond in de jaren zeventig een sterke groei plaats van het aantal 'hospice'-voorzieningen. Ook in Nederland bestond behoefte aan een opwaardering van de terminale zorg, hetgeen voor de Ziekenfondsraad aanleiding vormde om een jarenlang experimenteel onderzoek te financieren naar de mogelijkheden van een 'hospice'-achtige voorziening in Nederland.

In de discussie over 'hospice'-zorg wordt helaas weinig aandacht geschonken aan de resultaten van het project 'Zorg voor de terminale patiënt', dat werd uitgevoerd in het verpleeghuis Antonius IJsselmonde te Rotterdam. Het project betreft een experiment, dat zich uitstrekte over zeven jaar en waarbij een afdeling van een verpleeghuis werd gereserveerd voor terminale patiënten. Het initiatief was gebaseerd op Angelsaksische voorbeelden. De resultaten van het onderzoek geven aan dat een dergelijke unit veel nadelen heeft, vooral voor de patiënten. De unit is na afloop van het project dan ook opgeven. Enkele uitkomsten:⁷

- Een concentratie van stervenden op een unit is ongunstig voor kort terminale patiënten (patiënten met een levensverwachting van minder dan drie maanden). Men heeft vaak elders de naderende dood verwerkt en men wenst rust zonder contact te willen met nieuwe vreemde mensen. Men trekt zich in zichzelf terug. Medepatiënten onttrekken zich op hun beurt aan het contact met kort terminale patiënten door de angst voor de confrontatie met het sterven.
- Concentratie is ook nadelig voor lang terminale patiënten (patiënten met een levensverwachting van langer dan zes maanden). Het voortdurend sterven van anderen confronteert hen met de dood en bedreigt de kwaliteit van hun laatste levensperiode.

- Middellang terminale patiënten (patiënten met een levensverwachting van drie tot zes maanden) kunnen het meest profiteren van het contact met lotgenoten en de deskundigheid van de staf. Echter, de volgende nadelen gelden ook voor hen.
- Concentratie van terminale patiënten vormt een sterke bedreiging voor de privacy, waaraan juist terminale patiënten en hun familie behoefte hebben.
- De deskundigheid van de zorgverleners in de omgang met stervenden kan door patiënten worden ervaren als een belemmering of een beperking van hun eigen stervensverwerking. Door te veel zorg wordt de patiënt de greep op de eigen situatie ontnomen.

Deze uitkomsten geven aan, dat een aparte voorziening voor terminale patiënten vele en belangrijke nadelen kent. Tevens blijkt dat de deskundigheid van het personeel contraproductief kan zijn: kennis en kunde van het personeel kunnen een belemmering zijn voor de eigen, individuele, stervensverwerking.

Ook binnen de 'hospice'-beweging in Groot-Brittannië is de ervaring opgedaan dat 'hospice'-zorg een keerzijde heeft. Zo stelt Wilkes dat een ander argument tegen gespecialiseerde zorgverlening is, dat de deskundigheid en de mogelijkheden van adequate terminale zorg niet beperkt moeten blijven tot 'hospice'-zorg.⁸ De kennis over terminale zorg moet worden geïntegreerd in en gegeneraliseerd over het geheel van de gezondheidszorg. Immers, in alle geledingen van de gezondheidszorg worden zorgverleners geconfronteerd met het sterven en de dood van hun patiënten. Tevens dient, althans volgens Torrens, de bijzondere aandacht voor terminale zorg haar exclusiviteit te verliezen.⁹ 'We have selected a certain kind of dying patients to work with. We have not learned a great deal about other dying patients; patients who die more slowly, whose movement from life to death is much more gradual, even while it is just as inexorable. We have not come to grips with some of the other chronic disease conditions which lead just as clearly, just as certainly, to death, only in a different time frame. The idea of taking the principles of what we have learned and applying them to a different pattern is most important.'

WIENS WENS?

De genoemde voorbeelden weerspreken de idee dat de zorg voor stervenden een vorm van categorale zorg is of zou moeten zijn.

- Een concentratie van terminale patiënten in aparte voorzieningen sluit niet aan op de wensen en behoeften van kort en lang terminale patiënten.
- De gespecialiseerde zorgverlening kan contraproductief zijn. Tevens dient de deskundigheid in de omgang met stervenden niet beperkt te blijven tot 'hospice'-zorg, maar moet de kennis over terminale zorg worden veralgemeend over het geheel van de gezondheidszorg.
- De bijzondere aandacht voor gespecialiseerde methoden van terminale zorg dient haar exclusiviteit te verliezen en de aandacht moet worden uitgebreid naar de zorg voor chronisch zieken.

Men kan zich afvragen of de idee van 'hospice'-zorg in Nederland niet te veel wordt beredeneerd vanuit de zorgverleners en niet vanuit de wensen en behoeften van stervenden en hun familie. Een voorbeeld van een vergelijkbare ontwikkeling die in deze richting wijst, is de gang van zaken bij het zogeheten Hostelproject: enige jaren geleden, in het begin van de ontwikkeling van de zorgverlening aan mensen met AIDS, werd het initiatief genomen tot het opzetten van een woonvoorziening voor homo- en biseksuele mannen met AIDS; in deze voorziening kon men samen met lotgenoten leven en, uiteindelijk, sterven. Dit initiatief was geïnspireerd op voorbeelden uit de Verenigde Staten. Echter, in Nederland bleek een dergelijke voorziening niet levensvatbaar. Er bestond te weinig behoefte aan bij de gekozen doelgroep, die juist grote aanspraak maakte op andere, reguliere vormen van zorgverlening. Het Hostelproject is na een kortdurend bestaan beëindigd met als belangrijke oorzaak, dat de voorziening te veel vanuit de aanbieder was gedefinieerd.¹⁰

TOT SLOT

De zorg voor terminale patiënten in Nederland is volop in beweging. Men kan veel leren van de zorg voor stervenden zoals die bijvoorbeeld in de Angelsaksische wereld wordt beoefend. Echter, het klakkeloos overne-

men van buitenlandse vormen van zorg blijkt weinig zinvol te zijn. Voorstanders van 'hospice'-zorg dienen zich af te vragen of hun initiatieven aansluiten op de wensen en behoeften van stervenden en hun familie, en op de wensen en behoeften van de reguliere zorgverleners. De hier aangehaalde onderzoeksresultaten wijzen op het tegenovergestelde. Sterven gebeurt in alle geledingen van de gezondheidszorg. Een beperking van de zorg voor stervenden tot een vorm van categorale zorg is onterecht en doet geen recht aan de reeds ontwikkelde vormen van terminale zorg in Nederland.

Met dank aan Drs. J. A. C. Danze.

Literatuur

1. Ziekenfondsraad. Advies inzake terminale thuiszorg. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1985 (nummer 292): 7.
2. Biesenbeek FJ. Overheid en terminale zorg. Medisch Contact 1986; 41: 327-8.
3. Tweede Kamer vergaderjaar 1990-1991, 21545, nr. 9: 12.
4. Meerveld JHCM. Terminale zorg in Midden-Brabant. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1990 (nr 90.679).
5. Kearney M. Sterven in Engeland: de rol van het hospice. Medisch Contact 1989; 44: 182-5.
6. Meerveld JHCM. Terminale zorg in Midden-Brabant. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1990 (nr 90.679): 12.
7. Bruning H. Omgaan met sterven. Deel 2. Terminale zorg in een verpleeghuis. Leiden: Zorn, 1986: 202. Bruning H, Klein Hesselink J. Omgaan met sterven. Deel 3. Samen leven, samen sterven. Leiden: Zorn, 1986: 81.
8. Wilkes E. Great Britain: the hospice in Britain. In: Saunders C, Summers AH, Teller W, eds. Hospice: the living idea. Edward Arnold, 1981: 186.
9. Torrens P. Achievement, failure and the future: hospice analysed. In: Saunders C, Summers AH, Teller W, eds. Hospice: the living idea. Edward Arnold, 1981: 191.
10. Coene RD. Evaluatie Hostelproject, Innovatieproject. Amsterdam, 1989.

Gezondheidszorg en mensenrechten

Laakbare praktijken

De geneeskunde in Nazi-Duitsland heeft, gedwongen, half gedwongen, vrijwillig, op voordeel uit of uit overtuiging, het Derde Rijk gediend. Ook nu merken wij daar soms nog wat van.

In de tweede helft van de jaren tachtig werd een aantal anatomische preparaten ontdekt (microscopische en macroscopische) aan Duitse wetenschappelijke instituten. Deze waren afkomstig – en voor zover het om ongedateerde preparaten ging, moet zorgvuldigheidshalve worden toegevoegd: zeer waarschijnlijk – van slachtoffers van de Nazi's. Het blad *Nature* was het eerste wetenschappelijke blad dat hiervan verslag deed. De betreffende stilte van de wetenschappelijke pers over deze ontdekking – in feite meer een openbaar maken van een laakbare opleidingspraktijk dan een ontdekking – drukt naar de mening van Prof. Dr. William E. Seidelman de bezorgdheid uit 'dat de reputatie van de wetenschap zou kunnen lijden onder verdere publiciteit' (hij citeert hier de directeur van het Max Planck Instituut voor hersenonderzoek). Seidelman, Associate Professor van het 'Department of Family Medicine, McMaster University te Hamilton, Canada, heeft zich in de zaak van de anatomische preparaten en hun connectie met Nazi-geneeskundigen verdiept.

Inmiddels was via de Duitse ambassade in Tel Aviv een formeel verzoek uit Israël bij de Westduitse overheid gekomen om een onderzoek naar de zaak van de preparaten in te stellen. Het secretariaat van de conferentie van ministers van Onderwijs en Cultuur van de verschillende 'Länder' (KMK) in de toenmalige Bondsrepubliek liet een onderzoek instellen naar alle preparaten uit de periode 1933-1945, inclusief preparaten van onzekere datum en herkomst. Dr. J. Schultz-Hart, algemeen secretaris van de KMK, bracht hierover op 19 juli 1989 verslag uit.

Een aantal universiteiten beschikte niet

over dergelijke preparaten wegens bombardementen, oprichting na 1945 en dergelijke factoren. De universiteit van Tübingen wel. Dergelijke preparaten bevinden zich eveneens in Frankfurt in diverse instituten. In dit opzicht was de zogenoemde Hallervorden-collectie zeer verdacht. Deze bevatte onder andere materiaal dat afkomstig was van 33 kinderen en jonge volwassenen, allen 'gestorven' op 28 oktober 1940. Volgens mededeling van Dr. Schultz-Hart zouden de preparaten in kwestie onmiddellijk uit de collecties worden verwijderd en naar behoren worden weggedaan. Alleen aan de universiteit van Tübingen werd echter naar behoren gereageerd. Op een ter zake doend terrein van de begraafplaats werd een herdenkingssteen geplaatst. Daarbij werd een rede uitgesproken door Jürgen Peiffer van het 'Institut für Hirnforschung' van deze universiteit. Het is een ontroerend en goed gedocumenteerd In Memoriam ter herdenking van die slachtoffers van de Nazi-terreur wier lichamen in de jaren 1933-1945 werden gebruikt voor medische research en medisch onderwijs. Hij stelt daarin ook wetenschappers als Hallervorden aan de kaak, die hun geweten terzijde schoven als het ging om het verkrijgen en gebruik maken van op zodanige wijze verkrijgbaar materiaal. De rede is gepubliceerd in het tijdschrift 'Brain Pathology'.

Is daarmee nu alles gezegd en gedaan? De Duitse overheid nodigde Seidelman uit naar Duitsland te komen om zelf poelshoogte te nemen. De vasthoudende Seidelman kwam in het voorjaar van 1991 inderdaad over, maar tevens met het doel om niet alleen de zaak van de preparaten verder te onderzoeken, doch ook enkele andere, verwante zaken aan de orde te stellen: hoe was het gesteld in de voormalige DDR met deze kwestie? Moest de medische wetenschap eigenlijk geen officiële dag wijden ter herdenking aan de slachtoffers,

zoals in Tübingen zo voorbeeldig was gedaan? En hoe stond het met het onderwerp 'geneeskunde in het Derde Rijk' als medisch-ethisch topic in het medische curriculum?

Seidelmans conclusie, die hij mij persoonlijk mededeelde, stemt tamelijk treurig. Hij vond aanwijzingen, dat ook nu nog aan enige Duitse universiteiten dergelijk materiaal wordt gebruikt, ondanks de verzekering van de secretaris van de KMK. De speciale herdenking is uitgesteld – hopelijk komt er geen afstel van. En het medische onderwijs bekommert zich in het algemeen niet om de medische geschiedenis tijdens het Derde Rijk. Waar dit wel plaatsvindt, zoals aan de Vrije Universiteit van Berlijn, gebeurt het tamelijk los van de medisch-academische gemeenschap. Wel zijn er prijzenswaardige initiatieven genomen onder auspiciën van de Ärztekammer Berlin en het Landeswohlfahrtsverband Hesse.

Seidelman gaat verder met zijn actie. Het gaat om het doen van recht aan gedode onschuldigen en aan die nog levende ouderen die destijds in hun jeugd in Auschwitz en op andere plaatsen deerlijk zijn misbruikt in de naam van wat 'geneeskunde' heette. En daarmee ook om besef en inkeer bij de medische professie.

J. Jansen, psychiater, Amersfoort, directeur Joodse Geestelijke Gezondheidszorg

Johannes Wier Stichting
Postbus 1551
3800 BN Amersfoort

Literatuur

Dickman S. *Nature* 337, 195; 339, 498 (489)

Peiffer J. Neuropathology in the Third Reich. Memorial to those Victims of National-Socialist Activities in Germany who were Used by Medical Science. *Brain Pathology* 1991 (1): 125-31.

R. L. Skrine (ed.), *Introduction to Psychosexual Medicine. For doctors, nurses, students and other health care professionals*, 1989. Montana Press, P.O. Box 67, Carlisle CA4 9DE, Fax: 076 886 428. 211 pagina's, £ 12.95. ISBN 1 870786 05 X.

In 1974 werd in Londen het Institute of Psychosexual Medicine opgericht. Psychosexuele counselling werd toen al een jaar of vijftien in de praktijk gebracht. Feitelijk is deze manier van omgaan met psychosexuele problemen en met de hulpverleners die dat willen leren het uitbouwen van het werk van Michael Balint. Zoals bekend pu-



bliceerde die al in 1957 zijn standaardwerk 'The doctor, his patient and the illness'. Wie bekend is met het opleiden van huisartsen zal in deze 'Introduction to Psychosexual Medicine' veel termen en methoden herkennen. In ons land is nooit zo helder en zo beknopt en toch ook weer zo gedifferentieerd het omgaan met het psychosexuele problemen door (huis)artsen beschreven.

Stap voor stap worden in het eerste deel van het boek aspecten van psychosexueel consult beschreven. Er worden zeer veel herkenbare en beknopt beschreven voorbeelden uit de dagelijkse praktijk van huisartsen gegeven. Achtereenvolgens komen aan de orde: presentation of a psychosexual problem, the problem is recognised – what next?, the 'here and now', the 'there and then' in the patient's life, defences in the patient and defences in the doctor.

In het tweede deel van het boek wordt beschreven hoe je in verschillende settingen andere problemen tegenkomt en ook hoe je daar soms anders mee om moet leren

gaan. Aan de orde komen: the general practitioner as a psychosexual doctor, psychosexual nursing, the psychosexual doctor in the gynaecology clinic, the psychiatrist and psychosexual problems, the psychosexual clinic.

Tenslotte wordt nog iets vermeld over 'seminar training; learning by doing'. Een korte index maakt het boekje van 211 pagina's compleet.

Volgens mij is dit boekje zeer geschikt om jonge huisartsen in opleiding te leren omgaan met seksuele problemen. De inhoud van het boek behandelt zowat alle aspecten van de seksuologie die in Nederland aan de opleiding tot arts/seksuoloog gaan worden gesteld. Het zou dan ook tijdens die opleiding, die er hopelijk binnenkort gaat komen, verplicht gesteld dienen te worden. Het boek is ook heel geschikt voor alle medici die zich bezig houden met seksuele problematiek. Gedacht kan worden aan gynaecologen, urologen en psychiaters en artsen die werken op de bureaus van de Rutgers Stichting. Voorts zullen verpleegkundigen die op een seksuologische polikliniek werken ook veel van hun gading kunnen vinden. Niet-medici, ik denk vooral aan psychologen in de eerste lijn van de gezondheidszorg werkend, kunnen ook veel van de inhoud van dit boek leren. Kortom: een boek dat een vertaling verdient.

Jan Moors

W. G. M. Witkam, W. H. Velema, A. P. van der Linden, *Reageerbuisbevruchting verantwoord?* Buijten & Schipperheijn, Amsterdam 1990 (Lindeboomreeks nr. 2). 136 blz. ISBN 90 6064 733 5. Prijs f 24,50.

Dit boekje uit de Lindeboomreeks, die verschijnt onder auspiciën van het Prof. Dr. G. A. Lindeboom Instituut, is een 'tamelijk ingrijpende redactionele bewerking' van een in 1988 verschenen rapport van dat instituut over IVF, met als doel het voor een breed publiek toegankelijk te maken. Hoofdstuk 1, van de hand van de medicus Witkam, is een kritische beschouwing over de medisch-biologisch-klinische aspecten van IVF, met veel aandacht voor de voorgeschiedenis. In hoofdstuk 2 gaat de christelijk-gereformeerde ethicus Velema in op de theologisch-ethische aspecten, waarbij hij in de praktijk dichtbij de (afwijzende) positie van het Vaticaan uitkomt, terwijl de jurist Van der Linden in het derde hoofdstuk soms wat moraliserend de juridische aspecten (met name het afstammingsrecht) behandelt. Het slothoofdstuk behelst het verslag van een discussie, onder leiding van Dr. Ir. H. Jochimsen van het Linde-

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag. De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

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

boom Instituut, tussen de ethici Velema en J. Douma (Gereformeerd (vrijgemaakt)), welke laatste kritische kanttekeningen plaats bij de door eerstgenoemde ingenomen positie.

Alle auteurs staan kritisch tot afwijzend tegenover IVF. Op een aantal punten acht ik hun argumentatie (ook vanuit het gezichtspunt van de christelijke ethiek) niet erg overtuigend, maar dat neemt niet weg dat een helder (!) inzicht wordt geboden in de opvattingen over IVF in en om het Lindeboom Instituut. Als zodanig is dit boekje een goede bijdrage tot de discussie.

E. Schroten.

Andrew Chetley, *A healthy business? World health and the pharmaceutical industry.* Zed Books Ltd., London 1990. 206 blz. ISBN 086232735. Prijs f 40,20. (Importeur Ruward, Den Haag)

Het zeer compact geschreven boek staat een essentieel en rationeel geneesmiddelenbeleid voor. De meeste ziekten kunnen artsen met 250 medicijnen bestrijden. Het grote aantal middelen – 30.000 in Duitsland en India – leidt onnodig tot allerlei gevaarlijke interacties en onjuiste doseringen. Beperking van ondoelmatige geneesmiddelen gebruik betekent meer broodnodige deviezen en consumptieve bestedingen. In India geeft men 50% van het gezondheidszorgbudget hieraan uit, terwijl dat in Nederland slechts 10% bedraagt. In India zouden zich meer dan 200 soorten vitamine C op de markt bevinden. Ook verruimen de producenten er de therapeutische categorieën en laten bijwerkingen en contra-indi-

caties achterwege. Zo ontraadde de WHO in 1980 het gebruik van neomycine in antibiotica. Anno 1987 blijkt het nog in 14% van de anti-diarreemiddelen aanwezig te zijn. Er is sprake van een dubbele moraal. Als overheden van derdewereldlanden enige controlerende wetgeving op deze bedrijfstak toepast, dan wordt zij beschuldigd van ongeoorloofde inmenging in vrijhandelspraktijken. Industrielanden dreigen dan zelfs met een investeringsstop en met staking van hulpprogramma's. Zoals in 1982, toen het straatarme Bangladesh een rationeel geneesmiddelenbeleid ging voeren. Voor Organon betekent dat een omzetsdaling, omdat het aanpakken van anabole steroïden om de eetlust van kinderen te vergroten, werd verboden. De meeste fabrikanten maken uitsluitend preparaten tegen westerse welvaartsziekten (kanker, hartziekten). De research- en ontwikkelingskosten – zo'n 15% van de omzet – besteedt men geheel aan dergelijk onderzoek. Toch overlijden er meer wereldburgers aan eenvoudig te verhelpen ziekten, zoals diarree, TBC, malaria en koorts; alleen al in 1990 stierven hieraan volgens de UNESCO 14 miljoen kinderen onder de 5 jaar.

Enige zaken laat Chetley terzijde. Zo trekt hij geen parallel tussen de gigantische gezondheidsproblemen in de huidige derde wereld en het westen aan het begin van deze eeuw. Ook gaat Chetley niet in op de vervlechting van de farmaceutische met de chemische industrie, noch op de kartelvorming, 'transfer-pricing'-systeem of de toenemende monopoliseringsgraad. Volgens SCRIP's jaarrapport 1990 leggen de 100 grootste westerse bedrijven beslag op 95% van de wereldhandel. Desalniettemin vormt het boek een uitstekende en korte inleiding op de wereldwijde geneesmiddelenproblematiek.

Lucas van der Hoeven