

# MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 3 – 22 januari – 43e jaargang

In oktober heeft de LHV haar discussienota gepresenteerd over 'De positie van de huisarts in de toekomst'. In de nabije toekomst zal een delegatie van bestuur en bureau daar in de periferie de discussie over aangaan. Stafmedewerkster Mw. Drs. R. J. Brands spreekt inhoud en positionering van de nota.

De voorgestelde maatregelen in de 'Nota preventie van hart en vaatziekten' van staatssecretaris Dees vormen een goede aanzet tot actie. Wil de staatssecretaris evenwel het doel dat hij zich stelt bereiken, dan zal hij er het publiek en het openbare leven voor moeten zien te winnen. Aldus op persoonlijke titel Mw. Drs. J. L. van der Graaff-van der Male, zelf een van de notaschrijvers.

Welke kans maakt het 'managed care'-concept in Nederland? De Utrechtse hoogleraar in de huisartsgeneeskunde Dr. R. A. de Melker belicht de sterke en de zwakke kanten van het gezondheidszorgsysteem in ons land. Daarna kijkt hij naar de overkant: wat kunnen we in het licht van het voorgaande leren van de 'health maintenance organizations' (HMO's) in de Verenigde Staten? Een vergelijkend onderzoek tussen twee soorten badwater, zo te zeggen.

In het St. Antoniusziekenhuis te Nieuwegein was het maatschappelijk werk tot eind 1985 voornamelijk afhankelijk van aanvragen per verpleegafdeling. Met het oog op een beter contact met de extramurale zorg is men toen gaan experimenteren met een op de regio gerichte werkwijze.

Het laatste jaar worden bij de Groningse beroepsopleiding voor huisartsen video-opnamen gebruikt om consulten van arts-assistenten met simulatiepatiënten te laten beoordelen door groepen opleiders. De sociaal-psycholoog Drs. P. C. Bügel is er van het prille begin af bij geweest.

## INHOUD

'De positie van de huisarts in de toekomst'. Centraal Bestuur der LHV met discussienota het land in  
*Mw. Drs. P. J. Brands - 71*

Preventie van hart- en vaatziekten vergt gezamenlijke inspanning  
*Mw. Drs. J. L. van der Graaff-van der Male - 73*

Discussie 'Behandeling van hoge bloeddruk':  
Zin en onzin  
*D. E. Grobbee - 75*  
Betekenis voor het individu  
*C. P. M. Boot - 78*

Nederland en het 'managed care'-concept. Onderzoekt alle dingen en behoudt het goede  
*R. A. de Melker - 83*

Maatschappelijk werk in het ziekenhuis een taak voor de regio  
*Corrie Bongenaar, Miriam Bots, Ina Bruins en Anna Roessingh - 87*

Huisartsopleider en video  
*P. C. Bügel - 91*

---

Colofon 66 - Colofon officieel 66 - Hoofredactioneel commentaar 67 - Voorzitterskolom LAD 68 - Brieven 69 - Agenda 72 - Boeken 82 - Praktijkperikel 86 - Kort Amerikaans 90 - Uit de Verenigingen 93

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

#### Bestuur Medisch Contact

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

#### Redactie Medisch Contact

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

Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice  
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice  
Mw. G. W. van Straten, redactrice  
Mw. Drs. M. C. A. van Wandelen, redactrice  
R. A. te Velde, eindredacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103  
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823384  
Telefoonnummer KNMG: 030-823911

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

#### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 136,99 (inclusief BTW); overige landen f 242,—  
Administratie: Tijl Tijdschriften BV  
Jacques Veltmanstraat 29  
1065 EG Amsterdam  
telefoon 020-5182.828, telex 15230.  
Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

#### Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.  
Opgave: Tijl Tijdschriften BV  
Jacques Veltmanstraat 29  
1065 EG Amsterdam  
telefoon 020-5182.828, telex 15230.  
Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

#### Bij de voorplaat:

Een van de eerste gedrukte illustraties van een keizersnede.  
Houtsnede uit 'C. Suetonius' leven van de twaalf caesars' (Italië 1506).

## KNMG LHV LSV LAD LVSG KNMG

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

#### Dagelijks bestuur

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

#### Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; G. J. Eikmans en Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretarissen; Prof. Mr. W. B. van der Mijl en Dr. H. Roelink, adviseurs; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

#### Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mw. Mr. P. Swenker, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

#### Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

#### Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. E. M. Dekker-Meelker, 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. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureau-tijden ma, di, do en vr van 9.00 tot 16.00 uur.

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

#### Bibliotheek

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

#### Stichting Dienstverlening Medici

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

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

# 'Managed care' in Nederland

De inrichting van de gezondheidszorg is een fraaie afspiegeling van het culturele klimaat en de normen en waarden van een bepaalde samenleving. In de Verenigde Staten worden rationalisatie, individuele kracht en competitie hoog gewaardeerd. In West- en Noord-Europa hechtte men na de Tweede Wereldoorlog meer aan collectief delen van lusten en lasten. In de Verenigde Staten zien we een zeer hoogwaardige gezondheidszorg voor financieel draagkrachtigen en een sterke nadruk op individuele verzekeringen en concurrentie, maar ook het verschijnsel dat onvermogens worden gedumpt in staatsziekenhuizen of op de straat. Ook recente ontwikkelingen als de totstandkoming van 'health maintenance organizations' (HMO's) en de financiering op basis van 'diagnosis related groupings' (DRG's) houden hiermede verband. Daarentegen kennen we in West-Europa collectieve financieringssystemen, zoals ons ziekenfondsstelsel en de Britse National Health Service. Al enige jaren vraagt men zich in Europa af of een betaalbare, efficiënte en effectieve gezondheidszorg wel te rijmen valt met een gelijk pakket aan voorzieningen voor alle burgers. Er zijn maatregelen genomen, zoals het beëindigen van de vrijwillige ziekenfondsverzekering en de bejaardenverzekering in ons land en het bewust uithollen van de National Health Service in Groot-Brittannië.

Zonder dat men zich al te veel lijkt te bekommeren om de achtergronden van de verschillen aangaande het gezondheidszorgstelsel, wordt in ons land meer dan ooit gekeken naar de Verenigde Staten en worden we rijp gemaakt voor de acceptatie van HMO's. In dergelijke centra heeft de verzekeraar grote invloed op de gang van zaken binnen de instelling, door de koppeling van betaling en bedrijfsresultaat, door de doelmatigheid bevorderende maatregelen als toestemming voor een opname en controle op zaken als ligduur en door het stimuleren van intercollegiaal overleg. HMO's lijken bij te dragen tot een vermindering van de kosten van de gezondheidszorg; de periodieke stijging van de kosten beïnvloeden ze echter niet<sup>1</sup>.

Inmiddels blijkt de met de ziekenfondsen gelieerde ziektekostenverzekeraar Het

Zilveren Kruis zoveel vertrouwen in de afloop van de discussies omtrent de commissie-Dekker te hebben dat hij het in financiële moeilijkheden verkerende gezondheidscentrum te Maarssenbroek heeft overgenomen met het oogmerk daar een HMO volgens het 'managed care'-concept van te maken<sup>2</sup>. Bij de presentatie van het nieuwe bestuur van dit centrum maakte de verzekeraar bekend in overleg met 24 ziekenfondsen evenveel gezondheidscentra te willen opzetten. In deze centra wil men de eerste- en tweedelijnszorg samenbrengen, zodat dubbele verrichtingen worden voorkomen en de huisarts de patiënt op zijn gang door de gezondheidszorg kan volgen. Men wil de dienstverlening vergroten, bijvoorbeeld door het houden van spreekuren 's avonds.

Onbeantwoord zijn vragen als hoe deze centra zich verhouden tot buurtgericht werken, wat de positie van de eigenaar-verzekeraar is ten opzichte van de andere verzekeraars, of er ook banden zijn met een ziekenhuis en wat de positie van

nabij dat er een gedifferentieerd tarief wordt ingevoerd waarin aangetoonde extra kwaliteit en dienstverlening gaat worden gehonoreerd.

Bijzondere aandacht vereist het voorstellen specialisten in de gezondheidscentra met huisartsen te laten samenwerken. Men heeft hierbij een werkwijze voor ogen die veel verder reikt dan de terecht bepleite vergemakkelijking van de consultatie tussen huisarts en specialist. Het is de vraag of de huisartsen de druk kunnen weerstaan snel te verwijzen: aan de ene kant kunnen patiënten hierom eerder vragen, omdat de aanwezigheid van specialisten één van de punten is waarmee het centrum wordt aangeprezen; aan de andere kant zullen de specialisten hun diagnostische en behandelpakketten uitbreiden en met veel service aanbieden. Het risico is daarom groot dat in plaats van substitutie van tweede naar eerste lijn het omgekeerde zal optreden. Als de eerste stap van de herstructurering van de gezondheidszorg niet bestaat uit een werkelijke versterking van de positie van de eerstelijnszorg, mag worden gevreesd dat de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid het bij het rechte eind had toen hij concludeerde dat de voorstellen van de commissie-Dekker vooral de medisch specialisten bevoorrecht<sup>4</sup>. □

## Dr. C. Spreeuwenberg

de huidige werknemers van het overgenomen gezondheidscentrum is. Stemmen de laatsten met deze ontwikkeling in? Hoe worden zij in staat gesteld de patiënt in het ziekenhuis te volgen? Wat zijn hun machtsmiddelen? Voor hoe lang worden contracten aangegaan? Kan de verzekeraar van hulpverlener veranderen en welke consequenties heeft dit voor de continuïteit van de relatie arts-patiënt? Vormen HMO's een passend antwoord op de huidige problemen van de gezondheidszorg? In de Verenigde Staten was een zekere greep op het ziekenhuis via HMO's noodzakelijk, omdat men daar het systeem met een sterke poortwachtersfunctie van de huisarts niet kent. Kwaliteitsverbetering kan ook door andere prikkels worden bevorderd. Zo heeft de LHV zich in haar jongste discussienota<sup>3</sup> – waarover meer op blz. 71 – bereid getoond dit actief te willen bevorderen, desnoods met hantering van sancties als het verlies van registratie. Het moment lijkt

1. Schwartz WB. The inevitable failure of current cost-containment strategies, JAMA 1987; 257: 220-4.

2. Sprij B, Casparie AF. Van 'health maintenance organization' naar 'managed care'-concept. Medisch Contact 1987; 42: 1597-1600.

3. LHV, De positie van de huisarts in de toekomst; discussienota, Utrecht, 1987.

4. HRWB adviescollege voor sociaal en cultureel beleid, Substitutie in (Dekker-)perspectief. 's Gravenhage, 1987.

LAD-voorzitter J. C. F. M. Aghina:

## Koud, hè?

'De 10e mei van het jaar 1940 vond vooral hen, die zich in hun gevestigde maatschappelijke positie mochten verheugen – en daartoe behoorden ook de artsen – vrijwel onvoorbereid. De artsen wisten echter spoedig een juiste koers te bepalen.' Die koers werd bepaald door 'Medisch Contact', waar zich in 1941 alle artsen verzamelden die zich niet konden verenigen met de manier waarop de bezetter de gezondheidszorg wenste te herstructureren. Sinds die tijd siert de naam 'Medisch Contact' het officiële orgaan van de Maatschappij. Velen van u is dat niet onbekend, voor anderen is het misschien een gedachte om even bij stil te staan: Medisch Contact als symbool van de saamhorigheid van alle Nederlandse artsen in moeilijke tijden.

De eerder geciteerde zinnen las ik in 'Geschiedenis van het verzet der artsen in Nederland' door P. H. de Vries, een in 1949 uitgekomen geschiedschrijving van de activiteiten van het 'Medisch Contact' in de bezettingsjaren. Boeiende lectuur. Niet minder boeiend en wellicht nog leerzamer is het boek '125 jaar geneeskunst en maatschappij' van Festen, uitgekomen ter gelegenheid van het 125-jarig bestaan van de KNMG in 1974. Ik ben in die geschiedenis gedoken omdat wij dit jaar ons eigen 40-jarig jubileum vieren.

Waarom werd de LAD opgericht? Wat waren de onderwerpen waar we in die beginjaren mee worstelden? Verplichte stof ter voorbereiding van een jubileumjaar. Daarover in de loop van dit jaar in andere publikaties meer. Op deze pagina alleen het weergeven van een gevoel van herkenning, van 'déjà vu'. Wie het boek van Festen leest, ervaart dat er in 125 jaar maar weinig is veranderd. Artsen hebben voortdurend met elkaar en met instanties overhoop gelegen. Dat heeft met hun maatschappelijke status te maken, maar ook met beroepsethiek en met hun verantwoordelijkheid voor een kwalitatief hoogstaande uitoefening van het beroep.

Het is alleen zo betreurenswaardig dat binnen de artsenwereld kennelijk zo weinig consensus over belangrijke onderwerpen te bereiken valt. En dat al tientallen jaren lang. In 1946 werd reeds over een nieuwe structuur voor de KNMG gesproken. De afdeling Leiden deed een origineel voorstel, waarin in 'een artsenparlement' werd voorzien, de hoogste macht binnen de KNMG. Bovendien werden er ideeën gelanceerd over het afsluiten van goedkope verzekeringen, zowel op het vak-

gebied als daarbuiten. Die ideeën werden als onethisch van de hand gewezen. Nu zijn er vier onderlinge verzekeringsmaatschappijen en probeert de SDM, die er dan uiteindelijk bijna veertig jaar na dato toch is gekomen, met moeite een graantje mee te pikken.

Gemiste kansen. Ik moest daaraan denken toen ik een dezer dagen een programma op de televisie zag waarin enkele keren de kreet: 'Koud, hè?' voorkwam. In nummer 1 van Medisch Contact 1988 heeft u kunnen lezen dat één van de maatschappelijke verenigingen huisvestingsproblemen heeft en overweegt ons gezamenlijk huis in Utrecht te verlaten. Zijn de verhoudingen dan zo slecht dat we in de Domus Medica voortdurend 'Koud, hè?'



tegen elkaar moeten roepen? En is de relatie tussen overheid en artsenorganisaties ook niet ijskoud?

Macht van groepen wordt bepaald door de mate waarin men in staat is gezamenlijk doelstellingen te bepalen, daarop strategieën te baseren en hier vervolgens uitvoerig aan te geven. Nu, in de jaren waarin we te maken hebben met bezuinigingen, teruggang in inkomen en met problemen op het gebied van de werkgelegenheid, is het extra belangrijk de rijen te sluiten. Fysiek uittreden uit die rij past daar naar mijn opvatting niet in. In dit jubileumjaar zal de LAD er in ieder geval alles aan doen om gezamenlijk zoveel mogelijk te bereiken, om een klimaat te scheppen waarin de warmte van het samen een karwei klaren, van samen ergens voor staan, weer een kans krijgt.

Er liggen problemen genoeg op ons pad. Ik denk aan de gevolgen van de uitgebreide bezuinigingsoperaties van de overheid, de beddenreductieprogramma's, de dreigende

aantasting van de inkomens van de specialisten in academische ziekenhuizen, de werkgelegenheidsproblematiek, etc. We gaan door met het verzet tegen botte inkomensafkalking, zo nodig door mobilisering van alle direct betrokkenen. We gaan door met arbeidsduurnormalisering en met ons streven naar het wetsontwerp dat de Arbeidswet moet uitbreiden tot geneeskundigen. We gaan door met onze cursusprogramma's en met onze vacaturebank en het uitzendbureau. En we zullen zeker doorgaan niet alleen 'Nee' te laten horen, maar zo mogelijk alternatieve oplossingen aan te dragen, plus ons op te stellen als een positieve overlegpartner. En natuurlijk gaan we vieren dat we dit jaar veertig jaar bestaan. Dat gebeurt op 6 en 7 mei.

Op 6 mei wacht u een congres, gewijd aan de vraag hoe het is gesteld met de arbeidssatisfactie van de hedendaagse arts. Waarom gaat hij of zij medicijnen studeren? Ben je nog wel vrij in de uitoefening van je beroep? Wat zijn de invloeden van de toenemende overheidsbemoeienissen op de arbeidssatisfactie? Kortom, is de vraag 'Koud, hè?' hier ook al op van toepassing? Op 7 mei volgt dan de officiële receptie van het bestuur, waaromheen allerlei ludieke activiteiten zijn voorzien. Natuurlijk meer hierover in onze ledenbulletins en in de rubriek 'Uit de Verenigingen'.

Naar buiten kijkend en luisterend naar het aanhoudend druppelen van het regenwater in de dakgoot, denk ik: 'Koud? Nee, wel triest en regenachtig...' Maar we kunnen waarachtig gezamenlijk toch wel bereiken dat het opklaart?

J. C. F. M. Aghina,  
voorzitter LAD

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

## NORMEREN WORDT ONTBAREN . . .

Na zestien maanden onderhandelen, argumenteren, corresponderen en irriteren blijft na een tweetal bezoeken aan de voorzitter van de Raad van State, in verband met schorsingsverzoeken op gemeentelijke beslissingen, de AMvB vestiging en praktijkomvang huisartsen het college van B&W zoveel ruimte te bieden dat een door de gemeente gepresenteerde kandidaat, na de gemaakte afspraken met de beroepsgroep en het advies van de VAC onder tafel te hebben gewerkt, een vestigingsvergunning geschonken krijgt. Hoewel deze kandidaat niet in de waarnemingsregeling kan worden opgenomen, omdat aan meerdere criteria niet wordt voldaan, zet B&W de gevestigde huisartsen onder druk om de nieuwe vergunninghouder alsnog te laten participeren. Hoewel de definitieve uitspraak van de Raad van State eerst in augustus 1988 te verwachten valt, de nieuwe collega zich nog steeds niet heeft gevestigd en de inwonersaanwas nog geen volwaardige praktijk kan opleveren, zijn inmiddels al door B&W stappen ondernomen om, geleid op kwantitatieve criteria, nog een vacature te creëren.

Aangezien B&W door middel van de AMvB en de inmiddels beschikbare jurisprudentie ruime vrijheid toebedeeld hebben gekregen inzake kwalitatieve en kwantitatieve normstelling zal een en ander resulteren in een tweestrijd tussen twee nieuw te vestigen huisartsen, die ieder voor zich zullen trachten de helft van een nog geen volwaardige praktijkpopulatie te bemachtigen, en tussen de nieuwkomers en de gevestigde huisartsen. Een gevolg zal zijn dat de kleinste (=normatieve) praktijken de meeste schade zullen lijden. Hierdoor zullen de intercollegiale verhoudingen sterk onder druk komen te staan.

### Conclusie

Het zuiver rekenmatig bepalen van het aantal huisartsen per gemeente, de bevoegdheden van B&W en het ontbreken van een deugdelijke regeling voor afbouw van de bovennormale praktijken, werken een slecht functioneren van huisartsen individueel en collectief in de hand. Het beoogde effect (normering praktijkgrootte en regulering van de instroom van praktijkzoekenden) wordt aldus niet bereikt. Loskoppeling van de AMvB van een afbouwregeling bovennormale praktijken drijft een ongewenste wig tussen gevestigde en praktijkzoekende huisartsen.

### Suggesties

- Beraadt u als LHV, na gedegen overleg met de praktizerenden, op een standpuntbepaling tegenover de gemeente, vooral waar dit het mijns inziens zinloze deelnemen aan VAC en lokaal overleg betreft.
- Stop het, met LHV-penningen, dichten van

## BRIEVEN

grote gaten in de slecht doordachte vestigingswet (zie ook MC nr. 33/1986, blz. 1038).

– Stimuleer op zeer korte termijn de totstandkoming van een regeling afbouw bovennormale praktijken. Wacht niet tot in 1991 de economische delicten worden uitgevochten of gestraft.

Oud-Beijerland, januari 1988

E. L. C. Postma, huisarts in een normatieve praktijk

## AANVULLENDE THUISZORG

De Stichting Aanvullende Thuiszorg zoals door collega Moor in MC nr. 51/1987, blz. 1617, is beschreven, is een op zichzelf verheugend initiatief. Op professionele wijze wordt op deze manier in een stuk thuiszorg voorzien, waardoor opnames kunnen worden voorkomen/verkort. Niet onvermeld mag echter blijven dat er op dit gebied op particulier initiatief veel werk is verricht.

In de regio Gouda opereerde sinds 1985 een Stichting Terminale Thuiszorg. Met twee coördinatrices en tien tot twintig vrijwilligers hielp deze stichting in 1985 en 1986 respectievelijk 40 en 30 mensen. De duur van de hulp varieerde van enkele dagen tot maanden. Nooit is in deze twee jaar een vraag om hulp afgewezen. De samenwerking met wijkverpleegkundigen verliep voortreffelijk, het Regionaal Ziekenfonds Gouda en Omstreken subsidieerde naast enkele anderen de (zeer geringe) overheadkosten. De belangeloze inzet van vrijwillig(st)ers had een stimulerende invloed op de bestaande mantelzorg. De kosten voor de patiënt beperkten zich tot f 25,—. Zoals blijkt uit het artikel van collega Moor bestaat het werk van de Stichting Aanvullende Thuiszorg voor 85% uit hulp in terminale situaties, hulp die grotendeels kan worden gegeven door verpleeghulp. (Dit laatste ligt voor de hand, aangezien hulp van de stichting zich beperkt tot acht uur per dag. Het is moeilijk voorstelbaar dat gedurende deze acht uur hoog gekwalificeerde verpleegkundige hulp is geïndiceerd, en dat buiten deze acht uur kan worden teruggevallen op de bestaande mantelzorg.) Er is dus een aanzienlijke overlap, zowel in de indicatiestelling (85% terminale zorg) als in de kwaliteit van de zorg (tijdelijke overname van bestaande mantelzorg).

Na goede ervaringen in Den Haag en omstre-

ken heeft de Stichting Aanvullende Thuiszorg haar werkgebied uitgebreid tot heel Zuid-Holland. Met betrekking tot reeds bestaande particuliere initiatieven toonde zij zich weinig genegen tot enige vorm van samenwerking dan wel taakverdeling. In feite bleef voor het particulier initiatief slechts de keuze zichzelf op te heffen dan wel zich volledig in te passen in de professionele opzet van de Stichting Aanvullende Thuiszorg. Ondanks het met de mond beleden tegendeel is het ook voor wijkverpleegkundigen blijkbaar aantrekkelijker professionele medehulp in te schakelen dan een beroep te doen op een vrijwilligersorganisatie.

Sinds de tijd dat de Stichting Aanvullende Thuiszorg ook in Gouda en omstreken opereert beperken zich de aanvragen bij de vrijwilligersorganisatie tot moeilijk financieerbare gevallen en moeilijke situaties op vrijdagmiddagen, etc. Het is niet meer doenlijk hiervoor een vrijwilligerskorps gemotiveerd te houden. Om deze reden is in oktober 1987 de Stichting Terminale Thuiszorg Gouda e/o opgeheven.

Een indrukwekkend stukje zorgzame samenleving heeft plaatsgemaakt voor iets waarop men 'recht heeft'.

Het is onbegrijpelijk en triest dat in hetzelfde jaar dat de Leendert Vriel Stichting in Enschede een prijs krijgt voor vrijwilligerswerk haar zusterorganisatie in Gouda om het leven wordt gebracht door een op botte wijze doorgedreven initiatief van de provinciale kruisvereniging.

Gouda, januari 1988

N. van Rijssel, huisarts, voorheen bestuurslid Stichting Terminale Thuiszorg Gouda e/o

## ONJUISTE ONTLEDING VAN EEN GEDWONGEN OPNAME

Vrijheid is een heel groot goed. Voor behoud van vrijheid stellen mensen vaak hun leven in de waagschaal. Het kan helaas soms nodig zijn mensen van hun vrijheid te beroven, indien zij ernstig gevaar opleveren. Daar moet dan een zeer klemmende reden voor zijn. Terecht is de procedure aan strikte regels gebonden.

De geneeskundige verklaring die nodig is voor een gedwongen opname stelt een aantal eenvoudige vragen. De arts die bij de antwoorden ligt of zich vergist misleidt de rechter in een zaak waar de hoogste belangen van een persoon op het spel staan.

Bij conflicten tussen mensen worden dikwijls vreemde dingen gezegd en gedaan. Wanneer die in een geneeskundige verklaring worden verwerkt, kunnen zij de suggestie geven van een psychische stoornis. Wanneer een psy-

chiaters ze gaat aanduiden in vage termen als 'agressief, angstig, contactafweer, zichzelf isoleren, destructief, vluchten', dan wordt het gevaar voor een valse suggestie nog veel groter. Het is niet ondenkbaar dat zo'n beschrijving in een bepaalde situatie op een normaal mens kan slaan.

Zelfmoorddreigingen komen bij ruzies eveneens vaak voor. Wanneer men daarover uit de derde hand verneemt moet men wel erg voorzichtig interpreteren.

Contact met de huisarts is bij deze geneeskundige verklaring niet obligaat. Wel kan dit contact met iemand die de patiënt langer kent hoogst belangrijk zijn. De vermelding van dit contact kan voor de rechter wellicht de doorslag geven, de verklaring te aanvaarden.

Om deze redenen vind ik de kritiek van collega Cohen Stuart in MC nr. 50/1987, blz. 1578, op de uitspraak van het Gerechtshof gepubliceerd in MC nr. 38/1987, blz. 1196, geheel misplaatst. Het is goed, en noodzakelijk, dat de rechten van ieder mens met grote zorgvuldigheid worden beschermd en dat het psychiatrisch handelen door juristen kan worden getoetst. Het is niet de schuld van de rechter dat de psycholoog van de regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg door de psychiater niet werd genoemd. Mensen met een psychiatrische voorgeschiedenis zijn nog extra kwetsbaar: dat bleek ook in het onderhavige geval. Wij artsen horen samen met anderen voor deze in het nauw gebrachte mensen op te komen. Indien ons de belangen van onze patiënten ter harte gaan, dienen wij het toe te juichen dat ook anderen dan psychiaters daarover waken.

's-Gravenhage, januari 1988  
M. Zeegers

## MEDI-CHECK

Op 19 december jl. was er een bijeenkomst van (huis)artsen in het gebouw van de vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (!) te Zeist ter informatie over het werk van Medi-Check en de mogelijke hulp van keurende huisartsen hierbij. Medi-Check blijkt een BV te zijn, die op verzoek ieder die dat wenst keurt, tegen betaling van ongeveer 500 gulden. Medi-Check noemt zijn werk 'specialistische vroegdiagnostiek' (*diagnostiek* is vergoedbaar door het ziekenfonds, *preventie* niet!) en laat een specialist (internist) een eindonderzoek + gesprek houden teneinde deze term waar te maken. Op grond van deze stelling claimt Medi-Check dus ook bij ziekenfondsen als tweedelijnspost te moeten worden gezien en vraagt het voor ziekenfondsen van de huisarts, indien deze dat redelijk vindt (!), een verwijfskaart. Medi-Check stelt dat door het gebruik van een computer en van moderne diagnostische apparatuur (onder andere ademhalingsmetende en cardiologische apparatuur) en door het gebruik van gestandaardiseerde computerlijsten ter invulling van – diep doorvragende – anamnese

en lichamelijk onderzoek een hulpmiddel wordt geboden ter ontdekking van kwalen in een vroeg stadium; bovendien zou een rem kunnen worden aangebracht op de run naar de specialisten. Immers, het onderzoek bij Medi-Check is ook veel ziekteangst weggewerkend en dus selecterend in de vraag naar specialistische hulp. Op die manier, aldus Medi-Check, is zijn werk de huisartsen ondersteunend en dus eerstelijnsvriendelijk. Het werk van Medi-Check wordt geprotocolleerd door het leveren van een computerprogramma waarin de gestandaardiseerde invullijsten zijn voorgeprogrammeerd. De huisartsen wordt, mits zij zich verbinden aan het leveren van een aantal keuringen per jaar volgens en met behulp van dat programma, een computer aangeboden. Teneinde huisartsen te vinden die wellicht bereid zouden zijn tot het meewerken aan keuren volgens het computerprogramma werd een advertentie in Medisch Contact geplaatst met die vraag en het hierboven gemelde aanbod; in die advertentie werd niet vermeld dat het deelnemen aan dat programma een specialistische verwijzing inhoudt en ook werd niet vermeld of het keuringen op verzoek van verzekeringen of bedrijven of op privébasis aangevraagde keuringen zou betreffen. Tijdens de kennismakingsbijeenkomst werd door de oud-huisarts P. J. Hemel, directeur van Medi-Check, in zeer veel verhullende bewoordingen geen antwoord gegeven op de vragen uit de zaal.

Mijn conclusie – maar ik denk niet alleen de mijne – was, dat er een de huisartsenstand ondermijnende zaak wordt opgezet, gericht op exploitatie van de angst voor ziekte van de mens en gebruik makend van het adagium: hoe duurder en hoe specialistischer, des te beter. De huisarts moet weer als veldwachter fungeren bij de vraag uit de praktijk naar deze verwijzing: betaalt de klant of de verzekering? De huisarts mag vervolgens het vuile werk doen: de computerlijst invullen en de klanten leveren en natuurlijk de mensen na de keuring opvangen ter verduidelijking van het al dan niet ontdekte. De keuring kan ook nu al op net zo uitgebreide schaal door huisartsen, al dan niet in samenwerking met specialisten, worden verricht, zij het niet volgens een op een monitor verschijnende invullijst (het Nederlands Huisartsen Genootschap geeft standaardformulieren uit voor keuringen). Bij een dergelijke opzet bestaat er geen verplichting tot het verwijzen naar de specialist (ten behoeve van betalende instanties), maar wordt de behoefte hieraan aan de huisarts in zijn wijsheid overgelaten.

Wat mij restte na de bijeenkomst was een gevoel van onmacht. Want juist diegenen die in Nederland het denken over de gezondheidszorg na aan het hart zou moeten gaan, juist diegenen die die medische stand een hart onder de riem zouden moeten steken, juist diegenen naar wie door (te?) velen in Nederland wordt geluisterd vanwege hun (des)kundigheid, vallen de huisartsen en dus ook de medische stand in de rug aan. Immers: de door Medi-Check aangehaalde lijst van 'topfiguren' was niet mis!

Tenslotte dit: ongetwijfeld is er tussen het

medisch ideaal handelen (theorie) en het handelen in de praktijk (letterlijk en figuurlijk) veel verschil. Pas als de huisartsen als groep een eenheid blijven vormen, ook ondanks de verlokkingen van gratis computers en dergelijke, is het mogelijk dat in Nederland over huisartsen niet meer zoveel in negatief-kritische zin wordt gedacht en gesproken. En pas dan zal Mijndert het paard (Fabeltjeskrant) niet meer zo negatief worden afgeschilderd in zijn werken.

Veldhoven, januari 1988  
W. G. J. Silverentand

## 'KNMG NAAR 2000'

Kort voor de bespreking van het zwaarwegende adviesrapport 'KNMG naar 2000' in de algemene vergadering op 30 oktober jl. werd aan deze rapportage aandacht besteed in een artikel van de hoofdredactie in Medisch Contact week 43. Dit commentaar doet onvoldoende recht aan de serieuze bedoelingen van de commissie, die was samengesteld uit drie voorzitters, twee vice-voorzitters en een aantal zeer deskundigen uit het KNMG-hoofdbestuur en haar maatschappelijke verenigingen. Van betekenis is het feit dat het rapport in consensus tot stand kwam.

Zelfs bij oppervlakkige lezing moet het een ieder duidelijk zijn dat juist de noodzaak van een hechte perifere KNMG-structuur wordt benadrukt, alsook de infrastructurele samenvang op beleidsniveau.

De commissie 'KNMG-2000' heeft bewust gekozen voor een beknopte weergave van het besprokene in de verwachting dat een ander op juiste waarde zou worden beoordeeld. Naar thans blijkt is onvoldoende rekening gehouden met het feit dat het huidige KNMG-ledenbestand onvoldoende op de hoogte is met de kern van de problematiek en met de voorgeschiedenis.

Inmiddels is tevens gebleken dat in de oriënterende (slecht bezochte) afdelingsbijeenkomsten en in de algemene vergadering op 30 oktober jl. ten aanzien van de voorstellen alleen uiting kon worden gegeven in de formele overleggrema.

De meningsvorming van de  $\pm$  50% niet KNMG-leden kan tot op heden niet worden getoetst, hetgeen onrecht doet aan de conclusies van het 'Motivatierapport 1983' en de talrijke recente informele reacties. Vraag is derhalve of de bestaande procedure over adviezen van een KNMG-commissie die alle artsen in den lande regaderen nog wel voldoet.

Laren NH, december 1987  
Dr. P. A. IJkelstam, voorzitter van de gearchiveerde Commissie 'KNMG naar 2000'.

# 'De positie van de huisarts in de toekomst'

## Centraal Bestuur der LHV met discussienota het land in

Het jaar 1987 wordt gekenmerkt door vele rapporten en adviezen over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg. Ook de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft zich niet onbetuigd gelaten. In oktober 1987 heeft het Centraal Bestuur van de LHV een discussienota uitgebracht waarin het een duidelijke visie geeft op de *inhoud* en de *positionering* van de huisartsgeneeskunde. De nota is getiteld 'De positie van de huisarts in de toekomst' en is een logisch vervolg op de ontwikkeling van het 'Basistakenpakket' (1983) en de nota 'Omlijning' (1985).

Juist in een periode waarin de structuur en de financiering van de gezondheidszorg duidelijk ter discussie staan, werd het door het Centraal Bestuur van de LHV noodzakelijk geacht de waarde van de huisartsgeneeskunde voor de gezondheidszorg te beschrijven, alsook aan te geven op welke onderdelen veranderingen gewenst zijn. Kenmerkend voor de nota is dat de verantwoordelijkheid voor de beroepsgroep zelf voorop wordt gesteld. Op de tweede plaats wordt nader ingegaan op de verantwoordelijkheden van anderen, met name de financiers. Met haar nieuwste nota speelt de LHV in op het 'nieuwe denken', zoals verwoord in het rapport 'Bereidheid tot verandering' van de commissie-Dekker. Daar waar in dit rapport het kwaliteitsaspect en de organisatorische vormgeving van de gezondheidszorg onderbelicht waren vormt de discussienota van de LHV daarop een noodzakelijke aanvulling. Het gaat om een discussienota. Het stuk is niet geaccordeerd door de Ledenvergadering van de LHV. Op 13 november jl. heeft de LHV een symposium georganiseerd waar de visie die aan de nota ten grondslag ligt centraal stond. Vanaf januari 1988 bezoekt een delegatie van het bestuur en het bureau van de LHV alle districten. Voor deze wijze van bespreken is bewust gekozen, opdat alle huisartsen hun mening kunnen geven over de inhoud van de discussienota en invloed kunnen uitoefenen op het uiteindelijk vast te stellen beleid.

In 1983 is het 'Basistakenpakket van de huisarts' door de Ledenvergadering van de LHV aanvaard als zijnde een juiste

### Mw. Drs. P. J. Brands

*In oktober 1987 heeft de LHV haar discussienota gepresenteerd over 'De positie van de huisarts in de toekomst'. In de nabije toekomst zal een delegatie van bestuur en bureau daar in de periferie de discussie over aangaan. Stafmedewerkster Mw. Drs. P. J. Brands bespreekt inhoud en positionering van de nota.*

omschrijving van de functies en taken van de huisarts. De 'norm' die het 'Basistakenpakket' vormt is een streefnorm; deze zal op individueel niveau nooit voor 100% worden gehaald. Dat is ook geen reële verwachting. Van belang is de vraag in welke mate afwijkingen van de norm toelaatbaar zijn. Naast de *basistaken* is er sprake van *facultatieve taken*. Bij facultatieve taken kan worden gedacht aan actieve verloskunde, preventieve jeugdgezondheidszorg, artseneijbe-reidkunst en verzekeringsgeneeskunde. Welke facultatieve taken een huisarts aanbiedt verschilt per huisarts.

### RANDVOORWAARDEN

In 1988 start de tweejarige *beroepsopleiding* tot huisarts, maar dat is nog niet voldoende. De CCBOH-projectgroep heeft met argumenten onderbouwd aangetoond dat een driejarige beroepsopleiding noodzakelijk is om aan de eisen die het Basistakenpakket stelt te kunnen voldoen (CCBOH = Curriculum-Constructie Beroepsopleiding tot huisartsen); de LHV onderschrijft deze stelling. In haar discussienota wordt tevens gesteld en uitgewerkt dat de uitvoering van de beroepsopleiding onder regie van de beroepsgroep dient te komen. Hieraan wordt op dit moment intensief gewerkt. Om de garantie te kunnen bieden dat de kennis en de vaardigheden van Nederlandse huisartsen op peil zijn is continue *deskundigheidsbevordering* en toetsing noodzakelijk. Het Centraal Bestuur der LHV heeft de stelling ingenomen dat een te vrijblijvende opstelling van de be-

roepsgroep op dit terrein dient te verdwijnen. In de nota wordt een proces aangegeven waarbij uiteindelijk een op toetsing gebaseerde herregistratie de garantie vormt voor kwalitatief hoogstaande huisartsgeneeskunde.

Een belangrijke randvoorwaarde vormt de *honorering*. Het huidige honoreringssysteem met betrekking tot de huisartsen wordt door de LHV al jaren ter discussie gesteld. Voorgesteld wordt een systeem met de volgende kenmerken: differentiatie (honorering naar kwaliteit en geleverde taken), uniformiteit (geen onderscheid tussen ziekenfonds en particulier) en gemengde honorering (gedeeltelijk abonnement, gedeeltelijk vergoeding per verrichting). Welke facultatieve taken en verrichtingen voor een extra honorering in aanmerking komen staat nog ter discussie.

Randvoorwaarden als *beschikbaarheid*, *bereikbaarheid* en *praktijktoerusting* zijn onderdelen van huisartsenzorg die gemakkelijk toegankelijk zijn voor toetsing. Daarenboven bepalen ze vaak het oordeel van patiënten over de kwaliteit van de zorg.

Een laatste randvoorwaarde vormt de *organisatie van de beroepsgroep* der huisartsen. Structureren van de huisartsenzorg is noodzakelijk voor het bieden van kwalitatief goede gezondheidszorg in de thuissituatie in het algemeen en voor het functioneren van de beroepsgroep der huisartsen in het bijzonder. Waarneemgroepen, zo stelt de nota, dienen zich om te vormen tot huisartsengroepen. De voornaamste mogelijkheden van huisartsengroepen liggen op het gebied van deskundigheidsbevordering en toetsing en het leveren van integrale thuiszorg. Een goed georganiseerde en aansprekbare beroepsgroep is van enorm belang voor de te leveren zorg. Dit kan niet tot stand komen zonder uitbreiding van de ondersteuning; de huidige ondersteuning is voldoende en steekt schril af tegen die van organisaties van het kruiswerk en de gezinsverzorging. De wijze en de invulling van de structureren van de beroepsgroep is in de discussienota slechts globaal uitgewerkt; nadere voorstellen hierover zullen in de komende maanden aan de leden worden gepresenteerd.



## POSITIONERING HUISARTS

Hoewel de centrale positie van de huisarts in vele nota's is erkend, is van een daadwerkelijke versterking van die positie door de overheid tot nu toe weinig terechtgekomen.

De erkenning van de centrale positie van de huisarts is logisch, wanneer we kijken naar de kenmerken van de voorziening 'huisartsenzorg'. De directe, permanente en vrije toegankelijkheid voor de bij een huisarts ingeschreven patiënten en de 7x24 uur bereikbaarheid zijn belangrijke kenmerken van huisartsenzorg. Daarnaast is het van belang dat huisartsen wonen en werken te midden van hun patiënten: huisartsenzorg richt zich op mensen in hun thuissituatie; de huisarts kent zijn patiënten en is daarom als eerste aangewezen voor het leveren van integrale thuiszorg. Een ander kenmerk van huisartsenzorg vormt de centrale positie die de huisartsen in de eerste lijn innemen en de diverse coördinerende rollen die zij vervullen tussen de verschillende hulpverleningsechelons; met name hierdoor hebben huisartsen invloed op de vraag of en zo ja op welke

wijze en in welke mate specialistische zorg en/of andere eerstelijnsvoorzieningen moeten worden ingeschakeld.

Van belang is het uitgangspunt dat de specialistische geneeskunde complementair is aan de huisartsgeneeskunde. Het leveren van goede zorg in de thuissituatie wint aan betekenis wanneer de mogelijkheden voor bijdragen van specialistische geneeskunde aan huisartsgeneeskunde worden vergroot, bijvoorbeeld door middel van intercollegiale consultatie en deskundigheidsoverdracht. Op het LHV-symposium is met name Dr. D. Post hier nader op ingegaan: hij heeft gesteld dat de huisarts zich niet mag laten degraderen tot verwijzsheer, maar zich dient te manifesteren als spil in het geneeskundig proces; voorwaarde hiervoor is een nauwe samenwerking tussen huisarts en specialist.

## HOE NU VERDER?

Het moge duidelijk zijn: met de huidige discussienota heeft het Centraal Bestuur van de LHV een ambitieus beleidsplan op papier gezet. Voor de verwezenlijking ervan is het afhankelijk van anderen. In

de eerste plaats is daarom nu het woord aan de leden: een gezamenlijke inspanning van de beroepsgroep is een eis vooraf. Ten tweede is samenwerking tussen de organisaties die zich richten op de inhoud en de vormgeving van de huisartsgeneeskunde noodzakelijk; hier moet onder andere worden gedacht aan het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen en de universitaire huisartseninstituten. Ook van de overheid en de verzekeraars in het bijzonder wordt een belangrijke bijdrage verwacht; de betekenis van met name de verzekeraars voor de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde en het verwezenlijken van de beleidsvisie van de LHV is niet gering: beiden hebben belang bij een hoge kwaliteit van de zorg.

\*\*  
\*

De reacties die wij de afgelopen maanden op de nota hebben ontvangen zijn positief. Mede daardoor voelt het Centraal Bestuur zich gesterkt in de overtuiging dat met 'De positie van de huisarts in de toekomst' de juiste weg is ingeslagen. □

26 januari – Postiljon Hotel Utrecht-Bunnik: 'Acupunctuur als aanvulling op ons medisch arsenaal'. Inlichtingen: Bureau PAOG, Drs. R. H. A. M. Jansen, Antwoordnummer 9042, 3500 ZA Utrecht, tel. 030-331123.

26 januari – Deltaziekenhuis, Rotterdam: Openbaar debat over de Elektro Convulsie Therapie (ECT), onder leiding van Mr. A. J. Heerma van Voss. Inlichtingen: H. Beijers, Basisberaad GGZ Rotterdam, tel. 010-4665962 en A. Buvens, Deltaziekenhuis, tel. 01890-17111.

1 en 2 februari – Muziekcentrum Vredenburg te Utrecht: Slotcongres 'Psychiatrie in Werkelijkheid', Postbus 5596, 1007 AN Amsterdam, tel. 020-128973 (van 9.00 tot 12.00 uur).

1, 2 en 3 februari – Springhavertheater te Utrecht: Filmprogramma over de Italiaanse psychiatrie in de jaren zeventig. Inlichtingen: Stichting Psychiatrie in Werkelijkheid, Postbus 5596, 1007 AN Amsterdam, tel. 020-128973 (van 9.00 tot 12.00 uur).

3 februari – Beatrixgebouw, Jaarbeurs te Utrecht: 'Euthanasie, naar een tweedeling in onze gezondheidszorg', symposium. Inlichtingen: Mw. Tijssen, Symposiumcommissie Landelijke Werkgroep Gewetensbezwaarden in de Gezondheidszorg, Papaverhof 53, 3772 GW Barneveld, tel. 03420-90702.

4 februari – Beatrixgebouw, Jaarbeurs te Utrecht: 'Risk information', themabijeenkomst over geneesmiddelenonderzoek van de landelijke vereniging van Farmaceutische In-



dustrie-Arten (FIA). Inlichtingen: H. A. T. M. van Baars, p.a. Sandoz BV, Loopkantstraat 25, 5400 AB Uden.

4 en 5 februari – Faculteit der Geneeskunde, Leiden: 'Verdriet, verliesverwerking en gezondheid'. Inlichtingen: bureau van de Boerhaave Commissie voor PAOG, Mw. D. Hage, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-146846.

5 en 12 februari – Rijksuniversiteit Limburg: 'Clinical trials in de praktijk', Basiscursus medische statistiek. Inlichtingen: Mw. A. v.d. Heijden, bureau PAOG, tel. 043-435590.

12 februari – Rijksuniversiteit Limburg: symposium 'Patiëntgebonden onderzoek in het geding'. Inlichtingen: Symposiumsecretariaat, M. C. J. S. Frank-Roovers, Academisch Ziekenhuis Maastricht, Postbus 1918, 6201 BX Maastricht, tel. 043-219497.

18 februari – Nationale Raad voor de Volksgezondheid te Zoetermeer: 'Substituut als instituut van bezuiniging'. Inlichtingen: Mw. L. Nonhebel, Vereniging voor Gezondheidseconomie, Wittevrouwenkade 6, 3512 CR Utrecht, tel. 030-315841.

25 februari – Alteahotel te Tilburg: 'Afschrijvingsproblematiek in ziekenhuizen'. Inlichtingen: Mw. L. Nonhebel, Vereniging voor Ge-

zondheidseconomie, Wittevrouwenkade 6, 3512 CR Utrecht, tel. 030-315841.

25 februari – Congrescentrum 'De Blijde Werelt' te Lunteren: 'Ir. Kouwenhoven-Lectures'. Inlichtingen: Secretariaat van de VVAA Reanimatiecommissie, Postbus 8153, 3503 RD Utrecht, tel. 030-454368.

26 februari – Nederlandse Congresgebouw te Den Haag: 'Veraf en dichtbij; de actualiteit van het traumatische verleden'. Inlichtingen: Mw. A. Schavemaker, Centrum '45 te Oegstgeest, tel. 071-155242.

26 februari – Hoger Rijksinstituut voor Paramedische Beroepen te Jette, België: 'Pijnproblematiek bij de kankerpatiënt'. Inlichtingen: Vereniging voor Verpleegkundigen Radiotherapie en Oncologie, U.Z. St. Rafaël, Capucijnenvoer 33, 3000 Leuven, tel. (02) 478 48 90 Bip. 86.7392.

26 februari, 4, 11, 18 en 25 maart – Rijksuniversiteit Utrecht: seminar 'Op zoek naar een integraal kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg'. Inlichtingen: Mw. L. Boonekamp, Bureau PAOG Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht, tel. 030-331123, tst. 134.

22 tot en met 26 augustus – Katholieke Universiteit Nijmegen: 'International course on research in primary health care'. Schriftelijke aanmelding vóór 1 mei bij Mw. Schellart, NU-HI, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen, tel. 080-514411



# Preventie van hart- en vaatziekten vergt gezamenlijke inspanning

In september 1987 heeft de staatssecretaris van WVC een eerste nota over de preventie van een specifieke ziektecategorie, namelijk hart- en vaatziekten, naar de Tweede Kamer gestuurd<sup>1</sup>. Waarom een aparte nota over dit onderwerp? Ten eerste zijn hart- en vaatziekten nog steeds de eerste oorzaak van ziekte en dood in Nederland (ongeveer 45% van de totale sterfte; CBS, 1985). De aanwezigheid van mogelijkheden om bepaalde risico-indicatoren voor hart- en vaatziekten (roken, een verhoogd serumcholesterol en hypertensie) te beïnvloeden en zo hart- en vaatziekten te voorkomen<sup>2-6</sup>, vormt een tweede reden. Ten derde betekent het feit dat preventie niet berust op een vraag van een cliënt of patiënt, maar op een structureel gezondheidsprobleem van de gehele bevolking, dat dit bij uitstek een aandachtspunt voor de overheid, die de volksgezondheid dient te bevorderen, is.

## WVC-NOTA

In de nota gaat de staatssecretaris uitgebreid in op de epidemiologie en de mogelijkheden voor preventie van hart- en vaatziekten. Verder geeft hij een overzicht van enkele adviezen van de Gezondheidsraad en de Voedingsraad over dit onderwerp<sup>7-9</sup>, alsmede van het 'scenarioreport hart- en vaatziekten 1980-2010'. Vervolgens wordt een groot aantal maatregelen uitgewerkt op vele terreinen; die maatregelen zijn gedeeltelijk direct, gedeeltelijk indirect gericht op de preventie van hart- en vaatziekten. In dit artikel wordt met name ingegaan op de eerste categorie.

De staatssecretaris stelt zich blijkens de nota ten doel dat de sterfte door ziekten van de bloedsomlooporganen bij mensen onder de 65 jaar omstreeks het jaar 2000 met 30% moet zijn verminderd. Zonder extra maatregelen zou reeds een afname van 15% zijn te verwachten. De doelstelling sluit aan bij het door de Wereldgezondheidsorganisatie geformuleerde gezondheidsdoel ten aanzien van hart- en vaatziekten. Om dit doel te bereiken kondigt de staatssecretaris een specifiek op de preventie van hart- en vaatziekten gericht programma aan, gebaseerd op de ervaringen opgedaan in eerdere projecten (het RIFOH-programma: risicofacto-

## Mw. Drs. J. L. van der Graaff-van Male

*De voorgestelde maatregelen in de 'Nota preventie van hart- en vaatziekten' van staatssecretaris Dees vormen een goede aanzet tot actie. Wil hij evenwel het doel dat hij zich stelt bereiken, dan zal hij er het publiek en het openbare leven voor moeten zien te winnen. Aldus op persoonlijke titel Mw. Drs. J. L. van der Graaff-van Male, zelf een van de notaschrijvers.*

ren opsporing hart- en vaatziekten) en de adviezen van de Gezondheids- en Voedingsraad.

## ADVIEZEN

De Gezondheidsraad is van mening dat de mogelijkheden voor de preventie van hart- en vaatziekten optimaal tot ontwikkeling moeten worden gebracht<sup>7</sup>; hierbij dient algemene preventie gecombineerd te worden met gerichte preventie. Onder 'algemene preventie' verstaat de raad maatregelen ten behoeve van de gehele bevolking, waarbij kan worden gedacht aan structurele maatregelen (bijvoorbeeld wetgeving), aan voorlichting en aan hulp bij gedragsverandering (bijvoorbeeld stop-met-rokencursussen). 'Gerichte preventie' wil zeggen: opsporing van personen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Alleen hypertensie leent zich in dit opzicht voor een bevolkingsonderzoek; om opsporing, behandeling en follow-up in één hand te houden zou de huisarts deze taak via 'case-finding' op zich kunnen nemen.

De Voedingsraad is van mening dat een vermindering van de sterfte aan hart- en vaatziekten tussen 15% en 20% kan worden bewerkstelligd door het percentage vet in de voeding te verlagen van gemiddeld 40 tot 30-35 energieprocenten<sup>8,9</sup>. Wat het gebruik van keukenzout betreft wordt gepleit voor een goede voorlichting aan de consument en het bedrijfsleven en aandacht voor wettelijke maatregelen (bijvoorbeeld voedingswaardedeclaratie).

## RIFOH-PROGRAMMA

Het door WVC gesubsidieerde RIFOH-programma bestond uit twee onderdelen: het consultatiebureauprogramma en het huisartsenproject.

Bij het consultatiebureauprogramma riepen vanaf 1981 vijf consultatiebureaus voor de tuberculosebestrijding 35-jarige mannen op en maakten ze van hen een risicoprofiel; aansluitend op het onderzoek vond advisering plaats. Dit programma beoogde een algemene voorziening te creëren voor 35-jarige mannen, gericht op een eventuele landelijke invoering in de toekomst. Het programma is in verband met de al genoemde adviezen van de Gezondheidsraad per 1 januari 1987 gestopt.

Aan het in 1983 gestarte en drie jaar durende huisartsenproject namen 22 huisartsen deel. Hierbij werden mannen en vrouwen tussen 35 en 55 jaar uit de praktijkpopulatie van deze huisartsen via 'case-finding' benaderd en vond vervolgens risicoprofielbepaling en advisering plaats. In november 1986 werd hierover een evaluatierapport gepubliceerd<sup>10</sup>; daaruit blijkt dat de invoering van een omschreven pakket van maatregelen in de huisartspraktijk in het algemeen leidt tot het onder controle brengen en onder controle houden van patiënten met een verhoogd risico voor hart- en vaatziekten. Ondersteuning van buitenaf, bijvoorbeeld uit de basisgezondheidszorg ten behoeve van de organisatie van de praktijkvoering, blijkt echter noodzakelijk, evenals de aanwezigheid van een assistente en voldoende werkruimte voor deze assistente.

## SAMENWERKINGSPROJECT

Op basis van de zojuist besproken adviezen en ervaringen werd een nieuw project opgezet, waarin vijf basisgezondheidsdiensten met rondom iedere dienst ongeveer twintig huisartspraktijken zullen trachten een preventieprogramma voor hart- en vaatziekten te ontwikkelen. De taak van de huisarts en de praktijkassistent bij dit project bestaat uit het meten van de bloeddruk via 'case-finding' bij mannen en vrouwen tussen 30 en 60 jaar uit de praktijkpopulatie en, voor zover van toepassing, het geven van het advies met roken te stoppen. Bij hoge

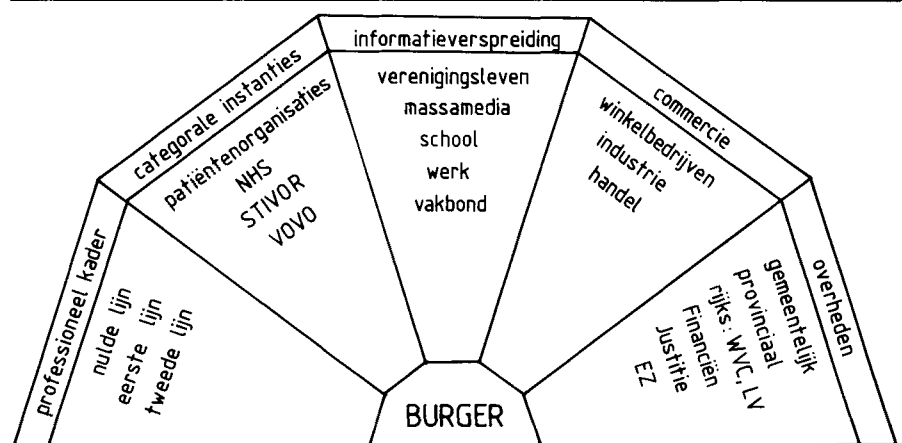
bloeddruk wordt een risicoprofiel gemaakt en worden adviezen over een gezondere leefwijze verstrekt. Het is de bedoeling dat de huisarts de hoog-risicopatiënten regelmatig controleert en dat de bij dit project verkregen gegevens naar de basisgezondheidsdienst worden gestuurd.

De *basisgezondheidsdienst* verzorgt het regionale projectmanagement en heeft een praktijkconsulent in dienst die de huisarts en de assistente concreet ondersteunt bij het opzetten en uitvoeren van preventieve activiteiten; laatstgenoemde functie is in Groot-Brittannië ontwikkeld<sup>11</sup> – de praktijkconsulent heet daar ‘facilitator’ – en blijkt daar in een duidelijke behoefte te voorzien. Verder zorgt de basisgezondheidsdienst voor een gestandaardiseerde verwerking van de gegevens uit de huisartspraktijk. De bevindingen worden teruggekoppeld naar de huisartspraktijk, zodat de huisarts eventuele knelpunten tijdig kan signaleren. Door de registratie krijgt de basisgezondheidsdienst inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking in de regio en het niveau van de risico-indicatoren, zodat preventieve activiteiten in de regio hierop kunnen worden afgestemd. Het project loopt van 1987 tot 1990 en de evaluatie zal met name zijn gericht op het proces van samenwerking tussen huisartspraktijken en basisgezondheidsdienst. Op basis hiervan kan worden bezien of er mogelijkheden zijn voor landelijke invoering.

## PEILSTATIONPROJECT

Naast specifieke preventieve activiteiten is informatie nodig over de trend in de risico-indicatoren voor hart- en vaatziekten in de bevolking over een aantal jaren, waarbij tevens aandacht kan worden geschonken aan factoren waarnaar tot nu toe in dit verband minder onderzoek is gedaan, zoals alcoholgebruik, persoonlijkheidskenmerken en het gebruik van hormonale anticonceptie. Deze *trendmeting* kan worden gekoppeld aan morbiditeits- en mortaliteitsgegevens en vindt bij drie GG&GD'en bij 3.000 personen (1.500 mannen en 1.500 vrouwen) per peilstation per jaar plaats. Het project loopt van 1987-1992. Bij deze trendmeting zullen ook de gegevens uit het RIFOH-consultatiebureauprogramma en uit eerdere preventieprogramma's worden betrokken, zodat uiteindelijk een overzicht zal ontstaan van de trend in de risico-indicatoren van 1974 tot 1992.

Figuur - Geïntegreerde aanpak van preventie.



NHS = Nederlandse Hartstichting  
STIVOR = Stichting Volksgezondheid en Roken  
VOVO = Voorlichtingsbureau voor de Voeding

WVC = Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur  
LV = Ministerie van Landbouw en Visserij  
EZ = Ministerie van Economische Zaken

## ANDERE MAATREGELEN

De staatssecretaris ontvouwt in de ‘Nota preventie hart- en vaatziekten’ nog veel maatregelen die niet direct, doch mede van belang zijn voor de preventie van deze groep aandoeningen. Een voorbeeld is de ontwikkeling van een campagne door WVC, Landbouw en Visserij, handel, industrie en enkele particuliere organisaties samen om de vetconsumptie in een periode van vijf jaar terug te dringen van ongeveer 40 tot 30-35 energieprocenten vet. De totstandkoming van de Tabakswet en de voorlichtingscampagnes tegen het roken zijn andere voorbeelden.

## BESCHOUWING

Om de in het begin van dit artikel weergegeven hoofddoelstelling te verwezenlijken zouden het roken en de vet- en zoutconsumptie moeten worden teruggedrongen en zouden de burgers meer lichaamsbeweging moeten nemen. Voor het op gang brengen van dit fundamentele veranderingsproces is meer nodig dan de door de staatssecretaris in de ‘Nota preventie hart- en vaatziekten’ vermelde maatregelen, hoewel deze daar een zeer goede aanzet toe vormen. Alleen een *geïntegreerde aanpak* van de preventie van hart- en vaatziekten kan dit doel naderbij brengen. Hierbij worden structurele maatregelen, zoals aanpassingen in de wet- en regelgeving, gekoppeld aan activiteiten die zijn gericht op de burger en die hem betrekken bij de te ontwikkelen activiteiten. Het fenomeen ‘sociale

marketing’ is hierbij van groot belang: organisaties leren inzien dat ze ook voordeel of winst kunnen behalen uit het ‘verkoop’ van een gezond produkt. De reeds genoemde vetcampagne is een goed voorbeeld van een geïntegreerde benadering.

In de *figuur* worden de verschillende structuren bij elkaar gezet in een schema. Op de verschillende onderdelen zal kort worden ingegaan.

Bij het professionele kader komen voorlichting, advisering, opsporing van hoog-risicodragers en follow-up van deze personen aan de orde. In de ‘Nota preventie hart- en vaatziekten’ worden hiervoor nieuwe programma's ontwikkeld. De categorale instanties spelen op dit moment reeds een belangrijke rol bij de preventie van hart- en vaatziekten. De elk jaar door deze organisaties ontplooiende activiteiten zouden nu in een geïntegreerd preventiemodel kunnen worden ingepast.

In de categorie ‘informatieverspreiding’ zijn de verschillende aspecten van de leefomgeving van de bevolking samengenomen als kanalen waardoor die bevolking te bereiken en te stimuleren is. Hierbij staat centraal dat de burgers zelf het belang van preventie gaan inzien. Ook hierbij speelt sociale marketing een belangrijke rol. Een omroep kan bijvoorbeeld een hoge kijkdichtheid halen door in samenwerking met een categorale instantie aantrekkelijke programma's uit te zenden over een gezonde leefwijze. Voor zover dit in Nederland reeds gebeurt

wordt dit niet gesteund door activiteiten binnen andere sectoren; uit het in 1985 gestarte 'Heartbeat Wales'-project blijkt dat juist die aanpak succesvol is<sup>12</sup>.

Om de ondernemingen met een winst-oogmerk (de categorie 'commercie') bij het preventiebeleid te betrekken moeten activiteiten worden ontwikkeld die behalve gezond ook commercieel aantrekkelijk zijn. Grote winkelketens zouden bijvoorbeeld in hun reclameblaadjes eens produkten kunnen aanprijzen omdat ze gezond zijn.

De verschillende overheden volgen ieder op basis van politieke sturing eigen beleidslijnen. Daarbij spelen vanzelfsprekend grote belangentegenstellingen. Ook hier geldt dat er gemeenschappelijke doelstellingen kunnen worden gezocht. Het ministerie van WVC wordt in de komende jaren voor de opgave gesteld een op preventie gericht volksgezondheidsbeleid aan de andere ministeries en de lagere overheden te 'verkopen'.

## BUNDELING

Bij de preventie van hart- en vaatziekten, in de toekomst wellicht ook van andere niet-besmettelijke ziekten, zouden acties uit de verschillende sectoren van de samenleving dienen te worden gebundeld. Hoe deze bundeling het best gestalte kan krijgen zal in de komende jaren moeten worden uitgewerkt. Hopelijk wordt hierbij dezelfde vindingrijkheid aan de dag gelegd als die waarmee men ongezonde voedings- of genotsmiddelen aan de man weet te brengen. □

### Literatuur

1. Nota preventie hart- en vaatziekten. Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1988, 20529, nrs. 1-2.
2. Wilhelmssen L et al. The multifactor primary prevention trial in Göteborg, Sweden. *European Heart J* 1986; 7: 279-88.
3. Hjermann I et al. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo study group of a randomised trial in healthy men. *Lancet* 1981; ii: 1303-10.

4. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results. *JAMA* 1982; 248: 1465-77.

5. Puska P et al. Changes in coronary risk factors during comprehensive five-year community programme to control cardiovascular diseases (North Karelia Project). *Br Med J* 1979; 11: 1173-8.

6. WHO European Collaborative Group. European collaborative trial of multifactorial prevention of coronary heart disease: final report on the 6-year results. *Lancet* 1986; i: 869-72.

7. Gezondheidsraad. Advies inzake epidemiologie en preventie van ischemische hartziekten. No 1984/16. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984.

8. Voedingsraad. Advies inzake voeding in relatie tot coronaire hartziekten. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1982.

9. Voedingsraad. Eindadvies inzake de vermindering gebruik keukenzout. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.

10. Schraven DLM et al. Het RIFOH-huisartsenproject nader beschouwd. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1986.

11. Fullard E, Fowler G, Gray M. Facilitating prevention in primary care. *Br med J* 1984; 289: 1585-7.

12. Parish R, Catford J. Breathing life into Wales: Progress in the Welsh Heart Programme. *Health Trends* 1987; 19: 23-6.

## Discussie

# Behandeling van hoge bloeddruk: zin en onzin

Ook wij zullen subjectieve conclusies trekken op basis van objectieve gegevens. Het is echter belangrijk te weten welke informatie deze objectieve gegevens kunnen verschaffen en wat de beperkingen zijn van het onderzoek waarop deze conclusies worden gebaseerd. Hierin schiet naar ons idee de interpretatie van Boot te kort. Hoewel hij terecht opmerkt dat bij het besluit tot behandeling van verhoogde bloeddruk een indruk zou moeten bestaan over het aantal mensen bij wie cardiovasculaire ziekte door deze inspanning wordt voorkomen, is het probleem met de tot nu toe uitgevoerde 'trials' waarbij naar de effecten van behandeling met bloeddrukverlagende middelen werd gekeken, dat deze onderzoeken vooral inzicht geven in de vraag of deze middelen een verlaging van ziekte en sterfte kunnen geven. Om een aantal redenen geven de 'trials' een minder duidelijk beeld van de mate waarin deze behandeling effect heeft. In de dagelijkse praktijk is vooral behoefte aan antwoord op deze tweede vraag, een kwantitatieve uitspraak. Deze informatie is nodig om het voordeel dat de individuele patiënt van behandeling heeft te kunnen inschatten. Met de nu beschikbare gegevens is dat niet goed mogelijk. We komen er niet door, zoals Boot, de incidentiecijfers die in de lichte (of 'milde') hypertensie 'trials' zijn gevonden te projecteren op de patiëntenpopulatie van de huisarts. De deelnemers aan de 'trials' zijn niet allemaal

## D. E. Grobbee

mede namens de Hypertensie  
Commissie  
van de Nederlandse Hartstichting\*

*Kort geleden verschenen in dit blad enkele artikelen van de hand van C. Boot. In deze artikelenreeks werd een aantal aspecten van de preventie van hart en vaatziekten belicht. De wijze waarop dit gebeurde en de toonzetting van de conclusies vragen om een reactie. Het is niet mogelijk in één artikel alle door Boot aangevoerde onderwerpen te belichten. Wij hebben ervoor gekozen in dit artikel enkele kanttekeningen te plaatsen bij de conclusies van Boot over de zin van behandeling van hoge bloeddruk<sup>1</sup>.*

even representatief, niet in de laatste plaats omdat een aanzienlijk deel van deze groep uiteindelijk niet hypertensief bleek te zijn. Ook werden vaak personen die om andere

redenen een verhoogd cardiovasculair risico liepen bewust van deelname uitgesloten. De huisarts zal juist bij deze groep behandeling van verhoogde bloeddruk overwegen.

## BEHANDELING VERSUS PREVENTIE

Verlaging van een verhoogde bloeddruk is niet het behandelen van een ziekte, maar het verminderen van risico op ziekte. Omdat andere factoren dat risico mede bepalen kan het risico niet geheel worden weggenomen door verlaging van de bloeddruk alleen. Een persoon met hypertensie heeft dus een kans op hart-vaatziekte vóór behandeling en houdt een kans op hart-vaatziekte ná behandeling, al is die kans kleiner. Waar het bij het al dan niet behandelen van hypertensie op aankomt is of het risico op hart-vaatziekte bij verhoogde bloeddruk groot genoeg wordt geacht om behandeling te rechtvaardigen. Daarnaast is het van belang te weten in hoeverre behandeling effectief is en de kans op hart-vaatziekte vermindert.

De bloeddruk van een individu is sterk variabel en een eenmalige meting geeft slechts een beperkte indruk over de 'gemiddelde' bloeddruk. Toch is ook een eenmalige, op een willekeurige tijdstip gemeten, bloeddruk een voorspeller van het optreden van hart- en vaatziekte in de toekomst<sup>2</sup>. Gezien alle tekortkomingen van een eenmalige bloeddrukmeting

\* De Hypertensie Commissie van de Nederlandse Hartstichting wordt gevormd door: Dr. A. W. Broekmans, secretaris; Dr. D. E. Grobbee (Instituut Epidemiologie, Erasmus Universiteit Rotterdam); Dr. V. Manger Cats; Dr. A. J. Man in 't Veld; Dr. P. W. de Leeuw; Dr. A. Prins; Prof. Dr. K. H. Rahn; Dr. J. W. van Ree; Dr. J. F. M. Smits; Dr. Th. Thien, voorzitter; en Prof. Dr. H. Wesseling.

geeft dit al aan dat verhoogde bloeddruk een sterke risicofactor voor hart en vaatziekten is. De voorspellende waarde van de bloeddruk neemt toe als de bloeddruk vaker wordt gemeten en wellicht dat 24 uren bloeddrukmetingen een nog betere indruk van het risico kunnen geven<sup>3</sup>.

Het bij de bloeddruk betrekken van andere risicofactoren kan tenslotte een risicoprofiel van een individu opleveren dat vrij nauwkeurig de kans op hart- en vaatziekten voorspelt. Een 57-jarige rokende patiënt met een matige bloeddrukverhoging (systolische bloeddruk 160 mm Hg) en daarnaast een serum-cholesterol van 7 mmol/l heeft ruim 30% kans op het optreden van hart- en vaatziekten in de komende acht jaar<sup>4</sup>. In het geval dat dit risico geheel reversibel zou zijn, zou de combinatie van het staken van het roken en een verlaging van de bloeddruk bij deze patiënt het risico kunnen terugbrengen tot minder dan 12%. Hoewel door beïnvloeding van risicofactoren het risico waarschijnlijk niet geheel kan worden teruggebracht naar het risico van personen die deze risicofactoren nooit in die mate hebben gehad, is een aanzienlijke risicovermindering haalbaar. Wat de bloeddruk betreft hebben grootschalige onderzoeken hier gegevens over aangedragen. We zullen de waarde en tekortkomingen hiervan kort bespreken.

## ZIN BEHANDELING

### Ernstige hypertensie

De eerste aanwijzingen over de zin van behandeling van verhoogde bloeddruk kwamen voort uit onderzoek naar de effecten van antihypertensieve therapie bij patiënten met ernstige en maligne hypertensie. Ondanks een aantal methodologische tekortkomingen gaven deze onderzoeken een aanzienlijke vermindering van hypertensieve complicaties (CVA, decompensatio cordis, aneurysma dissecans, nefropathie) te zien en een verlengde overleving bij maligne hypertensie<sup>5-7</sup>. De vermindering van de morbiditeit werd vervolgens bevestigd door middel van placebo-gecontroleerde 'trials'<sup>8-14</sup>.

Door kleine aantallen patiënten in deze onderzoeken en aan te korte duur werd meestal geen statistisch significante verlaging van de sterfte waargenomen. In vier 'trials' waarbij werd gekeken naar de effecten van behandeling van een diastolische bloeddruk boven de 100 mm Hg, uitgevoerd in het midden van de jaren zestig, overleden in totaal slechts 6 personen in de behandelingsgroepen en 10 in de controlegroepen gedurende de periode van het onderzoek<sup>11-14</sup>. Toch is de behandeling van een diastolische bloeddruk boven de 100 mm Hg gebaseerd op deze bevindingen en nu algemeen geaccepteerd<sup>15, 16</sup>. Het zou ethisch niet juist worden geacht personen met een dergelijke bloeddruk met een placebo te behandelen.

### Lichte hypertensie

Bij de lichte-hypertensie 'trials' liggen de zaken min of meer vergelijkbaar, zij het dat hier

wel een effect van therapie op sterfte is waargenomen. In totaal zijn nu de resultaten bekend van negen 'trials' waarin de resultaten van behandeling van een licht tot matig verhoogde bloeddruk zijn nagegaan<sup>17-25</sup>. De diastolische bloeddruk bij aanvang van het onderzoek varieerde in deze 'trials' van 85 mm Hg tot 119 mm Hg. In totaal namen ongeveer 43.000 personen deel in deze onderzoeken, gedurende gemiddeld 5,6 jaar. De behandeling bestond vrijwel altijd uit diuretica als eerste stap, met uitzondering van de MRC-'trial' waar één van de drie groepen een bètablokker kreeg<sup>23</sup>.

Het is het noodlot van 'trials' met een lange 'follow-up'-periode dat op het moment dat de resultaten bekend worden de inzichten in de therapie zijn gewijzigd, met als gevolg dat naar dan geldende inzichten een ander of lager gedoseerd antihypertensivum de voorkeur zou hebben gehad. We komen hier nog op terug. Lichte hypertensie levert een individu slechts een licht verhoogd risico op hart- en vaatziekten op. De gevolgen voor de volksgezondheid zijn echter groot, gezien het grote aantal personen met een dergelijk licht verhoogd risico<sup>26</sup>. Meer dan de helft van het totaal aantal gevallen van hartvaatziekte dat toe te wijzen is aan een verhoogde bloeddruk betreft personen met een diastolische bloeddruk tussen de 85 mm Hg en 110 mm Hg<sup>27</sup>. Als bloeddruk wordt behandeld met als doel hart- en vaatziekten te voorkomen, dan komt juist deze groep in aanmerking. De werkzaamheid van therapie moet dan echter wel vaststaan en op deze vraag geven de lichte hypertensie-'trials' een duidelijk antwoord.

Als de gegevens van alle negen 'trials' samen worden genomen geeft dat het volgende beeld<sup>28</sup>:

**Totale mortaliteit.** De totale mortaliteit was significant lager in de interventiegroepen vergeleken met de controlegroepen. Het verschil bedroeg 11% met een 95% betrouwbaarheidsinterval (95%CI) van -19% tot -2%. In de behandelde groepen overleden 104 personen minder.

**Sterfte aan CVA.** Ook hier was de sterfte significant lager in de behandelde groep: -38% (95%CI: -53% tot -19%).

**Dodelijke en niet-dodelijke CVA's.** Ook het totale voorkomen van CVA, dodelijk en niet-dodelijk, werd door behandeling belangrijk verminderd in de behandelde groep; -39% (95%CI: -48% tot -28%). Dit betekende 144 CVA's minder in de behandelde groep.

**Sterfte aan hartinfarcten.** De sterfte aan hartinfarcten werd door behandeling van lichte hypertensie in de gezamenlijke 'trials' niet significant verlaagd: -8% (95%CI: -21% tot +6%).

Samenvattend: de 'trials' laten zien dat behandeling van lichte hypertensie de totale sterfte en de sterfte aan CVA's vermindert en het optreden van CVA's verlaagt. Het effect van behandeling op sterfte aan hartinfarcten is minder overtuigend.

## ONDERGEWAARDEERD

Bij het beoordelen van de resultaten van de 'trials' is het van belang te bedenken dat ze vooral een kwalitatief oordeel over therapie geven: behandeling heeft zin. Veel minder geven ze een indruk over de mate waarin therapie effect heeft; zeer waarschijnlijk geven de resultaten een onderschatting van de werkelijke waarde van verlaging van hoge bloeddruk.

Er zijn tenminste vier redenen te geven waarom mag worden verwacht dat de werkelijke resultaten van behandeling groter zullen zijn dan hetgeen in de 'trials' is gevonden.

Allereerst, en waarschijnlijk het belangrijkste: in alle onderzoeken werd een aanzienlijk deel van de personen in de controlegroepen ook behandeld met antihypertensiva. In de 'trials' waarbij dit gegeven bekend is kreeg gemiddeld zo'n 15% van de patiënten in de controlegroep bloeddrukverlagende geneesmiddelen. Het is te verwachten dat vooral die controlepatiënten bloeddrukverlagende geneesmiddelen kregen die extra risico liepen, bijvoorbeeld door aanwezige andere risicofactoren of door het optreden van symptomen van hart- en vaatziekte tijdens de 'trial'. Hierdoor is het contrast in levensverwachting en kans op hartvaatziekte tussen de behandelingsgroepen afgenomen.

Ten tweede is het de vraag in hoeverre de deelnemers aan de lichte-hypertensie 'trials' werkelijk een lichte hypertensie hadden. In de 'Australian trial' werd bijvoorbeeld 47% van de personen tijdens het onderzoek 'spontaan' normotensief met een bloeddruk die onder het deelname criterium van 95 mmHg diastolisch lag<sup>21</sup>. Deze daling van de bloeddruk trad bij de meesten reeds in de eerste maanden van het onderzoek op. Als voornaamste reden hiervoor kan worden gezien dat het aantal metingen voor de 'trial' waarmee de deelnemers werden geselecteerd te gering was en het interval waarmee deze plaatsvonden te kort; hierdoor bleek een aanzienlijk deel van de deelnemers een lager risico op hart- en vaatziekten te hebben dan aanvankelijk werd aangenomen, waardoor ook de resultaten van behandeling minder groot konden zijn.

Daarnaast werden in de meeste 'trials' patiënten met symptomen van schade aan hart en/of vaten ('end organ damage') of patiënten die reeds een infarct of CVA hadden doorgemaakt, van deelname aan het onderzoek uitgesloten. Vaak werden tevens patiënten met diabetes mellitus, longziekte of andere ziekten uitgesloten. Het mag duidelijk zijn dat ten gevolge hiervan een aanzienlijke groep patiënten met een extra risico niet in de onderzochte groep voorkwam. Hierdoor daalde de incidentie van hart- en vaatziekten tijdens het onderzoek en werd de effectiviteit van de therapie mogelijk verminderd.

Tenslotte werd in de 'trials' als regel voor een therapieschema gekozen waarbij werd begonnen met een diureticum en vervolgens een ander geneesmiddel werd toegevoegd. Ook

werden diuretica toegediend in doseringen die vaak veel hoger lagen dan op dit moment noodzakelijk en wenselijk wordt geacht. Het is niet onwaarschijnlijk dat eventuele metabole en andere bijwerkingen in de 'trials' sterker naar voren zijn gekomen dan met de huidige therapieschema's het geval zou zijn geweest. Enerzijds kan hierdoor het gunstige effect van therapie nadelig zijn beïnvloed, anderzijds heeft dit waarschijnlijk vaker geleid tot het staken van de therapie door bijwerkingen. Ook de generaties nieuwe antihypertensiva, met een gelijk bloeddrukverlagend effect maar met soms minder bijwerkingen<sup>29</sup>, en met relatieve voordelen bij bepaalde patiëntengroepen<sup>30</sup> (bijvoorbeeld calciumantagonisten bij hypertensieve patiënten met angineuze klachten), zijn nog niet in grootschalig onderzoek op hun risicoverminderende werking bekeken.

#### OP LANGERE TERMIJN MEER EFFECT?

Het is waarschijnlijk dat een deel van de tot nu toe uitgevoerde onderzoeken te klein was en te kort duurde om een duidelijk effect van therapie in bepaalde categorieën van de sterfte te laten zien. Dit geldt bijvoorbeeld voor het hartinfarct, waarbij de effectiviteit van bloeddrukbehandeling minder duidelijk is dan bij het CVA. Dat bloeddrukverlaging hier minder snel en uitgesproken effect heeft komt waarschijnlijk onder meer doordat juist in deze categorie van hart- en vaatziekte andere risicofactoren (roken, cholesterol) een aanzienlijke bijdrage tot het ontstaan leveren.

In de bloeddruk 'trials' werd enkelvoudige interventie toegepast bij een groep personen met overigens een laag risico voor het hartinfarct. Het betrouwbaarheidsinterval voor coronaire sterfte in de beschikbare onderzoeken wijst in de richting van een gunstig effect van therapie, maar de 'trials' zijn waarschijnlijk te klein om een vermindering met 15% door therapie zichtbaar te maken; dit terwijl een dergelijk effect een aanzienlijk aantal gespaarde levens zou betekenen. Een gunstige werking van behandeling van lichte hypertensie, ook wat het voorkomen van hartinfarcten betreft, is dus zeker niet onwaarschijnlijk en is op basis van de beschikbare gegevens in ieder geval niet uit te sluiten<sup>31</sup>.

In de 'trials' bleek dat een belangrijk deel van de deelnemers tijdens het onderzoek om verschillende redenen uitviel of dat van deelnemers de overlevingsstatus aan het eind van het onderzoek niet bekend was. In alle 'trials' samen betrof dit 12.057 personen in de controlegroep (40%) en 12.130 personen in de behandelingsgroep (36%). Hiermee werd nog eens een extra wissel getrokken op de 'sample-size' van de onderzoeken, hetgeen zeker zal hebben bijgedragen aan het in de vorige paragraaf besproken gebrek aan statistisch vermogen.

De duur van de 'trials' was gemiddeld 5,6 jaar. Het is de vraag in hoeverre een dergelijke periode voldoende is om een gunstige werking van bloeddrukverlaging aan te tonen. Uiteindelijk zijn er steeds meer aanwijzingen dat

hoge bloeddruk een proces is dat reeds vroeg in het leven een aanvang neemt en gaandeweg schade veroorzaakt aan hart en vaten<sup>32</sup>. Het is optimistisch te verwachten dat de gevolgen van enkele tientallen jaren schade in iets meer dan vijf jaar kunnen worden tenietgedaan. Er is in dit opzicht een aantal mogelijkheden. Het zou kunnen dat behandeling van hoge bloeddruk veel eerder in het leven moet beginnen. Hierover zijn echter geen onderzoeksgegevens voorhanden. Gezien de logistieke en financiële consequenties van onderzoek in jonge leeftijdsgroepen, waar de incidentie van hart- en vaatziekten op zich al veel lager ligt, is het ook niet waarschijnlijk dat deze gegevens beschikbaar zullen komen. Daarbij blijkt uit de gegevens van de EWPHE-'trial' dat behandeling tot op hoge leeftijd zin kan hebben<sup>22</sup>. Een tweede mogelijkheid is dat de effecten van behandeling op bijvoorbeeld het hartinfarct pas na de periode van het onderzoek duidelijk (en statistisch significant) worden. Deze veronderstelling wordt ondersteund door een divergerende trend in de curves voor de incidentie van hart- en vaatziekte en sterfte in vrijwel alle 'trials' met betrekking waartoe deze gegevens werden verstrekt<sup>33</sup>.

Een ondersteuning van de hypothese dat op langere termijn een nog groter effect van behandeling mag worden verwacht is de bevinding dat behandeling niet alleen de sterfte vermindert, maar ook progressie van lichte naar ernstige hypertensie voorkomt<sup>34</sup>. In de behandelde groepen in de 'trials' steeg de bloeddruk van 0,7% van de patiënten tot boven de 110 mm Hg diastolisch, in de controlegroepen bedroeg dit percentage 12%. Hiermee is in overeenstemming dat de frequentie van maligne hypertensie het laatste decennium sterk is afgenomen<sup>2</sup>.

#### INDIVIDUELE PATIËNT

Uit de tot nu toe beschikbare onderzoeksgegevens over vele duizenden patiënten blijkt dat behandeling van verhoogde bloeddruk, ook van de zogenoemde lichte hypertensie (een diastolische bloeddruk tussen de 95 mm Hg en 105 mm Hg), het risico op hart- en vaatziekten vermindert en dus zinvol is. Op dit moment zijn er nog onvoldoende argumenten om personen met een diastolische bloeddruk tussen de 90 en 95 mm Hg te behandelen met bloeddrukverlagende geneesmiddelen. Bij vrouwen dient deze grens waarschijnlijk nog hoger te worden gesteld, met name in de leeftijdsgroep tot 55 jaar. Dit niet omdat het rendement van bloeddrukverlaging bij vrouwen lager is: de 'trials' laten bij vrouwen en mannen een gelijke proportionele vermindering van het optreden van ziekte en sterfte zien<sup>28</sup>. Echter, bij vrouwen is het absolute risico op hart- en vaatziekten zoveel lager dat het netto-resultaat voor haar te gering lijkt om chronische behandeling met antihypertensiva te rechtvaardigen.

Of bij een individuele patiënt al of niet tot medicamenteuze behandeling wordt besloten hangt van een aantal factoren af, waarbij vanzelfsprekend overleg met de patiënt belangrijk

is. Het is noodzakelijk vóór behandeling een goed inzicht in het risico van een individu te verkrijgen om een schatting te kunnen maken van de mate van winst die met bloeddrukverlaging kan worden behaald. Hiertoe dient allereerst de mate van bloeddrukverhoging vast te staan door een aantal malen, over een langere periode, te meten. Deze periode kan best enkele maanden tot een jaar beslaan, omdat de bloeddrukverhoging, indien aanwezig, immers ook al jaren bestaat. Een te snelle greep naar antihypertensiva zal weliswaar het succes van de behandeling schijnbaar vergroten (een aanzienlijk deel van de patiënten wordt normotensief) maar daarbij ook tot onnodige behandeling van vele personen leiden. Daarnaast zullen andere risicofactoren dienen te worden geëvalueerd, zoals het serum-cholesterol, roken en de familie-anamnese; deze factoren kunnen meewegen in de beslissing. Additionele risicofactoren versterken elkaar en inzicht hierin draagt bij tot een verantwoorde behandelingsstrategie. Voor een rokende patiënt met een diastolische bloeddruk van 95 mm Hg is de winst die uit het staken van het roken is te halen waarschijnlijk veel groter dan behandeling met bloeddrukverlagende geneesmiddelen. Tenslotte hoeft het geen betoog dat met een aantal non-farmacologische maatregelen als alternatieve of additieve therapie, zoals gewichtsvermindering en matiging van alcoholgebruik, wel degelijk verlaging van de bloeddruk en vermindering van risico kan worden bereikt<sup>35</sup>.

\*\*\*

De conclusie moet zijn dat bloeddrukverlaging zinvol is, mits overwogen en genuanceerd nagestreefd<sup>36</sup>. Hierin schuilt een parallel met de discussie over dit belangrijke onderwerp: de individuele patiënt zowel als de volksgezondheid is het meest gebaat bij een overwogen en genuanceerde beoordeling van de uit onderzoek verkregen gegevens. Het uiteindelijke doel is het zo effectief mogelijk voorkomen van hart- en vaatziekten, waarbij het behandelen van verhoogde bloeddruk een wezenlijk onderdeel vormt. □

#### Literatuur

1. Boot CPM. Voorkomen van hart- en vaatziekten; vraagteken 1: Is behandeling van hoge bloeddruk zinvol? Medisch Contact 1987; 41: 1311-4.
2. Bulpitt CJ (ed). Epidemiology of Hypertension. Birkenhager WH, Reid JL (eds). Handbook of Hypertension, volume 6. Amsterdam, New York, Oxford: Elsevier Science Publishers, 1985.
3. Perloff D, Sokolow M, Cowan R. The prognostic value of ambulatory blood pressures. JAMA 1983; 249: 2792-8.
4. Kannel WB, Schatzkin A. Risk factor analysis. Prog Cardiovasc Dis 1983; 26: 309-25.
5. Harrington M, Kincaid-Smith P, McMichael J. Results of treatment in malignant hypertension: A seven-year experience in 4 cases. Br Med J 1959; 2: 969-80.
6. Hodge JV, McQueen EG, Smirk H. Results of hypotensive therapy in arterial hypertension: Based on experience with 497 patients treated and 156 controls, observed for periods of one to eight years. Br Med J 1961; 1: 1-7.
7. Perera GA. Antihypertensive drugs versus symptomatic treatment in primary hypertension. JAMA 1960; 173: 11-3.
8. Veterans Administration Cooperative Study on Antihypertensive Agents. A double-blind control study of antihypertensive agents. I. Comparative effectiveness of reserpine, reserpine and hydralazine, and three ganglionic blocking agents, chlorisondamine, mecamlamine, and pentolinium

tartrate. Arch Intern Med 1960; 106: 81-96.

9. Veterans Administration Cooperative Study on Antihypertensive Agents. Double-blind control study on Antihypertensive agents. II. Further report on the comparative effectiveness of reserpine, reserpine and hydralazine, and three ganglionic blocking agents, chlorisondamine, mecamlamine, and pentolinium tartrate. Arch Intern Med 1962; 110: 222-9.

10. Veterans Administration Cooperative Study on Antihypertensive Agents. Double blind control study of antihypertensive agents. III. Chlorothiazide alone and in combination with other agents; preliminary results. Arch Intern Med 1962; 110: 230-5.

11. Hamilton M, Thomson EN, Wisniewski TKM. The role of bloodpressure control in preventing complications of hypertension. Lancet 1964; i: 235-8.

12. Wolfe FW, Lindeman RD. Effects of treatment in hypertension: Results of a controlled study. J Chronic Dis 1966; 19: 227-40.

13. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects on treatment on morbidity in hypertension: Results of patients with diastolic blood pressures averaging 115 through 129 mm. Hg JAMA 1967; 202: 1028-34.

14. Barraclough M, Bainton D, Cochran AL et al. Control of moderately raised blood pressure: Report of a co-operative randomised controlled trial. Br Med J 1973; 3: 434-6.

15. Gezondheidsraad. Advies inzake hypertensie. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.

16. The 1984 Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Int Med 1984; 144: 1045-57.

17. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in hypertension. II. Results of patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mm Hg. JAMA 1970; 213: 1143-51.

18. Smith WM for the US Public Health Service Hospitals Cooperative Study Group. Treatment of mild hypertension: Results of a ten year intervention trial. Circ Res 1977 (suppl); 40: 1-90-105.

19. Perry HM, Goldman AI, Lavin MA et al. Evaluation of drug treatment in mild hypertension: VA-NHLBI feasibility trial. Ann NY Acad Sci 1978; 304: 267-92.

20. Helgeland A. Treatment of mild hypertension: A five-year controlled drug trial. Am J Med 1980; 69: 725-32.

21. Report by the Management Committee. The Australian therapeutic trial in mild hypertension. Lancet 1980; i: 1261-7.

22. Amery A, Birkenhager W, Brixko P et al. Mortality and morbidity results from the European Working Party on high blood pressure in the elderly. Lancet 1985; i: 1349-54.

23. Medical Research Council Working Party. MRC trial of treatment of mild hypertension: Principal results. Br Med J 1985; 291: 97-104.

24. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial: Risk Factor changes and mortality results. JAMA 1982; 248: 1465-77.

25. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. Five-year findings of the Hypertension Detection and Follow-up Program. 1. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. JAMA 1979; 242: 2562-71.

26. Rose G. Strategy of prevention: Lessons from cardiovascular disease. Br Med J 1981; 282: 1847-51.

27. Whelton PK. Essential hypertension: Therapeutic implications of epidemiological risk estimation. J Hypertension 1984; 2 (suppl 2): 3-8.

28. MacMahon SW, Cutler JA, Furberg CD, Payne GH. The effects of drug treatment for hypertension on morbidity and mortality from cardiovascular disease: A review of randomized controlled trials. Progress Cardiovasc Dis 1986; suppl 3: 99-118.

29. Hollenberg NK. Initial therapy in hypertension: Quality-of-life consideration. J Hypertension 1987; 5 (suppl 1): S3-7.

30. McKenney JM. Alternative pharmacologic approaches to the initial management of hypertension. Drug Intell Clin Pharm 1985; 19: 629-41.

31. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in hypertension. III. Influence of age, diastolic pressure and prior cardiovascular disease; further analysis of side effects. Circulation 1972; 45: 991-1004.

32. Hofman A, Grobbee DE, Schalekamp MADH (eds). The early pathogenesis of primary hypertension. Amsterdam, New-York, Oxford: Elsevier Science Publishers, 1987.

33. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Research Group. The effect of antihypertensive drug treatment on mortality in the presence of resting electrocardiographic abnormalities at baseline: the HDFP experience. Circulation 1984; 70: 996-1003.

34. Moser M, Gifford RW. Why less severe degrees of hypertension should be treated. J Hypertension 1985; 3: 437-47.

35. Grobbee DE. Diet and the treatment of hypertension. Curr Opin Cardiol 1986; 1: 607-13.

36. Ramsay LE. Mild hypertension: Treat patients, not populations. J Hypertension 1985; 3: 449-55.

## Behandeling van hoge bloeddruk: betekenis voor het individu

Dat Grobbee tot zulke positieve conclusies komt heeft, zoals ik hierna zal tonen, vooral met de volgende drie oorzaken te maken:

1. De zin van behandeling wordt louter afgeleid uit de *relatieve* daling van het risico. Dat dit niet correct is wordt uitvoerig belicht in artikel 6 van de vraagtekenserie ('Conclusies uit interventieonderzoekingen')<sup>2</sup>: het individu stelt niet of nauwelijks belang in relatieve, maar des te meer in absolute risicodaling, dat wil zeggen de kans dat het zelf merkbaar profijt zal ondervinden.

Grobbee zegt, in navolging van MacMahon c.s.<sup>3</sup>, op wier betoog meer dan de helft van zijn artikel is gebaseerd, dat berekening van deze absolute risicodaling 'met de beschikbare gegevens niet mogelijk is'. Dat is verwonderlijk. Uit dezelfde gegevens waarmee de relatieve risicodaling is vastgesteld (met de vermelding waarvan MacMahon en Grobbee geen moeite hebben) kan natuurlijk ook de absolute risicodaling worden berekend.

2. Grobbee verzuimt voor- en nadelen van behandeling tegen elkaar af te wegen. Als geen enkel nadeel wordt vermeld, zal de balans altijd doorslaan in de richting van behandeling, hoe gering het voordeel hiervan ook is.

3. Op grond van een aantal veronderstellingen vermoedt Grobbee dat behandeling van hypertensie in de dagelijkse praktijk veel meer effect zal sorteren dan uit de 'trials' naar voren komt. Aangetoond zal worden dat sommige van deze veronderstellingen niet juist zijn. Bovendien kunnen er evenveel redenen genoemd worden waarom in de praktijk de resultaten van behandeling waarschijnlijk juist veel *geringer* zullen zijn.

### C. P. M. Boot

To express the results of trials only in terms of percentage effectiveness is to conceal what the individual really needs to know. G. Rose<sup>1</sup>

*Graag wil ik ingaan op het artikel van de heer Grobbee. Hij brengt argumenten en cijfers naar voren die lijken te pleiten vóór behandeling van matig hoge en hoge bloeddruk. Deze gegevens zijn op het eerste gezicht zó overtuigend dat het lijkt alsof men nauwelijks meer hoeft te twijfelen aan de zin van behandeling. Het moet voor de lezer wel verwarrend en verbazingwekkend zijn dat de conclusies van Grobbee en zijn collega's van de Nederlandse Hartstichting zo tegengesteld zijn aan die uit de artikelenreeks 'Vraagtekens'. De uitgangspunten zijn immers dezelfde: de belangrijke interventiestudies op het gebied van hypertensie. Hoe komt het dat Grobbee tot zulke positieve conclusies komt?*

Overigens behoort levenslange behandeling van honderdduizenden mensen niet te zijn gebaseerd op veronderstellingen of *speculaties*, maar op *harde gegevens*. Laten we daarom eerst kijken naar de feiten. We zullen uitgaan van de gegevens die Grobbee zelf aan draagt.

#### 'TRIALS'

Grobbee laat, in navolging van MacMahon c.s.<sup>3</sup>, zien dat in de behandelde groepen van

negen 'trials' betreffende matig hoge bloeddruk 104 personen minder overleden en 144 dodelijke of niet-dodelijke CVA's werden voorkómen. Van deze 144 CVA's bleken er 51 fataal en 93 niet fataal te zijn. De 51 fatale CVA's bevinden zich natuurlijk reeds in het bovengenoemde aantal van 104 personen bij wie sterfte werd voorkómen.

Het plaatje wordt dan als volgt: in de totale behandelingsgroep van de negen 'trials' overleden 104 personen minder en werden 93 non-fatale CVA's voorkómen. In totaal hadden dus 197 personen merkbaar profijt. Dit is de 'teller', die echter om een 'noemer' vraagt. Zoals Grobbee vermeldt, namen ongeveer 43.000 personen aan de onderzoeken deel met een gemiddelde 'follow-up' van 5, 6 jaar. In de behandelingsgroep bevonden zich 21.634 personen. De kans op individueel profijt was dus  $197 : 21.634 = 1\%$ .

Om één cardiovasculaire ziekte te voorkómen zijn  $21.634 \times 5,6 : 197 = 615$  patiëntjaren behandeling nodig. Hiermee wordt bevestigd wat in artikel 1 en 2 van de 'Vraagtekens' reeds was geconstateerd<sup>4,5</sup>.

#### ONDERWAARDERING

Grobbee vermoedt op grond van een aantal veronderstellingen dat behandeling van hypertensie in de dagelijkse praktijk meer effect zal sorteren dan uit bovengenoemde negen 'trials' naar voren komt. Van deze veronderstellingen zijn sommige onjuist, andere onwaarschijnlijk en weer andere mogelijk juist. We zullen ze achtereenvolgens bespreken.



# Onjuiste veronderstellingen of beweringen

1. Grobbee zegt het volgende: 'In de meeste 'trials' werden patiënten met 'end organ damage' of personen die reeds een infarct of CVA hadden doorgemaakt uitgesloten van deelname aan het onderzoek. Het effect van behandeling is dus waarschijnlijk ondergeëvalueerd, omdat juist in deze gevallen winst is te boeken en de huisarts juist bij deze patiënten behandeling zal overwegen.' Maar de 'trials' geven in werkelijkheid een ander beeld. In de HDFP-studie hadden 500 deelnemers een myocardinfarct, 250 een CVA en 700 diabetes mellitus in de voorgeschiedenis<sup>6</sup>. In het EPWHE-onderzoek<sup>7</sup> en de VA-II-studie<sup>8</sup> had 35% respectievelijk meer dan 50% van de deelnemers pre-existente cardiovasculaire afwijkingen<sup>7,8</sup>.

2. 'De deelnemers van de 'trials' zijn niet allemaal even representatief voor de patiëntenpopulatie van de huisarts', zegt Grobbee. Maar ook hier is de werkelijkheid anders. De grootste placebo-gecontroleerde studie (MRC; meer dan 17.000 deelnemers), één van de negen trials, 'was based almost entirely on general practices'<sup>9</sup>. Maar: de bewering van Grobbee klopt in een bepaald opzicht wél, waardoor deze paradoxaal genoeg nog minder juist is. De EPWHE- en VA-II-studie waren 'clinic' in plaats van 'population-based' en daardoor niet representatief voor de patiëntenpopulatie van de huisarts. Het is duidelijk dat dit juist in omgekeerde zin het geval was als Grobbee bedoelt. Dit blijkt alleen al uit het grote percentage personen met pre-existente cardiovasculaire afwijkingen. Zoals bekend, is de kans op profijt direct afhankelijk van de incidentie van cardiovasculaire ziekten en deze weer van de aanwezigheid van pre-existente atherosclerotische afwijkingen.

3. 'Als hypertensie niet geïsoleerd wordt bekeken, maar als een onderdeel van een risicoprofiel, dan zal het behandelingseffect groter zijn. In de negen 'trials' zijn echter personen die om andere redenen dan hypertensie een verhoogd cardiovasculair risico liepen van deelname uitgesloten', aldus Grobbee. Ook dit is onwaar.

Aan de MRFIT-studie, één van de negen trials, namen 12.000 personen deel die het hoogste cardiovasculaire risico liepen, berekend uit de drie 'major risk factors' bloeddruk, serum-cholesterol en roken<sup>10</sup>. Maar wat nog belangrijker is: niet alleen bloeddruk, maar ook andere risicofactoren, zoals hoog cholesterol en roken, werden beïnvloed. Deze MRFIT-studie had dus nooit een onderdeel mogen zijn van de samengevoegde 'trials'. De bedoeling van de 'pooling' was immers het effect van bloeddrukbehandeling op zich na te gaan en niet van bijvoorbeeld stoppen met roken. Hetzelfde geldt voor een ander onderzoek dat tot de negen 'trials' behoort: de Hypertension Detection and Follow-up Program (HDFP-) studie<sup>6</sup>, waarin eveneens behalve hoge bloeddruk ook andere factoren werden beïnvloed. Kortom: bij de 'pooling' van gegevens die door MacMahon c.s. is uitgevoerd gaat het om een constructie die niet door de beugel kan.

Het is jammer dat Grobbee het betoog van MacMahon kritiekloos heeft overgenomen, niet alleen op dit punt maar ook op vele andere punten, zoals hierna zal worden aangetoond. Samenvattend blijken de eerste drie bewegingen van Grobbee onjuist te zijn. Hij had deze onjuistheden kunnen vermijden door de bronnen niet alleen in de literatuurlijst te vermelden, maar ook zelf te raadplegen.

## Onwaarschijnlijke veronderstellingen

1. Behandeling van matige hypertensie geeft volgens Grobbee (in navolging van MacMahon<sup>3</sup>) waarschijnlijk een significante daling van de totale mortaliteit. Hij baseert deze veronderstelling op een statistisch significante daling van de totale sterfte van 11% in de samengevoegde negen 'trials'. Zoals hiervoor is getoond, betreft de 'pooling' een ongeoorloofde constructie. Men dient conclusies uit ongeoorloofde constructies te wantrouwen. Maar veel belangrijker nog is het, dat slechts één van de negen 'trials' een werkelijk statistisch significante daling van de totale sterfte te zien heeft gegeven, namelijk de HDFP-studie<sup>6</sup>. Dit is juist een van de 'trials' die, zoals we hebben gezien, qua onderzoekopzet volledig inadequaat was om de hypothese te toetsen dat behandeling van hoge bloeddruk een daling van de totale mortaliteit geeft.

In de totale behandelde groep van de negen 'trials' overleden 104 personen minder dan in de controlegroep. Van hen was 67% (70 personen) afkomstig uit de inadequate HDFP-studie<sup>6</sup> (dit kan de lezer ook controleren in figuur 1 van Grobbee, waarin de aantallen staan vermeld). Het wordt nog interessanter als we bekijken waar het bij deze 70 personen om ging. In 36% (namelijk 25) van deze 70 gevallen betrof het voorkóming van sterfte die niets met hypertensie of cardiovasculaire ziekte te maken had<sup>16</sup>. 'In some blood pressure subgroups the benefit in mortality from non-cardiovascular causes considerably exceeded that from cardiovascular causes, implying that better medical care had an important bearing on the outcome'<sup>11</sup>. Hierdoor alleen al is het zeer waarschijnlijk dat de kans op individueel profijt van behandeling eerder kleiner dan groter is dan de berekende 1%, omdat in dit percentage ook de schijnbare sterftedaling verpakt zit, waarbij het in zo'n 25% van de gevallen om non-cardiovasculaire mortaliteit ging.

Waarom hebben MacMahon c.s. de HDFP-studie uit de 'pooling' niet weggelaten? Dat was om de volgende redenen voor hen waarschijnlijk heel moeilijk geweest: a. Zij zijn zelf afkomstig uit het instituut dat het HDFP-onderzoek heeft uitgevoerd<sup>3,6</sup>. b. Als de HDFP-studie uit de samengevoegde gegevens zou worden weggelaten, zou de significantie van de totale mortaliteitsdaling volledig verdwijnen. Als we van de 104 personen van wie werd voorkómen dat ze stierven de 70 personen aftrekken die uit de inadequate HDFP-studie afkomstig waren, blijven nog slechts 34 personen over uit de overige acht 'trials'.

Met nadruk moet worden gesteld dat geen

enkel goed opgezet onderzoek heeft kunnen aantonen dat behandeling van hypertensie een significante daling van totale mortaliteit geeft. Daarentegen bestaat de mogelijkheid dat in bepaalde subgroepen sterfte onder invloed van behandeling juist stijgt. Hoewel het een post-hoc-analyse betrof en men dus voorzichtig moet zijn met de conclusies eruit, bleek in de MRC-studie (17.000 deelnemers) onder medicamenteus behandelde vrouwen van middelbare leeftijd de sterfte ten opzichte van onbehandelde vrouwen statistisch significant met 25% te zijn gestegen<sup>3</sup>. Als we bedenken dat het in de huisartspraktijk vooral vrouwen zijn die voor hoge bloeddruk onder behandeling staan<sup>12</sup>, is dit een verontrustend gegeven. Gezien het bovenstaande, is het niet duidelijk waarom het artikel van MacMahon c.s. voor publikatie in het tijdschrift *Progress in Cardiovascular Diseases* is geaccepteerd. Mogelijk is een van de redenen dat de auteurs afkomstig zijn uit een gezaghebbend onderzoeksinstituut, het National Heart, Lung and Blood Institute te Bethesda<sup>3</sup>. Helaas speelt ook in medische en wetenschappelijke kringen autoriteit vaak een belangrijkere rol dan waarheid.

2. 'Een gunstige werking van behandeling van hypertensie wat betreft het voorkómen van hartinfarcten is op basis van de beschikbare gegevens niet uit te sluiten. De 'sample-size' was mogelijk te gering om een belangrijk effect te kunnen vaststellen.' Een wonderlijke uitspraak, die Grobbee weer volledig en kritiekloos van MacMahon heeft overgenomen<sup>3</sup>. De 'sample-size' van de gezamenlijke studies bestond uit 43.000 personen en de totale observatieduur was 240.000 patiëntjaren. De lezer kan direct inzien dat, wanneer een dergelijke 'sample-size' nog te klein is, een individueel gezien belangrijk effect ver te zoeken zal zijn, hoe groot het aantal uitvallers ook mag zijn geweest.

Met nadruk moet worden gesteld dat geen enkel adequaat onderzoek naar het effect van behandeling op middelbare leeftijd een significante daling van het aantal hartinfarcten laat zien. De uitspraak van Grobbee kan beter als volgt worden gewijzigd: 'Een *ongunstige* werking van behandeling van hoge bloeddruk op het optreden van hartinfarcten is op grond van de beschikbare gegevens niet uit te sluiten'. Verschillende antihypertensiva kunnen in een bepaald opzicht paradoxaal genoeg het risico op een hartinfarct verhogen, via een stijging van het totale serum-cholesterol en een daling van het HDL en serum-kalium<sup>4</sup>. In de Oslo-studie traden in de medicamenteus behandelde groep meer hartinfarcten op dan onder personen die niet werden behandeld<sup>13</sup>. In de MRFIT-studie nam in de behandelingsgroep van hypertensieve personen met ECG-afwijkingen de sterfte ten gevolge van een myocardinfarct toe<sup>10</sup>.

3. 'De generatie nieuwe antihypertensiva heeft mogelijk minder riskante bijwerkingen en misschien een groter risicodalend effect', aldus Grobbee. Maar als dit niet zeker is, bestaat ook de mogelijkheid dat de bijwerkingen op de lange duur juist riskanter zijn en het risicodalend effect geringer is of ontbreekt.



Het is onbegrijpelijk dat antihypertensiva, die weliswaar een bloeddrukdaling maar mogelijk geen risicodaling (een groot verschil!) geven en die op de lange duur schadelijk kunnen zijn, aan tienduizenden mensen worden voorgeschreven zonder dat hier duidelijkheid over bestaat. Een enkel voorbeeld: ACE-remmers, zoals captopril, zijn nog nooit adequaat getest op risicodaling; het is zelfs niet uitgesloten dat zij het risico op CVA's verhogen<sup>14</sup>.

#### Mogelijk-juiste veronderstellingen

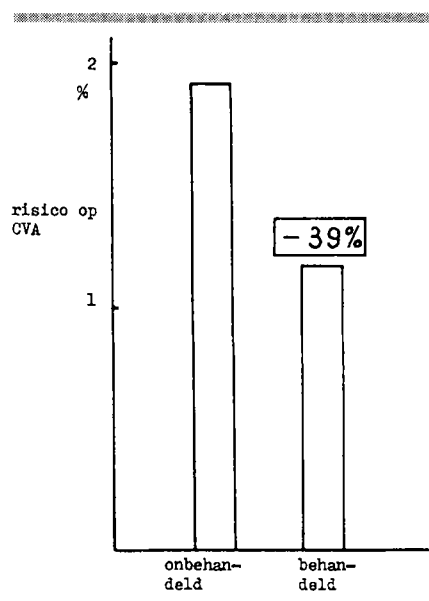
1. 'In vrijwel alle studies is er een divergerende trend van de curves van de incidentie van cardiovasculaire ziekten, zodat het effect op de lange duur groter zal zijn', zegt Grobbee. Zelfs wanneer deze veronderstelling juist zou zijn, zou de kans op persoonlijk voordeel toch zeer gering blijven, zoals in artikel 1 uitvoerig is getoond, zelfs uitgaande van onrealistisch optimistische verwachtingen<sup>4</sup>.

Maar de veronderstelling van Grobbee kan ook heel goed onjuist zijn. In de *dagelijkse praktijk* blijkt dat hoe langduriger een behandeling, hoe geringer het resultaat. In het Nijmeegs Interventie Project, uitgevoerd in zes Nederlandse huisartspraktijken, was het effect van medicamenteuze behandeling van hypertensie na drie tot vijf jaar nauwelijks meer aan te tonen<sup>4, 15</sup>. Het effect van non-farmacologische behandeling was zelfs totaal verdwenen. Dat de resultaten van 'compliance'-verbeterende maatregelen niet moeten worden overschat, is elders getoond<sup>16</sup>.

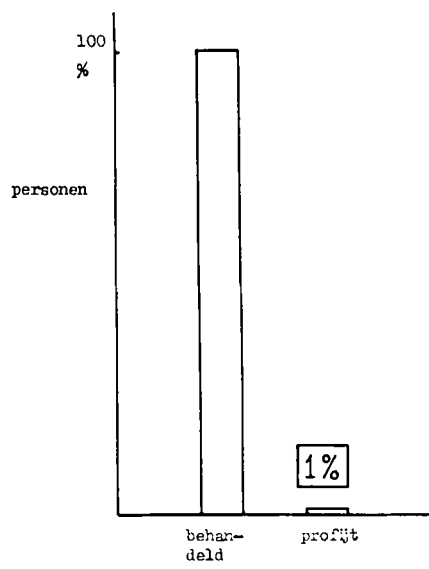
2. 'Door behandeling wordt progressie naar ernstiger graden van hypertensie voorkomen'. Sommigen gaan ervan uit dat 'stijging naar ernstiger graden van hypertensie een essentieel aspect is van matig hoge bloeddruk'<sup>12</sup>. Dat dit waarschijnlijk op een misverstand berust en voortvloeit uit het feit dat de progressie en fluctuatie met elkaar worden verward, heb ik in het eerste 'Vraagteken'-artikel aan de orde gesteld<sup>4</sup>. Hier wordt volstaan met het volgende citaat<sup>17</sup>: 'Untreated subjects with a diagnosis of mild hypertension (diastolisch 95 mm Hg-109 mm Hg) have on average a fall in both systolic and diastolic pressures over a period of at least 3 years'. Zoals een stijging geen werkelijke progressie hoeft te betekenen, zo betekent de genoemde 'fall' geen werkelijke daling, maar een 'regressie naar het gemiddelde', een verschijnsel dat te verklaren is uit het feit dat we te maken hebben met een fluctuerende variabele<sup>18</sup>.

3. 'Een aanzienlijk deel van de behandelde groep bleek op korte of langere termijn niet hypertensief te zijn. Verder kreeg een groot aantal personen van de controlegroep uiteindelijk toch een antihypertensieve behandeling.' Dit is een sterk argument, maar er is ook een andere kant van de medaille:

Een aanzienlijk deel van de patiënten had geen matig hoge, maar *hoge* bloeddruk. In de vijf van de negen 'trials' werden ook personen betrokken met een diastolische bloeddruk van meer dan 110 mm Hg. In de HDPP-studie<sup>6</sup> hadden zelfs meer dan 1.000 deelnemers bij de start een diastolische bloeddruk gelijk aan of



Figuur 1. Relatieve daling van het risico op CVA door behandeling van matig hoge bloeddruk (afgeleid uit de samengevoegde resultaten van negen 'trials'<sup>13</sup>).



Figuur 2. Kans op individueel merkbaar profijt van behandeling van matig hoge bloeddruk (afgeleid uit de samengevoegde resultaten van negen 'trials'<sup>13</sup>).

hoger dan 115 mm Hg. In het USPHS-, het VA-II- en het MRFIT-onderzoek lag de bovengrens voor deelname niet bij een diastolische bloeddruk van 110 mm Hg, maar van 115 mm Hg<sup>8, 10, 19</sup>, en in de EPWHE-studie bij 120 mm Hg<sup>7</sup>.

4. 'Er was soms een groot percentage uitvalers, zodat de 'intention-to-treat'-analyse een geringer effect liet zien dan in werkelijkheid is te bereiken.' Maar: 'There were only minor

differences between the results of the 'intention-to-treat' and 'on-treatment' analyses'<sup>9</sup>.

5. 'Als behalve bloeddruk ook andere risicofactoren worden geëvalueerd en beïnvloed, zal het behandelingseffect des te groter zijn', zegt Grobbee. Dit is theoretisch inderdaad te verwachten, maar de praktijk is helaas anders: In de Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) werden 12.000 personen geselecteerd die het hoogste cardiovasculaire risico hadden. Niet alleen bloeddruk, maar ook serum-cholesterol en roken werden beïnvloed. Niettemin werden de deelnemers aan de 'Mr. Fit'-studie er niet fitter op: de sterfte in de behandelingsgroep was zelfs iets groter dan in de controlegroep<sup>10</sup>. In artikel 4 van de 'Vraagtekens' wordt uitvoerig ingegaan op het feit dat drie van de vijf belangrijke multipel-risicofactor-interventiestudies géén of zelfs een ongunstig effect lieten zien op de incidentie van cardiovasculaire ziekten<sup>20</sup>.

Alle onjuiste, onwaarschijnlijke en mogelijk juiste veronderstellingen van Grobbee zijn de revue gepasseerd. Ik vermoed dat zijn voorraad veronderstellingen is uitgeput. Daarentegen heb ik nog een andere reden om te denken dat er eerder van een over- dan van een onderwaardering van het behandelingseffect sprake is.

#### OVERWAARDERING

Zoals reeds eerder is gezegd, is de absolute risicodaling, dat wil zeggen de kans op individueel profijt, recht evenredig met de incidentie van cardiovasculaire ziekten. Meer dan 25.000 deelnemers aan de negen 'trials' waren afkomstig uit de Verenigde Staten, waar de incidentie van cardiovasculaire ziekten, dat wil zeggen het aantal gevallen van cardiovasculaire ziekte per vast aantal personen, drie keer zo groot is als in Engeland<sup>9</sup>, terwijl in ons eigen land de incidentie van cardiovasculaire ziekten weer lager is dan in Engeland. Het is daarom te verwachten dat de kans op individueel profijt in ons land aanzienlijk geringer zal zijn dan 1%.

Sommigen zullen misschien toch nog steeds blijven geloven dat het effect van behandelen groter zal zijn. Laten we hen het voordeel van de twijfel geven en ervan uitgaan dat het behandelingseffect twee keer zo groot is (dat twee keer zoveel mensen profijt van behandeling hebben) als uit de 'trials' blijkt. Zoals direct is in te zien, zal zelfs dan 98% 'voor niets' worden behandeld.

#### INDIVIDU EN GROEP

Graag wil ik de lezer aandacht vragen voor de figuren 1 en 2, die de kern van de zaak weergeven en die zijn afgeleid uit de gegevens van Grobbee.

Procentuele daling van ziektefrequentie onder invloed van behandeling geeft inzicht in de mate waarin de ziektefrequentie in een groep behandelde personen afneemt. Dit wordt geïllustreerd in figuur 1: de incidentie van CVA's in de behandelingsgroep daalt met 39%. Dit is

het plaatje dat farmaceutische industrieën graag in hun reclame laten zien. Maar ook Grobbee lijkt er voorkeur voor te hebben: hij geeft in zijn artikel alleen maar percentages die een procentuele daling van de ziektefrequentie weergeven. Rose merkt terecht op dat 'to express the results of trials only in terms of percentage effectiveness is to conceal what the individual really needs to know'<sup>1</sup>.

Wat de patiënt werkelijk wil weten is hoe groot zijn kans op profijt is. Hij laat zich niet levenslang voor zijn bloeddruk behandelen en controleren om een steentje bij te dragen aan de incidentiedaling van CVA's onder de bevolking. Hij wil terecht zelf voordeel ervaren. De kans om zelf profijt van behandeling te onderkennen wordt geïllustreerd in figuur 2. De lezer met minder goede ogen krijgt misschien de indruk dat er helemaal geen individueel profijt is. Het is inderdaad moeilijk te zien. We maken ons blijkbaar erg druk over iets dat individueel nauwelijks zichtbaar is.

De eerlijkheid gebiedt te vermelden dat ook hier de medaille een andere kant heeft, waar wel degelijk heel duidelijk iets zichtbaar wordt. Als in Nederland alle mannen en vrouwen van middelbare leeftijd met een matig hoge bloeddruk zich zouden laten behandelen, dan zou, uitgaande van de 1% profijt van figuur 2, bij ongeveer 4.500 mensen in de loop van 5, 6 jaar een cardiovasculaire ziekte worden voorkomen. Een indrukwekkend aantal. Maar ook dit is een 'teller' die om een 'noemer' vraagt. Om deze daling van cardiovasculaire ziekten te bereiken, moeten 450.000 mensen zich jarenlang intensief laten behandelen en controleren. Meer dan 445.000 van hen zullen dat 'voor niets' doen. We zien dus dat behandeling van matig hoge bloeddruk de incidentie van cardiovasculaire ziekten duidelijk zou kunnen doen afnemen, terwijl de kans dat het behandelde individu voordeel ervaart slechts 1% of kleiner is. Dit is de beroemde preventie-paradox van Rose<sup>1</sup>: 'A measure that brings large benefits to the community offers little to each participating individual'.

Wanneer er sprake is van een geringe kans op individueel profijt vormt dit een aanwijzing dat 'preventietherapie' mogelijk geen goede aanpak is van het probleem, maar moet worden vervangen door algemene preventie. Ook hier speelt de preventieparadox een grote rol, maar hier is deze beter te accepteren omdat hier geen sprake is van selectie van personen die meestal volledig ten onrechte levenslang tot patiënt worden gebombardeerd. In artikel 5 van de 'Vraagtekens' ('Preventietherapie') ben ik hier uitvoeriger op ingegaan<sup>21</sup>. Hier wil ik volstaan met de opmerking dat daar waar het doel is een daling van het aantal gevallen van cardiovasculaire ziekte te bereiken, met *algemene preventie* zeker zoveel te bereiken is als met *preventietherapie*, zonder de nadelen van deze laatste; in dit opzicht is het werk van onder andere de Nederlandse Hartstichting van groot belang.

Ook figuur 1 kan ons iets leren over het individuele voordeel, namelijk over de maximale

kans op profijt die theoretisch te bereiken is. We moeten dan letten op de verticale as, waarop het ziekterisico staat aangegeven. In de onbehandelde groep is de kans op een CVA 1,9%. Zelfs bij een volledig effectieve behandeling (daling van het ziekterisico tot nul) zal de kans op profijt daarom nooit groter zijn dan 1,9%! De volgende drie belangrijke stellingen kunnen in dit verband worden geformuleerd:

1. De kans op merkbaar profijt van behandelen van hoge bloeddruk (en van elke andere vorm van 'preventietherapie') kan nooit groter zijn dan het ziekterisico dat men loopt zonder behandeling.
2. De geringe kans op merkbaar profijt van behandeling van (matig) hoge bloeddruk is niet zozeer het gevolg van de geringe effectiviteit van de therapie als wel van het geringe ziekterisico.
3. Voor een ziekte met een geringe incidentie (zoals CVA) heeft 'preventietherapie' weinig zin, omdat er zelfs bij volledig effect een geringe kans op persoonlijk profijt is. 'Preventietherapie' kan in zo'n geval beter door algemene preventie worden vervangen.

## DE ZIN VAN BEHANDELING

Volgens Grobbee hoeven we geen twijfels te hebben over de zin van behandeling van matig hoge en hoge bloeddruk. 'De behandeling van een diastolische bloeddruk boven 100 mm Hg is nu algemeen geaccepteerd', zegt hij. Als hij met 'algemeen' doelt op alle leden van de Hypertensie Commissie van de Nederlandse Hartstichting, alsmede op de Gezondheidsraad<sup>22</sup>, heeft hij gelijk. Maar buiten deze kringen laat men gelukkig nog twijfel toe en worden steeds meer kritische geluiden hoorbaar. Zo komen in een recent artikel in het British Medical Journal deskundigen na een kritische bespreking van alle belangrijke hypertensiestudies tot de volgende conclusie: 'For the vast majority of patients who have non-malignant hypertension there is no 'cut off' pressure above which treatment is mandatory'<sup>11</sup>.

De kern van het hele betoog van Grobbee berust op een incorrecte denkwijze, die in de volgende uitspraak van hem duidelijk naar voren komt: 'Behandeling van verhoogde bloeddruk, ook van lichte hypertensie, vermindert het risico op hartvaatziekten en is *dus* zinvol'. Zoals we hiervoor hebben getoond en in artikel 6 van de 'Vraagtekens' uitvoeriger hebben besproken<sup>2</sup>, is deze redenering volledig ontoereikend. Hoe groot en statistisch significant een relatieve risicodaling ook is, zij zegt niets over de kans op individueel profijt van behandeling. De zin van individuele behandeling is slechts af te leiden uit deze kans op individueel merkbaar voordeel. Maar ook dan zijn we er nog niet: dit voordeel moet ook nog worden afgewogen tegen de *nadelen* van behandeling. In het artikel van Grobbee ontbreekt dit balansdenken volledig.

## BALANS VAN VOOR- EN NADELEN

Dat de nadelen zowel wat aantal als wat ernst betreft niet te verwaarlozen zijn wordt hieron-

der getoond, nadat eerst de voordelen van behandeling zijn genoemd.

### Voordelen

1. Voorkóming van cardiovasculaire ziekte bij 1% van de behandelde personen.
2. Uitsparen van kosten door voorkóming van cardiovasculaire ziekten.

### Nadelen

1. Geen persoonlijk profijt van behandeling in 99% van de gevallen.
2. Kosten van behandeling van hoge bloeddruk die veel hoger zijn dan de kosten die worden uitgespaard<sup>23</sup>.
3. De indruk wordt gewekt dat de persoonlijke gezondheid erop vooruitgaat, hoewel dat slechts bij uitzondering zal gebeuren.
4. Verkeerde classificatie en onbetrouwbare selectie: begeleiding en behandeling van personen die, hoewel ze hoge bloeddruk hebben, vaak niet het hoogste cardiovasculaire risico lopen<sup>5 21</sup>.
5. Honderdduizenden mensen worden hoge-bloeddrukpatiënt.
6. Ongerustheid, zich patiënt voelen<sup>19 24 25</sup>.
7. Het optreden van klachten doordat men er zich van bewust wordt hoge bloeddruk te hebben<sup>19 24 25</sup>.
8. Meestal levenslange afhankelijkheid van medische hulpverleners.
9. Bijwerkingen van medicijnen in de vorm van klachten of symptomen (impotentie, fruitloosheid, jicht, kortademigheid); kans hierop: 8%-20%<sup>9 26</sup>.
10. Bijwerkingen van medicijnen in de vorm van ongunstige veranderingen in het bloed die het risico op coronaire hartziekten kunnen vergroten (verhoging totaal serum-cholesterol, daling HDL en serum-kalium, gestoorde GTT)<sup>9 10 12 27</sup>.
11. Het moeten volgen van een zoutarm of caloriebeperkt dieet, wat voor velen minder aangenaam is<sup>20</sup>.
12. Belasting en tijd, zowel voor patiënt als arts, ten gevolge van vaak levenslange regelmatige controles.
13. Grote kans op het verdwijnen van het behandelings-effect bij langere 'follow-up'<sup>14</sup>.

Graag wil ik besluiten met het volgende citaat<sup>28</sup>: 'Unless we can better define those mildly hypertensive patients (diast. <110 mm Hg) most likely to benefit from treatment, we may needlessly committing millions of patients to the inconvenience and expense, as well as the still poorly defined risks of lifelong antihypertensive therapy. Indeed, as physicians, we must wonder whether a uniform policy of treating mild hypertensive patients treats our patients or ourselves.'

## SAMENVATTING EN CONCLUSIE

De zin van behandeling van hoge bloeddruk kan niet worden afgeleid uit een relatieve risicodaling. Een oordeel kan pas worden gegeven na de voor- en de nadelen van behandeling tegen elkaar te hebben afgewogen. Aan de kant van de nadelen is vooral van belang dat

honderdduizenden mensen levenslange behandeling van bloeddruk zouden moeten ondergaan, zonder merkbaar profijt maar wel met een kans op soms schadelijke bijwerkingen. Aan de kant van de voordelen dient niet op de eerste plaats te worden gekeken naar de relatieve daling van het risico, hoe groot deze ook zijn mag, maar naar de absolute risicodaling, dat wil zeggen naar de kans op individueel merkbaar profijt, want juist dáárin is het individu geïnteresseerd.

Uitgaande van de negen 'trials' die op het gebied van matig hoge bloeddruk zijn uitgevoerd (inclusief vijf 'trials' waarbij ook mensen met een diastolische bloeddruk van meer dan 110 mm Hg werden betrokken) blijkt deze kans op merkbaar voordeel niet groter dan 1% te zijn. Dat betekent dat 99% van de mensen die zich laten behandelen dat 'voor niets' doet, terwijl er wél mogelijk schadelijke gevolgen kunnen optreden. □

#### Literatuur

1. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Br Med J* 1981; 282: 1847-51.
2. Boot CPM. Conclusies uit interventieonderzoeken. *Medisch Contact* 1987; 42: 1471-3.
3. MacMahon SW et al. The effects of drug treatment for hypertension on morbidity and mortality from cardiovascular disease: a review of randomized controlled trials. *Progress Cardiovasc Dis* 1986; 29 (Suppl 1): 99-118.
4. Boot CPM. Is behandeling van hoge bloeddruk zinvol? *Medisch Contact* 1987; 42: 1311-4.
5. Boot CPM. Is opsporing van hoge bloeddruk zinvol? *Medisch Contact* 1987; 42: 1338-42.
6. Hypertension Detection and Follow-up Program Coopera-

7. Amery A et al. Mortality and morbidity results from the European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly Trial. *Lancet* 1985; i: 1349-54.
8. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in hypertension. II. Results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mm Hg. *JAMA* 1970; 213: 1143-52.
9. Medical Research Council Working Party. MRC trial of treatment of mild hypertension: principal results. *Br Med J* 1985; 291: 97-104.
10. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial. Risk factor changes and mortality results. *JAMA* 1982; 248: 1465-77.
11. Wilcox RG et al. Treatment of high blood pressure: should clinical practice be based on results of clinical trials? *Br Med J* 1986; 293: 433-7.
12. Birkenhäger WH, de Leeuw PW. Hoge bloeddruk: wel of niet ingrijpen? Het gebied tussen 90 en 105 mm Hg diastolische druk. *Hartbulletin* 1985; 16, Suppl I: 2-4.
13. Helgeland A. Treatment of mild hypertension: a five year controlled drug trial. The Oslo Study. *Am L Med* 1980; 69: 725-32.
14. Brown MJ, Brown J. Does angiotensin-II protect against strokes? *Lancet* 1986; ii: 427-9.
15. Ree J van et al. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. II. Resultaten op langere termijn bij de behandeling van hypertensie. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 53-8.
16. Boot CPM. Preventief handelen in de huisartspraktijk niet automatisch effectief, veilig en zinvol. *Medisch Contact* 1987; 42: 1613-5.
17. Australian National Blood Pressure Study Management Committee. A report by the management committee. Untreated mild hypertension. *Lancet* 1982; i: 185-1.
18. Boot CPM. Risicofactoren voor coronaire hartziekten. Screening en interventie in een huisartsenpraktijk. Proefschrift Leiden, 1979.
19. US Public Health Service Hospitals Cooperative Study Group. McFate Smith W. Treatment of mild hypertension.

- Results of a ten-year intervention trial. *Circ Res* 1977; 40, Suppl I: 98-105.
20. Boot CPM. Heeft meting en beïnvloeding van meer dan één risicofactor zin? *Medisch Contact* 1987; 42: 1407-9.
21. Boot CPM. Preventietherapie. *Medisch Contact* 1987; 42: 1436-7.
22. Gezondheidsraad. Advies inzake hypertensie. No 1983/2.
23. Weinstein MC, Stason WB. Economic considerations in the management of mild hypertension. *In: Mild hypertension: to treat or not to treat. Ann NY Acad Sci* 1978; 304: 424-36.
24. Haynes RB et al. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. *N Eng J Med* 1978; 299: 741-4.
25. Steward IMcDG. Headache and hypertension. *Lancet* 1953; i: 1261-6.
26. Croog SH et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *N Eng J Med* 1986; 314: 1657-64.
27. Miettinen T et al. Multifactorial primary prevention of cardiovascular diseases in middle aged men. *JAMA* 1985; 254: 2097-102.
28. Toth PJ, Horwitz RI. Conflicting clinical trials and the uncertainty of treating mild hypertension. *Am J Med* 1983; 75: 482-8.

H. N. Plomp, *Bedrijven en bedrijfsgezondheidsdiensten*. VU-uitgeverij, 1987. ISBN 90 6256 562 x. 277 blz. Prijs: f 45,—

Na reeds meerdere publikaties van H. N. Plomp over bedrijfsgezondheidszorg in Nederland, onder meer over werknemers en bedrijfsgezondheidsdiensten (BGD'en), nu de studie over het verloop en de determinanten van professionaliseringsprocessen in organisaties: een boek over de rolpartners binnen bedrijven ten aanzien van bedrijfsgezondheidsdiensten.

Het boek valt in twee onderdelen uiteen: ten eerste een bewerking van semi-gestructureerde interviews met verschillende niveaus binnen veertien bedrijven (PZ, OR, VD, afdelingshoofden en directies) over hun betrokkenheid bij de BGD. Uit dit systematisch opgezette overzicht krijgt de lezer gemakkelijk een negatief beeld van de bedrijfsgezondheidszorg in Nederland: Dit wordt slechts ten dele weggenomen, doordat de schrijver het onderzoek als niet representatief omschrijft — een overigens logische conclusie als van de in totaal 33 benaderde bedrijven minder dan 50% deelneemt!

Of het veelvuldig gebruik maken van citaten van geïnterviewden bijdraagt tot de overzicht-



telijkheid van de studie, is twijfelachtig. Verder is het aan de lezer om te oordelen of de statistische methodieken, losgelaten op de verkregen gegevens, inderdaad leiden tot significante signalen en betrouwbare correlatiecoëfficiënten.

Uw aandacht wil ik echter vooral vragen voor het tweede deel van het boek, waarin het onderzoek in een veel breder perspectief wordt geplaatst en waarin de schrijver komt tot een overzichtelijke, goed leesbaar bijdrage over het onderwerp 'professionals en professionele organisaties'. De huidige professional, vroeger vaak geëerd vanwege zijn exclusieve deskundigheid, moet zijn rol nu leren onderscheiden in die van expert, van begeleider-adviseur en van organisatiegenoot. Bij de grote veranderingen in de maatschappij, dus ook in het bedrijfsleven, treden onherroepelijk verschuivingen binnen deze facetten op. De ware professional zal worden gekenmerkt als diegene die deze rollen kan herkennen, combineren en situatieafhankelijk weet in te vullen.

Het staat daarbij vast dat deze positie ook zijn weerklank vindt in de professionele organisatie: in het verleden in een passieve externe omgeving, veelal met een sterk accent op uitvoerende werkzaamheden, grote autonomie van de professionele uitvoerenden en slechts een beperkte voorwaarden scheppende speelruimte voor het management, nu op weg naar een actief anticiperende, dienstverlenende organisatie waar probleemgericht strategisch handelen de overhand heeft. Dit moet onder andere tot uitdrukking komen in grotere marktgerichtheid, minder discipline-functiegerichtheid, beoordeling van kwaliteit en een krachtiger management waarbij interne en externe eisen op elkaar worden afgestemd: een situatie, ver verwijderd van de medische maatschapscultuur.

Afgezien van soms matig onderbouwde meningen en aanbevelingen die zeker niet nieuw zijn in den lande, toch een boek dat de lezer tot nadenken stemt over het kader van de (eigen) werksituatie. Daarom het lezen waard, zowel voor werkers binnen de bedrijfsgezondheidszorg als voor hen die werkzaam zijn binnen andere professionele samenwerkingsverbanden.

J. J. van IJssel

# Nederland en het 'managed care'-concept

## Onderzoekt alle dingen en behoudt het goede

Recent hebben Sprij en Casparie in dit tijdschrift aandacht gevraagd voor het zogeheten 'managed care'-concept<sup>1</sup>. De discussie over het Nijmeegse experiment van Boerema sluit hierbij aan<sup>2</sup>. Sprij en Casparie vragen zich af in hoeverre Nederland iets van de Amerikaanse ervaringen met 'health maintenance organizations' (HMO's) kan leren. Bij de HMO's gaat het volgens hen vooral om de verwijzing naar de specialist, de opname en de verpleegduur, en wel om redenen van doelmatigheid, kostenbeperking en kwaliteitsbewaking.

Voor een goed begrip dient allereerst nader te worden ingegaan op een aantal essentiële verschillen tussen de Nederlandse en de Amerikaanse gezondheidszorg. De Amerikaanse gezondheidszorg wordt gekenmerkt door het vrij toegankelijk zijn van de tweede lijn en door het werken van specialisten in de eerstelijnszorg. Een deel van de eerstelijnszorg wordt door 'family doctors' geboden. Dit is echter een relatief recente ontwikkeling, die is voortgekomen uit het besef dat de opsplitsing van de eerste lijn in specialismen (inwendige geneeskunde, kindergeneeskunde, gynaecologie) noch effectief noch efficiënt is. Ook het ontbreken van een gezinsgeneeskunde was een stimulans om de 'family practice' nieuw leven in te blazen. Zo is het huisbezoek in de VS vrijwel obsoleet geworden. Het gemis aan continue en persoonsgerichte zorg werd als een ernstige leemte ervaren. Een belangrijk punt – ook door Sprij en Casparie vermeld – is het grote risico van een 'malpractice claim'. Deze claims kunnen zeer hoog oplopen en voor ons onbegrijpelijke vormen aannemen. Een en ander werkt het toepassen van een zogenoemde defensieve geneeskunde sterk in de hand. Juist uit het bewustzijn dat de zorg die werd geboden ineffectief en inefficiënt was werd de HMO-gedachte ontwikkeld.

Bovenstaande gegevens leiden tot de conclusie dat het werken van specialisten in de eerste lijn niet zozeer een kenmerk is van de HMO 'health maintenance organization', maar een kenmerk van de Amerikaanse gezondheidszorg. Daarbij is het opvallend dat veel HMO's het in Nederland bekende systeem van de 'gatekeeper' hebben ingevoerd; dat wil zeg-

### R. A. de Melker

*Welke kans maakt het 'managed care'-concept in Nederland? De Utrechtse hoogleraar in de huisartsgeneeskunde Dr. R. A. de Melker belicht de sterke en de zwakke kanten van het gezondheidszorgsysteem in ons land. Daarna kijkt hij naar de overkant: wat kunnen we in het licht van het voorgaande leren van de 'health maintenance organizations' (HMO's) in de Verenigde Staten? Een vergelijkend onderzoek tussen twee soorten badwater, zo te zeggen.*

gen: de patiënt kan alleen via 'primary care physician' naar de specialist.

Aan intercollegiaal overleg en 'peer pressure' wordt terecht veel waarde gehecht. Of de kracht van een HMO ligt in het bijeenbrengen van artsen van verschillende disciplines – zoals Sprij en Casparie stellen – is daarbij de vraag. Het begrip 'multidisciplinair' roept overigens misverstanden op. In ons eerstelijnsstelsel denken we bij 'multidisciplinaire samenwerking' aan een team van eerstelijnsverpleegkundigen, maatschappelijk werker en fysiotherapeut, naast de huisarts. Het lijkt gewenst dit eerstelijnssteam in stand te houden, gezien de aard van de eerstelijnsgezondheidsproblemen.

In dit artikel wil ik nagaan in hoeverre het voor ons land zinvol is de HMO-gedachte over te nemen, en wel tegen de achtergrond van in ons systeem geconstateerde problemen. Deze analyse is noodzakelijk om een overzicht te krijgen van de zwakke en sterke kanten van ons systeem. Zouden we dit nalaten, dan zouden we het gevaar lopen het kind met het badwater weg te gooien en oplossingen te kiezen die niet op de zwakke kanten zijn afgestemd.

### STERKE EN ZWAKKE KANTEN

Een van de opvallendste kenmerken van ons gezondheidszorgsysteem is de selecterende zeeffunctie van de huisarts: de huisarts vormt in principe de toegangs-

poort tot het ziekenhuis. Een tweede essentieel aspect is het feit dat een huisarts een vaste lijst van patiënten heeft en dat de meeste gezinsleden bij een huisarts zijn ingeschreven; hierdoor is continue, gezinsmatige, persoonsgerichte zorgverlening in principe mogelijk gemaakt. Als eerstelijnsarts vervult de huisarts een 'intake'-functie. Uit internationale contacten blijkt dat dit aspect als een zeer belangrijk voordeel wordt beschouwd. Veel landen benijden ons om deze situatie. Zo heeft een van de grondleggers van de Nederlandse huisartsgeneeskunde, Huygen, in de Verenigde Staten grote bekendheid gekregen door zijn boek 'Family Medicine'. Dat bovengenoemde functies niet optimaal functioneren doet niets aan de betekenis ervan af, maar is wel een reden om verbeteringen aan te brengen. In het bijzonder de selecterende zeeffunctie is sterk ondergraven.

Ons systeem kent ook zwakke kanten. In de eerste plaats is er de scherpe scheiding tussen eerste- en tweedelijnszorg; zo heeft de specialist geen invloed op de verwijzing en heeft omgekeerd de huisarts geen of weinig invloed op dat wat er na een verwijzing gebeurt.

Beide zorgsystemen functioneren min of meer los van elkaar. De afstand tussen huisartsen en specialisten leidt onder meer tot negatieve beeldvorming van huisarts en specialist ten opzichte van elkaar, communicatieproblemen en discontinuïteit. Een tweede zwak punt is het ontbreken van voldoende prikkels om efficiënt en effectief te werken: omdat de huisarts een abonnementshonorarium heeft, is er geen stimulans voor hem om patiënten zelf te behandelen.

### FALENDE ZEEFFUNCTIE

Er zijn veel tekenen die wijzen op het falen van de selecterende zeeffunctie.

In de eerste plaats blijkt dat er grote verschillen in verwijscijfers bestaan die niet door structurele variabelen kunnen worden verklaard, maar die vooral berusten op taakopvatting en taakbreedte<sup>3,4</sup>. Uit onderzoek is gebleken dat er met betrekking tot ziekenfondspatiënten een samenhang bestaat tussen verwijzen en opnamecijfers van huisartsen. Een patiënt van een huisarts met een relatief hoog verwijscijfer heeft dan ook relatief

meer kans om in een ziekenhuis te worden opgenomen vergeleken met een patiënt van een huisarts met een relatief laag verwijscijfer<sup>5</sup>. Ook is gebleken dat de verschillen vrijwel wegvallen als alleen naar de ernstige ziekten wordt gekeken. De verschillen met betrekking tot verwijscijfers betreffen met andere woorden vooral niet-ernstige patiënten; speciaal de internist blijkt bij deze patiënten eerder meer dan minder onderzoek uit te voeren. Dit betekent dat *méer* verwijzen veelal *onnodig en overbodig* verwijzen inhoudt<sup>4</sup>. Dit is niet alleen inefficiënt, maar ook ineffectief, omdat het relatief vaak om functionele stoornissen gaat. Overbodig onderzoek is dan zeker schadelijk vanwege de grote kans op somatisering. Functionele stoornissen zullen in het algemeen het best binnen de eerste lijn kunnen worden behandeld. De medische benadering is immers ineffectief, omdat het niet zozeer gaat om de oorzaak van ziekten als wel om de beleving, betekenis en inzicht bij patiënt en omgeving. Binnen de eerste lijn zal bijvoorbeeld de huisarts proberen de samenhang klacht-leefwijze met de patiënt te verhelderen. Het zoeken naar medische verklaringen vormt dan een belemmering voor het verkrijgen van inzicht bij de patiënt. Juist de eerste lijn is vertrouwd met methoden als vraagverheldering, ingaan op klachtbeleving, de dagboekmethode en andere vormen van exploratie.

Het grootste 'lek' betreft niet de actieve, maar *passieve verwijzingen*, verwijzingen waar de huisarts in de praktijk weinig invloed op uitoefent, bijvoorbeeld herhaalkaarten en achterafverwijskaarten. Van het verwijsperscentage met betrekking tot verwijzingen naar interne specialisten betreft 60% een herhaalkaart<sup>6</sup>. Dit leidt tot de conclusie dat het inefficiënt gebruik van ziekenhuiszorg vooral berust op het feit dat veel patiënten langdurig onder specialistische behandeling blijven, ook als het niet-ernstige ziekten betreft die door de huisarts ook of zelfs beter kunnen worden behandeld. Een van de belangrijkste oorzaken van dit verschijnsel is het ontbreken van financiële prikkels, zowel bij de huisarts als bij de specialist, om de patiënt terug te verwijzen.

Een tweede belemmerende factor is de vrijblijvendheid van de huisarts ten opzichte van de specialist waar het gaat over *taakopvatting en taakbreedte*. Uit onderzoek is gebleken dat veel specialisten patiënten onder controle houden

omdat ze niet zeker zijn dat de huisarts na terugverwijzing een adequate behandeling zal willen instellen. Het is bekend dat sommige huisartsen patiënten met diabetes mellitus, hypertensie en dergelijke wél, en andere huisartsen patiënten met dergelijke aandoeningen niet zelf willen behandelen. Ook de deskundigheid is niet uniform. Zeker als de specialist de huisarts niet kent, zal hij er door de negatieve beeldvorming van uitgaan dat de patiënt beter bij hemzelf onder controle kan blijven. Negatieve beeldvorming is zowel oorzaak als gevolg van communicatie-stoornissen tussen huisarts en specialist. Door deze vicieuze cirkel blijft het bestaande patroon in stand en is het moeilijk te doorbreken<sup>7,8</sup>. Door samenwerkingsvormen als diagnostische raadpleging, consultatie, consultatieve verwijzing en gezamenlijke behandeling worden eerste en tweede lijn beter op elkaar afgestemd<sup>7,9</sup>.

## WAT KUNNEN WE LEREN?

Wat kunnen wij in Nederland nu van de Amerikaanse HMO's leren? Sprij en Casparie noemen vier punten die voor de Nederlandse situatie van belang zijn. Ik zal ze één voor één bespreken.

### 1. Multidisciplinaire groepspraktijk

Het bij wijze van experiment invoeren van een multidisciplinaire groepspraktijk zou in de Nederlandse situatie betekenen dat het bestaande kernteam (huisarts, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werkende, soms fysiotherapeut, en verloskundige) met medische specialisten zou worden uitgebreid.

Sprij en Casparie gaan niet nader op de voordelen in. Het *intercollegiaal overleg* wordt terecht van groot belang genoemd, maar is in principe ook door huisartsen onderling mogelijk. Men zou kunnen veronderstellen dat toevoeging van medische specialisten tot verdieping kan leiden, met name ten aanzien van het somatische handelen. Ook kan gedacht worden aan bijscholing van kennis en vaardigheden van de huisarts. Omgekeerd zouden specialisten meer inzicht in de eerstelijnsproblemen en de werkwijze van de huisarts krijgen; zo zou de KNO-arts de huisarts adequaat KNO-onderzoek kunnen leren, de huisarts de specialist de geïntegreerde benadering.

Een tweede belangrijk voordeel is het overbruggen van de bestaande afstand tussen eerste lijn en ziekenhuis. Het door mij gepropageerde gedifferentieerde ver-

wijssamenwerkingsstelsel zou mogelijk worden<sup>9</sup>, specialistische hulp zou dichterbij de patiënt worden gebracht. Bij een goede taakverdeling zou een groot aantal chronische patiënten met hypertensie, CARA, diabetes mellitus en dergelijke in de eerste lijn kunnen worden behandeld. Ook zou de diagnostiek kunnen worden uitgebreid; men denke aan endoscopie, longfunctieonderzoek, ECG. Dit betekent: een diagnostisch centrum in de eerste lijn.

Naast mogelijke voordelen zijn aan een dergelijk experiment ook risico's verbonden. Door nieuwe hulpverleningsvormen in de eerste lijn aan te bieden vergroot men het aanbod en dus ook de vraag naar hulp. Dit risico is zeker groot indien de specialist zijn werkwijze, die op een relatief grote kans op ernstige ziekten is afgestemd, binnen de eerste lijn zou toepassen en op de huisarts zou overdragen. Dit zou tot verdere vermediëring en somatisering leiden en ons systeem juist nog ondoelmatiser maken. Dat dit risico niet denkbeeldig is, is gebleken bij het experiment met het Diagnostisch Centrum Oudenrijn. Bij de opening daarvan heb ik gesteld dat door onvoldoende doordenking en onvoldoende voorbereiding de gewenste substitutie niet zou optreden. Inderdaad bleek dat huisartsen wel meer onderzoek uitvoerden, maar dat het aantal verwijzingen niet afnam; bij veel consultaties werd toch verwijzing voorgesteld, zodat het centrum een nieuw vangnet voor het ziekenhuis werd. Er is dus alle reden om er bij elk experiment voor te zorgen dat er geen nieuwe vraag om hulp wordt opgeroepen. Verder is het gewenst dat de voordelen van ons stelsel behouden blijven en worden uitgebreid. In concreto gaat het om het volgende:

- De huisarts behoudt de 'intake' en de selecterende zeeffunctie. Anders gezegd: de specialist is niet vrij toegankelijk voor de patiënt. De taak van de specialist is ondersteunend, consultatief en gericht op de huisarts. Ook Verstegen noemt deze voorwaarden in zijn artikel in Medisch Contact<sup>2</sup>.

- Er moet een vertrouwensrelatie tussen huisartsen en consulenten bestaan. De specialist zal zich met de eerstelijns situatie vertrouwd moeten maken, bijvoorbeeld door een aantal dagen met de huisarts mee te lopen.

- Er zullen werksafspraken en protocollen voor het handelen van huisarts en specialist moeten worden ontwikkeld. De onderlinge taken moeten daarbij duidelijk worden afgebakend en omschre-

ven. Hoewel een zekere overlap van taken juist nodig is om de bestaande afstand te overbruggen moet anderzijds de doelmatigheid worden bewaakt. Dat de huisarts de 'intake'- en selectiefunctie vervult is noodzakelijk, omdat de werkwijze van de huisarts op de eerstelijnsproblemen is afgestemd. Uit onderzoek is gebleken dat de zogeheten geïntegreerde werkstijl met relatief lage verwijfs- en voorschrijfcijfers gepaard gaat<sup>4</sup>. Ook is dit van belang uit het oogpunt van continue zorg voor patiënt en gezin.

Op deze wijze worden voordelen van ons systeem behouden en met nieuwe uitgebreid.

## 2. Kostenbewustzijn

Het benutten van 'incentives' als financiële prikkels kan een doelmatige zorg zeker bevorderen. Thans kent de huisarts geen prikkel om zijn taak uit te voeren of met nieuwe taken uit te breiden. Terecht merken Sprij en Casparie op dat de prikkels niet te groot moeten zijn. Het eerder genoemde intercollegiaal overleg, kwaliteitsbewaking en werkafspraken zijn eveneens kenmerkend voor een kostenbewust milieu.

## 3. Informatiesysteem en coördinator

Het ontwikkelen van een informatiesysteem is van groot belang. Monitoring geeft mogelijkheden voor 'feed-back' op medisch handelen. Productiegegevens zijn goede indicatoren voor kwaliteit van zorgverlening. Zo is uit onderzoek gebleken dat verwijfs- en voorschrijfcijfers stabiele indicatoren voor het beoordelen van de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen zijn. Naast productiegegevens is registratie en bewaking van verwezen en opgenomen patiënten van belang, niet alleen om de doelmatigheid te bewaken maar ook om de huisarts de gelegenheid te geven na verwijzing contact met patiënt en behandelend specialist te laten houden.

Zelf heb ik bij herhaling het grote belang van ziekenhuisbezoek door de huisarts benadrukt. Behalve dat hij informatie kan geven aan patiënten en kan helpen bij het opvangen van emoties, kan de huisarts een brug vormen tussen het thuismilieu en het ziekenhuis; daarbij gaat het om zaken als het informeren van gezinsleden en de voorbereiding van ontslag in het eerstelijns team en thuis<sup>10</sup>. Het is de vraag of de coördinator deze taken kan vervullen: het lijkt beter dat zijn taak

beperkt blijft tot bewaking en coördinatie.

## 4. Systeem van kwaliteitsbewaking

Het bewaken van de kwaliteit van de zorg is een essentieel onderdeel van het 'managed care'-concept. Het is de garantie voor een doeltreffende en doelmatige zorg.

In dit verband wil ik één, niet onbelangrijke kanttekening plaatsen. Het is een bekend misverstand dat de normen voor medisch handelen van de huisarts zonder meer aan de ziekenhuiszorg kunnen worden ontleend. Dat dit een misverstand is, is goed in te zien aan de hand van klinisch-epidemiologische overwegingen. In de eerste lijn gelden andere a priori-kansen, en er is sprake van een totaal ander morbiditeitspectrum; de werkwijze van de huisarts is dan op deze situatie afgestemd.

Inmiddels zijn er normen voor het huisartsgeneeskundig handelen ontwikkeld. Het gaat daarbij om vier dimensies, te weten: adequaat somatisch handelen, adequate aandacht voor relevante psychosociale factoren en klachtbeleving, alsook het voorkomen van onnodige schade, inclusief somatische fixatie. Gebleken is dat de huisarts het meest effectief en het meest efficiënt hulp biedt met een zogeheten integrerende benadering. Hieronder verstaan we dat de huisarts vanaf het eerste contact relevante somatische en psychosociale factoren als gelijkwaardig beschouwt wat de aandacht betreft die hij aan elk van beide besteedt. In tegenstelling tot de klinische benadering werkt de huisarts hypothese-gestuurd. De hypothesen waar de huisarts mee werkt zijn beschrijvend en dragen een voorlopig karakter. In plaats van een diagnostisch label formuleert de huisarts een probleemdefinitie; deze omvat de hulpvraag, één of meer werkhypothesen en de prognose. Deze werkwijze is van belang om een brede exploratie van klachten mogelijk te maken.

Een belangrijk aspect van kwaliteit betreft de preventie, dat wil zeggen zaken als gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en vroegdiagnostiek. Daarbij gaat het om anticiperende geneeskunde: 'case-finding' los van de gepresenteerde klachten en gericht op risicogroepen. De vorm die dit in de VS heeft gekregen, te weten die van de 'check-up', is strijdig met de efficiency en met de preventie van somatische fixatie.

Patiëntensatisfactie betekent binnen de eerste lijn onder meer aandacht voor de

hulpvraag, eigen ideeën over de klacht en verwachtingen ten aanzien van de hulpverlening. Daarnaast is bereikbaarheid, toegankelijkheid en continuïteit van belang. In concreto kan worden gedacht aan een goede opvang door de praktijkassistente, avondspreekuur, meer dan één telefoonlijn, etc. Ook een eventuele uitbreiding van diagnostisch-therapeutische mogelijkheden kan voor satisfactie van belang zijn; gedacht kan worden aan ECG-service, endoscopie, longfunctieonderzoek, het voorschrijven van brillen.

Tot de 'vermijdbare aandoeningen' dient ook de preventie van somatische fixatie te worden gerekend.

## ONVOLDOENDE ANTWOORD

Het onvoeren van het 'managed care'-concept is niet een voldoende antwoord op de problemen in de eerste lijn. Het proces van emancipatie van de huisartsgeneeskunde is niet voltooid. Op de gebieden van opleiding, research en honorering is de huisarts nog geen volwaardige partner van de specialist.

Ten eerste zal de huisartsgeneeskunde goed moeten zijn omschreven en goed moeten zijn onderbouwd. De LHV heeft de functie en taak van de huisarts omschreven. De vakgroepen huisartsgeneeskunde hebben een aantal protocollen ontwikkeld. Het NHG is actief in het ontwikkelen van standaards. Bij deze activiteiten blijkt dat nog huisartsgeneeskundig relevante kennis ontbreekt. Te vaak wordt deze aan de klinische situatie ontleend. Met name bij gewone ziekten met een laag verwijfspercentage is het risico van selectie 'bias' groot. Huisartsgeneeskundige kennis vereist *patiëntgebonden onderzoek* van volledige ziekte-episoden. Het gaat daarbij om kennis van het natuurlijke beloop van ziekten, prognostische criteria en interventie- en effectiviteitsstudies. Dit onderzoek verdient een hoge prioriteit teneinde het handelen in de praktijk van de huisarts wetenschappelijk te onderbouwen.

Ten tweede zijn verbeteringen voor het uitvoeren van taken nodig. Hierbij wordt gedacht aan de invoering van een driejarige beroepsopleiding tot huisarts door het College voor Huisartsgeneeskunde voorgesteld. Helaas is dit voorstel door een veto van de staatssecretaris getroffen; voorlopig zal de opleiding twee jaar duren. Het honoreringssysteem zal voor alle huisartsen moeten worden aangepast. Daarbij gaat het om het invoeren van financiële prikkels voor het vervul-

len van bepaalde functies, zoals preventie, zorg voor chronische zieken, kleine chirurgie en samenwerking met de tweede lijn. In concreto zou het invoeren van het gemengde honoreringssysteem een oplossing zijn; dit systeem blijkt in Denemarken en Groot-Brittannië goed te werken. Ook het hier beschreven gedifferentieerd samenwerkingsstelsel is van belang voor alle huisartsen. De huisarts zal zich in de toekomst actiever tegenover de tweede lijn moeten opstellen.

## SAMENVATTING

Het invoeren van het 'managed care'-model is, mits die invoering onder bepaalde voorwaarden geschiedt en mits goed voorbereid en begeleid, als experiment de moeite waard. Het is geen panacee voor de achterstand van de huisarts-geneeskunde. De bestaande voordelen van ons systeem: de huisarts als gezinsarts, die continue zorg geeft, moet worden verbeterd maar niet ondergraven. Het kind moet niet met het badwater worden weggegooid. Onze slotconclusie luidt dan ook: onderzoek alle dingen en behoud het goede. □

## NIET ROKEN

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

### Literatuur

1. Sprij B, Casparie AF. Van 'health maintenance organization' naar 'managed care'-concept. Medisch Contact 1987; 42: 1597-1600.
2. Verstegen MCG. Misverstanden rond het 'Nijmeegse experiment'. Medisch Contact 1987; 42: 1601-3.
3. Dopheide JP. Verwijzingen door de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut; 1982.
4. Mookink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van de huisarts. Dissertatie Nijmegen, 1986.
5. Huygen FAJ, Melker RA de. Over het verwijzen door de huisarts. Medisch Contact 1973; 28: 1299-1302.
6. Kuyvenhoven M, Melker RA de. Verwijzen naar interne en chirurgische specialismen. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 365-9.
7. Melker RA de. Selecterende zeeffunctie: feit of fictie? The Practitioner (Ned) 1985; 2: 541-2.
8. Jacobs HM, Melker RA de, Touw-Otten FWMM. De taakafbakening van het professionele handelen tussen huisarts en specialist In: Es JC van et al (red). Het Medisch Jaar 1985. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema 1985: 50-8.
9. Jacobs HM, Melker RA de. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten in relatie tot de kwaliteit van hulpverlening. UHinform 5, 1983.
10. Melker RA de. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Dissertatie Nijmegen, 1973.

# PRAKTIJKPERIKELLEN

## Progressief gebleven

*De patiënt heeft longkanker. Curatief kan de behandelend longarts hem niets meer bieden. Hij zoekt zijn hulp bij een alternatief genezer, die hem verzekert dat hij kan worden genezen. De zich dokter noemende homeopaat-heilpraktiker, neuuraal- en celtherapeut, electro-acupuncturist, Doctor of Medicine werkt bij een Stichting Vrije Universiteit voor Progressieve Geneeskunde. Het maakt indruk. Bij het eerste consult (f 175,—) wordt de patiënt in een soort flipperkast 'doorgemeten'; hij moet wekelijks terugkomen voor behandeling (f 290,—) en krijgt regelmatig een doos vol pillen, dranken en ampullen mee (f 800,— á f 1.200,—). Gesteld wordt dat hij met de handtekening van de huisarts vergoeding achteraf kan krijgen van het ziekenfonds. Hoewel hij zichtbaar achteruitgaat, wordt hem iedere keer verteld dat het lichaam in de strijd tegen de ziekte grote vorderingen maakt. Een week voor zijn overlijden vindt het laatste consult plaats.*

*Patiënt was een eerlijk man. Hij betaalde steeds contant. Om aan zijn verplichtingen te kunnen voldoen had hij een lening gesloten bij de bank. Toen hij overleed had hij een schuld van f 8.000,— aan de bank. In vier maanden 'behandeling' had hij circa f 12.000,— betaald aan zijn 'wonderdokter'.*

*De patiënt is overleden, de familie verslagen. Een klacht zullen ze niet indienen. De hulpverlening voelt zich machteloos. Het ziekenfonds probeert te bemiddelen om een regeling te treffen; een wettelijke grond voor vergoeding is niet aanwezig. De Stichting Vrije Universiteit voor Progressieve Geneeskunde heet nu Progressief Medisch Centrum en kan ongestraft doorgaan met deze schandalige praktijken.*

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



# Maatschappelijk werk in het ziekenhuis en taak voor de regio

## Een experiment in het St. Antoniusziekenhuis te Nieuwegein

Het St. Antoniusziekenhuis te Nieuwegein is een groot ziekenhuis (564 bedden), dat een belangrijke functie vervult voor het oosten, zuiden en zuidwesten van de provincie Utrecht, alsmede voor de stad Utrecht. Op het gebied van de hart-, vaat- en longziekten heeft het ziekenhuis een bovenregionale functie. Binnen het St. Antoniusziekenhuis functioneert een maatschappelijk-werkteam, dat bestaat uit zeven maatschappelijk werkers (4,6 'hele' banen). Het maatschappelijk-werkteam houdt zich bezig met ondersteuning en begeleiding van psychosociale problemen van patiënten, met concrete dienstverlening (bijvoorbeeld hulp bij het invullen van formulieren) en bemiddeling (bijvoorbeeld bemiddeling om bij thuiskomst gezinshulp te verkrijgen, om opname in een verpleegtehuis te regelen, etc.). Als zodanig vormt het team een belangrijke schakel tussen het ziekenhuis en de extramurale zorg. Om een goede nazorg te garanderen is zowel veelvuldig als goed contact met gezins- en bejaardenzorg, verpleeg- en reactiveringscentra, herstellingsoorden, instellingen voor maatschappelijk werk, regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RI-AGG), GG&GD, huisartsen en wijkverpleging vereist.

### VOORGESCHIEDENIS

Tot oktober 1985 werkten de maatschappelijk werkers voornamelijk op een eigen afdeling. Ieder was verantwoordelijk voor de aanvragen van zijn eigen specifieke verpleegafdelingen (Heelkunde, Interne Geneeskunde, Longen, etc.) en nam daar deel aan de wekelijkse patiëntenbespreking. Bij deze wekelijkse patiëntenbespreking zijn aanwezig: arts, verpleegkundigen, fysiotherapeut(en) en maatschappelijk werkers; alle patiënten van die afdeling worden medisch, verpleegkundig en maatschappelijk doorgeproken.

Daar op elke afdeling mensen uit verschillende plaatsen liggen, die ieder hun eigen huisarts en diverse hulpinstellingen kennen, bleek het niet realiseerbaar persoonlijk contact te krijgen met de diverse

Corry Bongenaar,  
Miriam Bots,  
Ina Bruins en  
Anna Roessingh

*In het St. Antoniusziekenhuis te Nieuwegein was het maatschappelijk werk tot eind 1985 voornamelijk afhankelijk van aanvragen per verpleegafdeling. Met het oog op een beter contact met de extramurale zorg is men toen gaan experimenteren met een op de regio gerichte werkwijze.*

hulpverleners, wat voor een goede werkbaarheid beter zou zijn. Bovendien is de werkwijze van de verschillende instanties niet identiek: de ene instelling voor gezins- en bejaardenzorg bijvoorbeeld werkt via een vaste 'intake'persoon; een zelfde soort instelling in een andere plaats c.q. regio kent dit systeem weer niet. Deze omstandigheid maakt een goede bekendheid met plaatselijke situaties nog noodzakelijker. Ook omgekeerd: in de eerste lijn wist men nooit welke maatschappelijk werker men moest hebben om meer te weten over patiënten.

Wanneer we de situatie sterk vereenvoudigd voorstellen (figuur, I) met vier fictieve regionale instellingen en vier ziekenhuisafdelingen met een maatschappelijk werker, dan was er sprake van zestien verschillende relaties, waarbij iedere maatschappelijk werker op de hoogte moet zijn van de eigenaardigheden van alle vier de regionale instellingen. Onnodig te zeggen dat de werkelijkheid een stuk gecompliceerder was. Deze situatie werd des te klemmender naarmate een steeds kortere opname-duur en een door bezuinigingen ingegeven drang tot substitutie van intramurale zorg door extramurale zorg een grotere druk legden op goed lopende ontslagprocedures. Om dit te bewerkstelligen was het voor het maatschappelijk werkteam belangrijk beter contact te krijgen met de extramurale zorg en een beter inzicht te

krijgen in de mogelijkheden en onmogelijkheden van deze zorg.

In oktober 1985 zijn de maatschappelijk werkers van het St. Antoniusziekenhuis gestart met het zogenoemde regionalisatieproject. Dit houdt in dat de vier maatschappelijk werkers (2,5 full-time equivalenten) die op de algemene verpleegafdelingen werkzaam zijn (onder algemene verpleegafdelingen wordt verstaan: alle verpleegafdelingen, uitgezonderd Nierdialyse en cardiologische afdelingen, waaronder Hartrevalidatie) zijn afgestapt van een verpleegafdelingsgerichte werkwijze naar een regiogerichte werkwijze. In concreto betekende dit, dat alle consulten van de diverse verpleegafdelingen en/of specialismen voor maatschappelijk werk uit bijvoorbeeld het gebied Nieuwegein/IJsselstein bij één en dezelfde maatschappelijk werker terecht kwamen.

Zoals uit het middelste deel van de figuur (figuur, II) kan worden afgeleid betekende dit naar buiten toe een sterk vereenvoudigde constructie: het aantal potentiële relaties in ons voorbeeld is afgenomen van zestien tot vier. Voorts hoeft iedere maatschappelijk werker slechts contacten te onderhouden met een kwart van het oorspronkelijke aantal instanties.

Deze werkwijze heeft echter wel consequenties van de interne organisatie: het ziekenhuis is romdom de verpleegafdelingen georganiseerd. Het probleem dreigde zich nu naar binnen te richten: in plaats van met alle regionale instellingen diende iedere maatschappelijk werker nu met iedere afdeling contact te onderhouden, alle afdelingsvergaderingen bij te wonen etc. Om dit op te lossen is de constructie gehandhaafd dat een vaste maatschappelijk werker de wekelijkse patiëntbespreking bijwoont. De consulten voor maatschappelijk werk die uit deze besprekingen voortvloeien worden daarna overgedragen aan de maatschappelijk werker die verantwoordelijk is voor de regio waaruit de betreffende cliënt komt. Hiermee fungeert iedere maatschappelijk werker als een soort verzamel- en distributiecentrum voor zijn eigen regio (figuur, III).

## WERKWIJZE

Het was belangrijk het regionalisatieplan duidelijk intern, voor alle afdelingen in het ziekenhuis, uit te leggen en te zorgen dat het voor de verpleegkundigen te overzien en werkbaar bleef.

Allereerst werd het plan regiogericht te gaan werken uitvoerig binnen het team besproken. De voor- en nadelen werden tegen elkaar afgewogen. Als groot voordeel zag men dat deze manier van werken kan leiden tot een betere, intensievere samenwerking tussen eerste en tweede lijn (iemand van de 'buitenwacht' weet dan immers wie hij of zij over een bepaalde patiënt kan aanspreken). Een betere afstemming leidt tot een betere aansluiting van de hulp na ontslag op de hulp tijdens de opname. Als nadeel werd gezien, dat deze constructie ten koste kan gaan van de samenwerking met de verpleegkundigen en de zaalartsen: er lopen meer maatschappelijk werkers op één afdeling, iets wat – zeker in het begin – de nodige verwarring kan geven.

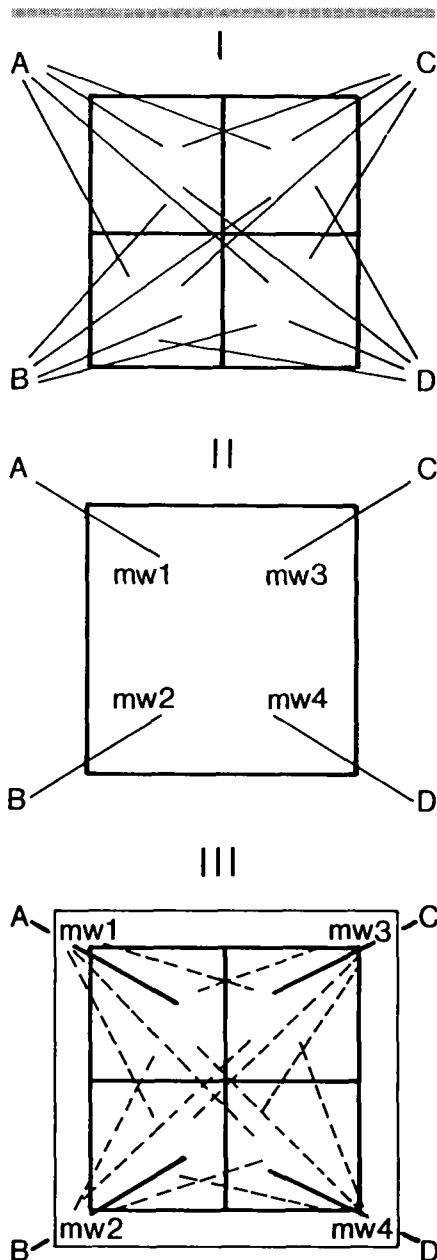
Om de samenwerking met de interne disciplines in het ziekenhuis optimaal te laten verlopen, werd gekozen voor twee vaste *werkoverdrachtpunten*. In de eerste plaats is er de al beschreven patiëntenbespreking met een vaste maatschappelijk werker. Verder worden op een afdeling waar geen patiëntenbespreking plaatsvindt de nodige gegevens over geconsulteerde patiënten door de maatschappelijk werker op een speciaal daarvoor bestemd rose vel in het verpleegrapport genoteerd.

In de maanden die volgden werden de plannen concreet gemaakt:

- Bij de verdeling van de regio's van de maatschappelijk werkers werd de indeling samenwerkingsverbanden maatschappelijk werk-samenwerkingsverbanden kruiswerk gevolgd. Uit de beschikbare gegevens bleek dat het merendeel van de opgenomen patiënten woonachtig was in de regio's Lopikerwaard, Utrecht-Stad, Oost- en Zuidoost-Utrecht en Zuid-Utrecht. Onder deze regio's werd een verdeling gemaakt. Patiënten die niet uit bovengenoemde regio's kwamen zouden onder de eerdergenoemde vaste maatschappelijk werker van de afdeling vallen.

- Daarnaast werd er een verdeling gemaakt van verpleegafdelingen. Iedere verpleegafdeling heeft haar vaste maatschappelijk werker; deze is en blijft de aanspreekbare persoon.

- Medio oktober 1985 hebben de maatschappelijk werkers zichzelf voorgesteld



Figuur

door middel van een brief met foto en is een uitleg van het project gegeven aan huisartsen, maatschappelijk werkers en leiders van de gezins- en bejaardenzorg in de regio's.

- Eind oktober is er zo'n zelfde brief uitgegaan, met foto, naar specialisten en (sub)-hoofden van alle verpleegafdelingen in het ziekenhuis. Met de verplegingsdienst werd afgesproken dat men na zo'n half jaar aanwezig zou zijn bij de hoofdenvergadering om ervaringen uit te wisselen.

- Om te zorgen voor een goede onderlinge communicatie en een goede overdracht zijn praktische afspraken ge-

maakt, zoals: zo duidelijk en zo volledig mogelijk de dossierkaarten bijschrijven (als het gaat om de 'regelklussen'); bij patiëntenbesprekingen zorgt de regio maatschappelijk werker ervoor dat de stand van zaken bekend is bij de vaste maatschappelijk werker.

- Er werd een aparte map aangelegd, waarin alles over het project kon worden opgeborgen.

- Het punt 'regionalisatie' zou voorlopig wekelijks op de agenda van de teamvergaderingen worden gezet.

## VERLOOP

Op 1 november 1985 werd het regionalisatieproject officieel. In het begin verliep het niet geheel vlekkeloos. Soms heerste er verwarring onder de verpleegkundigen over de vraag welke maatschappelijk werker een bepaalde regio onder haar hoede had. Het heeft enige nieuwe routines van hen geleverd om bij het aanmeldingsconsult meteen na te gaan waar de patiënt woonachtig is (de introductiebrief met foto was op elke verpleegpost opgeprikt).

Van onze kant moesten we attent blijven op een goede overdracht aan elkaar; ook een collega vertegenwoordigen op de patiëntenbespreking was even wennen. Het kwam namelijk wel eens voor dat een van de maatschappelijk werkers een patiëntenbespreking bijwoonde en letterlijk en figuurlijk met haar mond vol tanden zat, daar onderling geen overdracht had plaatsgevonden en alle nodige informatie ontbrak. Toch doen tijd en ervaring soms wonderen. Door middel van 'feed-back' hierover met elkaar hebben we een redelijk lopende, voornamelijk mondelinge vorm van overdracht gevonden.

In een korte evaluatie met de verpleeghoofden kwam naar voren, dat een aantal verpleegkundigen de komst van meerdere maatschappelijk werkers op één afdeling als rommelig en onrustig heeft ervaren, in het bijzonder ten aanzien van de aanspreekbaarheid en de terugrapportage. Verder werd als oplossing op enkele afdelingen het 'rose vel' in gebruik genomen: de maatschappelijk werker noteert de stand van zaken met betrekking tot een bepaalde patiënt op het rose vel, dat in het verpleegrapport gaat; zowel arts als verpleegkundigen worden op deze manier op de hoogte gehouden. Na verloop van tijd bleken zich hierover geen problemen meer voor te doen; de samenwerking met arts en verpleging verliep over het algemeen prima.

Om een overzicht te krijgen waar de patiënten vandaan kwamen, hebben de maatschappelijk werkers een schema gemaakt, waarop – in kleur – de regio's kunnen worden aangekruist. In april 1986 werd het registratieformulier aangepast aan het regionalisatieproject.

De contacten met de extramurale zorg zijn na een jaar in drie van de vier regio's sterk verbeterd.

– Lopikerwaard. De contacten verlopen plezierig; men weet elkaar te vinden. De maatschappelijk werker heeft inmiddels persoonlijk contact gehad met het algemeen maatschappelijk werk, de instelling voor gezins- en bejaardenzorg, de directie en verpleging van twee bejaardenhuizen en enkele medewerkers van de sociale dienst.

– Utrecht – Stad. De samenwerking is niet zichtbaar verbeterd. De stad Utrecht is niet te vergelijken met een kleinere plaats als Nieuwegein. De maatschappelijk werkers van deze regio hebben een bezoek gebracht aan de drie instellingen voor gezins- en bejaardenzorg om kennis te maken en voor overleg. Aangezien gezins- en bejaardenhulp moeilijk te realiseren was (en is) werd het idee een 'sopkarproject' op te zetten besproken met directie van het ziekenhuis en bovengenoemde instellingen. De bedoeling ervan was dat mensen die met ontslag konden, maar aan wie nog geen hulp via een officiële instelling kon worden geboden, tijdelijk thuis zouden worden geholpen door mensen die bijvoorbeeld een uurtje langsgaan met kar en schoonmaakmiddelen. Schoonmaakartikelen zou het ziekenhuis kunnen leveren. Deze mogelijkheid werd met de directeur van het Arbeidsbureau doorgesproken; conclusie: niet te realiseren.

Van twee basiseenheden van het algemeen maatschappelijk werk is een uitnodiging gekomen voor een nadere kennisgeving.

– De regio's Oost- en Zuidoost-Utrecht en Zuid-Utrecht liggen nogal verspreid. De individuele (meest telefonische) contacten met de eerste lijn lopen heel goed; deze contacten zijn persoonlijker dan vóór de regionalisatie. Op uitnodiging van een huisarts is de maatschappelijk werker naar de 'sociale markt' geweest in Wijk bij Duurstede.

Het moeizame contact met de grote stadsregio Utrecht, gekoppeld aan het feit dat uit deze regio het kleinste aantal verwijzingen kwam, leidde ertoe dat na een jaar de omvang van de regio's werd aangepast.

*Tabel. Aantal cliënten waarover contacten met hulpverleners zijn geweest tijdens de hulpverlening.*

	van 1-10-1984 tot 1-10-1985	van 1-10-1985 tot 1-10-1986
totaal aantal cliënten	137	141
<i>contact maatschappelijk werker tijdens hulpverlening</i>		
huisarts	16	26
wijkverpleging	6	20
gezins/bejaardenzorg	56	58
algemeen maatschappelijk werk	4	12
verpleeghuis	20	22
verzorgingshuis	12	22
indicatiecommissie	12	13
GGZ (ambulant + intramuraal)	5	12
overigen	68	60

In de tabel zijn enige gegevens over de hulpverlening voor en na de regionalisatie in beeld gebracht. Deze gegevens zijn ontleend aan het voltallige cliëntenbestand van een der deelnemende maatschappelijk werkers. Het betreft een aantal cliënten waarover één of meer keren contact is geweest met de genoemde disciplines; het feitelijk aantal contacten bedraagt derhalve een veelvoud van het vermelde aantal. Deze cijfers laten zien dat het absolute en relatieve aantal contacten met huisartsen, wijkverpleegkundigen, het algemeen maatschappelijk werk, verzorgingshuizen en de geestelijke gezondheidszorg is toegenomen. Het aantal contacten met de gezins- en bejaardenzorg en met de verpleeghuizen laat slechts een geringe toename zien, hetgeen wellicht verklaarbaar is uit de noodzaak bij een aantal ontslagen uit de aard der zaak met deze instellingen contact op te nemen, zoals dat vóór de regionalisatie ook al gebeurde.

Meer in concreto kan de volgende *casuïstiek* verhelderend zijn.

a. Eind vorig jaar waren twee oudere vrouwen uit dezelfde regio, in het ziekenhuis opgenomen, ieder op een andere afdeling. Beiden hadden de bemiddelende tussenkomst van het maatschappelijk werk nodig in verband met het terugkeren naar de thuissituatie.

In de nieuwe situatie werden deze twee aanvragen door één en dezelfde maatschappelijk werker in behandeling genomen. De maatschappelijk werker meldde beide vrouwen tegelijk aan bij de instelling voor gezins- en bejaardenzorg. In de bewuste instelling voor gezins- en bejaardenzorg wordt sinds kort de 'intake' door één vaste medewerker verzorgd (beide dames woonden wel in dezelfde regio, maar niet in hetzelfde dorp). Een vaste persoon voor de 'intake' houdt in dat alle nieuwe aanvragen en de procedure die moet worden afgewerkt bij nieuwe aanmeldingen door één

en dezelfde persoon worden behandeld alvorens zij worden doorgespeeld naar de leidster van de bejaardenzorg. Datum, tijd en plaats voor een ontmoeting tussen de maatschappelijk werker uit het ziekenhuis en de contactpersoon van de 'intake' werden afgesproken. Deze kwam naar het ziekenhuis toe, had eerst een kort overdrachtsgesprek met de betrokken maatschappelijk werker en heeft daarna met beide dames afzonderlijk de 'intake gedaan'.

De hele gang van zaken rond deze twee aanmeldingen is een goed voorbeeld van snel en efficiënt werken, zowel dankzij het regionaal intramuraal werken en het georganiseerd (vaste 'intake'persoon) extramuraal werken. Samenwerking in optima forma!

b. Het tweede voorbeeld geeft een beeld wat het regionalisatieproject concreet en praktisch kan betekenen voor de werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg:

Een leider gezinshulp belt naar het ziekenhuis, vraagt de maatschappelijk werker van een bepaalde regio te spreken, vertelt haar dat een van zijn cliënten in het ziekenhuis verblijft en verzoekt de maatschappelijk werker hem op de hoogte te brengen zodra zij in patiëntenbespreking de definitieve ontslagdatum van de patiënt hoort.

Ook dit is een voorbeeld van snel en efficiënt werken. De leider gezinshulp sluit hierdoor grotendeels de kans uit dat de patiënt en hijzelf pas enkele dagen voor de ontslagdatum op de hoogte worden gesteld. Zo kan ruim tevoren bij het inplannen van de te verdelen gezinshulpen rekening worden gehouden met de thuiskomst van de betrokken patiënt.

\*\*\*

Concluderend willen we stellen dat het regionaliseringsproject bijdraagt tot een beter contact met de eerstelijnsgezondheidszorg en met de overige ambulante en intramurale zorg en zodoende de mogelijkheid schept voor een snelle substitutie van ziekenhuisbedden door extramurale verzorging en thuiszorg. □

*Met dank aan Prof. Dr. J. C. van Es, die ons bijzonder heeft gestimuleerd in de uitvoering van dit regionalisatieproject, en tevens dank aan Peter Verhaak, die bleef geloven in de publikatie van dit artikel.*

## Kort Amerikaans

### 7. 'Pastoral care' over de effectiviteit en doelmatigheid van de dienst Geestelijke Verzorging

In de jaren zestig verandert de rol van de geestelijke verzorging in de Amerikaanse instellingen voor gezondheidszorg. Was de aanwezigheid van de geestelijk verzorger voordien het keurmerk van de signatuur van een instelling, nu wordt van hem, op grond van zijn specifieke deskundigheden een eigen bijdrage aan de patiëntenzorg verlangd. Andere vormen van psychosociale dienstverlening doen hun intrede in het moderne ziekenhuis, zoals het maatschappelijk werk en de psycholoog; samen met de geestelijke verzorging geven zij extra aandacht aan de religieuze, de geestelijke en de emotionele aspecten van iemands verblijf in een instelling voor gezondheidszorg.

In de Verenigde Staten schroomt men niet het nut van dergelijke aanvullende vormen van dienstverlening met hard cijfermateriaal te onderbouwen. Ook de geestelijke verzorging is onderwerp van onderzoek.

In het begin van de jaren zeventig heeft John L. Florell een uitgebreid onderzoek gedaan naar de effectiviteit en de doelmatigheid van de geestelijke verzorging bij chirurgische patiënten in een orthopedisch ziekenhuis<sup>1</sup>. De controlegroep kreeg de standaardbehandeling en begeleiding, zoals die doorgaans werd gegeven, de tweede groep kreeg extra aandacht van de geestelijke verzorging; bij de derde groep gaf de geestelijke verzorging die extra aandacht vanuit de inzichten en de methodieken die ten grondslag liggen aan de gangbare opvattingen omtrent crisisinterventie.

Op een groot aantal onderdelen werden het gedrag en de fysieke reacties van de patiënten gedurende hun gehele verblijf gemeten. Die metingen werden getoetst aan de bevindingen van de behandelend artsen en van de verpleging. De uitkomst was dat de opname van de patiënten uit de groep die het intensiefst en methodisch ook het zorgvuldigst door de geestelijke verzorging waren begeleid gemiddeld twee dagen korter duurde dan de opname van de patiënten uit de groep die volgens de gangbare manier waren benaderd. Emotioneel was de derde groep veel beter voorbereid op de ingreep; ook herstelden deze patiënten zich na de operatie sneller, terwijl zij veel minder pijn hadden dan de eerste en de tweede groep. Op hun beurt deden de patiënten uit de tweede groep het beter dan die uit de eerste groep, in opnameduur verschilden ze echter slechts één dag.

Zou de conclusie kunnen zijn dat de geestelijke verzorging een significant aantoonbare invloed heeft op het genezingsproces, zeker als zij zich in haar geestelijke begeleiding op de juiste wijze van bepaalde technieken weet te

bedienen, de directie dacht over de aanwezigheid van de geestelijke verzorging in termen van kosten en baten. Omdat de verpleegduur werd teruggebracht kwamen de bedden eerder vrij voor de volgende patiënt, er werd minder gebruik gemaakt van de specialist en de patiënt ging tevreden over de verleende zorg naar huis. Dergelijke voor de beleidsmakers interessante resultaten hebben ertoe geleid dat men is gaan uitrekenen wanneer de geestelijke verzorging het hoogste rendement oplevert; het rendement bleek het hoogst te zijn bij één geestelijk verzorger op 50 à 70 bedden<sup>2</sup>.

Nu is dit plaatje in de praktijk minder mooi dan het op het eerste gezicht lijkt. Dat heeft te maken met de financiering. De strenge scheiding tussen kerk en staat verhindert dat geestelijk verzorgers rechtstreeks uit 'patiënt dollars' kunnen worden betaald. Voor de niet-confessionele en de 'for-profit'-instellingen is het dan ook een kwestie van beleidskeuze of men de geestelijke verzorging toch een onderdeel van de totale dienstverlening wil laten zijn. Waar men de effectiviteit en de doelmatigheid van deze vorm van dienstverlening onderkent blijkt de directie veelal bereid de aanwezigheid van geestelijk verzorgers uit eigen middelen te financieren. Ook gaan ziekenhuizen in overleg met bepaalde (grote) kerkgenootschappen financieel een joint-venture aan. Daarnaast probeert men theologische opleidingen ervoor te interesseren hun studenten in het ziekenhuis de klinisch-pastorale opleiding te laten volgen. Voor hun stagiaires betalen de opleidingen dan een zeker bedrag aan de instelling. Dit verschaft de instelling de financiële middelen om zowel de opleidingsfaciliteiten als de dienst Geestelijke Verzorging verder op te tuigen. Inclusief de stagiaires kan een dienst geestelijke verzorging in een groot ziekenhuis wel uit acht of negen personen bestaan. Mede hierdoor is het ook mogelijk dat er dag en nacht, een geestelijk verzorger aanwezig is.

In veel ziekenhuizen wordt het oude systeem, waarin de geestelijk verzorger probeert bij alle patiënten een bezoeker af te leggen, als weinig effectief beschouwd. Zo komt de geestelijk verzorger in de instellingen die behoren tot de Evangelical Health Systems in Chicago alleen als de patiënt naar hem vraagt of als de hulpverleners die direct aan het bed staan dit om een of andere reden noodzakelijk achten. Zij nemen dan contact op met de dienst Geestelijke Verzorging en geven daarbij tevens aan waarom de komst van een geestelijk verzorger in hun ogen gewenst is. In de praktijk resulteert deze aanpak in een veel doelmatiger gebruik van de geestelijke verzorging. De achterliggende gedachte is dat vanuit het oogpunt

van de patiëntenzorg de directe hulpverleners aan het bed veel beter kunnen bepalen wanneer geestelijke verzorging nodig is. Naast de taak patiënten geestelijk te begeleiden is de voornaamste taak van de geestelijk verzorger dan ook het personeel, zoals de behandelaars en de verpleegkundigen, op allerlei mogelijk gebied ondersteuning<sup>3</sup> te geven bij zijn zware karwei<sup>3</sup>. Op hun beurt leren deze hulpverleners de specifieke deskundigheden van de geestelijk verzorger kennen en weten zij wanneer zij wel en wanneer zij niet een beroep op hem kunnen doen.

Een dergelijk doelmatig gebruik van de geestelijke verzorging wordt mede bevorderd door de wekelijkse evaluatiebijeenkomst op de afdeling; alle disciplines worden geacht daaraan deel te nemen.

Van tevoren beoordelen de deelnemers aan de hand van een 'check-list' de professionele inbreng van zichzelf en elkaar: welke bijdrage heeft ieders inspanning geleverd aan de kwaliteit van de patiëntenzorg? Als belangrijke graadmeter geldt de mate van 'patiënt satisfaction'. Deze methode van evalueren resulteert in een doelmatige manier van werken. Voor alle disciplines wordt zo duidelijk op welke specifieke deskundigheid elke afzonderlijke discipline voor de beoogde 'quality care' inzetbaar is. Oneigenlijk gebruik van elkaars deskundigheid komt onverbidlijk aan het licht en kan dentengevolge besproken en in het vervolg vermeden worden.

Wat in het bovenstaande is geschiedt voor de geestelijke verzorging geldt in eenzelfde mate voor elke andere vorm van dienstverlening. Binnen de Nederlandse verhoudingen en ontwikkelingen verdient deze benadering, waarbij het meer gaat om de zaak (de kwaliteit van het produkt) dan om de persoon (vermeende privileges en persoonlijke belangen), meer aandacht dan nu het geval is.

H. H. van der Kloot Meijburg

Drs. H. H. van der Kloot Meijburg is theoloog en secretaris van de Commissie Geestelijke Verzorging in Ziekenhuizen van de Ziekenhuiskraad.

1. Zie John L. Florell, 'Crisis intervention in orthopedic surgery-empirical evidence of the effectiveness of a chaplain working with surgery patients', Bulletin of the Annual Convention of the College of Chaplains of the American Protestant Hospital Association, 1973, pag. 29 e.v.

2. Bij enkele instellingen, onder andere bij de Evangelical Health Systems, vroeg men zich ten overstaan van mij dan ook bezorgd af wat er in Nederland moet terecht komen van de geestelijke verzorging, waar hier gemiddeld één geestelijk verzorger op 250 bedden aanwezig is.

3. Die ondersteuning kan direct op de persoon zijn gericht, maar kan ook de vorm krijgen van het behulpzaam zijn bij het uiteenrafelen van ethische dilemma's waarvoor men zich geplaatst ziet, etc.

# Huisartsopleider en video

Op het grote parkeerterrein voor de voormalige bodeloods waarin de Groningse beroepsopleiding tot huisarts is gevestigd kon men het afgelopen jaar groepen heren en een enkele dame zien arriveren in auto's in de duurdere middenklasse. Zij zouden het grootste gedeelte van de dag als groep naar een TV-monitor kijken, paperassen invullen en onder leiding van een persoon met een krijtje borden vol getallen produceren. Dat zij dit twee dagen lang volhielden lag niet aan de beeldkwaliteit of de afwisseling van het gebodene. Integendeel, de beelden waren veelal in vage grijze tinten, terwijl de geluidskwaliteit soms erbarmelijk was. De afwisseling was minimaal: iedere keer werd dezelfde scène vertoond: een tweegesprek, waarbij één rol steeds door een andere acteur werd vertolkt. De derde dag was men bezig met audiotapes te beluisteren en vervolgens te bespreken.

De argeloze toeschouwer zou kunnen denken, al naar gelang zijn referentiekader, dat men bezig was met de selectie van acteurs voor een film- of theaterproductie, of dat er sprake was van onderzoeken in het kader van een nieuw afluisterschandaal. Geen van beide was het geval: het ging hier om een vorm van onderwijs aan opleiders van aspirant-huisartsen.

## RELATIE OPLEIDER-ASSISTENT

Eerst wat geschiedenis. De beroepsopleiding tot huisarts ging in Groningen in 1974 van start. Reeds in 1975 beseftte men dat de arts-assistenten hun belangrijkste leerervaringen opdeden in de huisartspraktijk waar zij stage liepen. Het was derhalve belangrijk de stagegevers, de huisartsopleiders, bij het begeleiden van de arts-assistenten behulpzaam te zijn.

De hulp van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde was in die tijd vooral gericht op de relatie opleider-assistent. De meeste opleiders waren solisten op het platteland; het praktijkgebied was hun territorium, het praktijkpand hun 'castle'. Een plotseling in de praktijk meewerkende jonge collega betekende een inbreuk op hun autonomie en privacy.

Wij gaven relatietrainingen. Naderhand bleven deze trainingen bekend onder de namen van de plaatsen waar ze werden gegeven: Diever, Texel, Jersey, etc. Hoewel we er wellicht in zijn geslaagd een aantal opleiders sociaal wat gevoeli-

## P. C. Bügel

*Het laatste jaar worden bij de Groningse beroepsopleiding voor huisartsen video-opnamen gebruikt om consulten van arts-assistenten met simulatiepatiënten te laten beoordelen door groepen opleiders. De sociaal-psycholoog Drs. P. C. Bügel is er van het prille begin af bij geweest.*

ger en vaardiger te maken, ontstond na enkele jaren toch de behoefte aan een wat gerichtere aanpak. We zouden trachten de stagegevers meer in het opleiden te bekwamen. Gelegenheid geven tot zelfstandig het spreekuur doen en visites afleggen was naar ons inzicht niet voldoende; de huisartsopleider diende met de arts-assistent te bespreken welke moeilijkheden de laatste was tegengekomen en liefst het leerproces te begeleiden. Een dagelijkse nabespreking zou hiervoor een goede manier zijn.

Een uitgebreid verplicht programma werd in 1978 en 1979 aangeboden om deze nabespreking te verbeteren. Door analyse van bandopnames voor en na de cursus werd gemeten of dat ook was gelukt. Dit bleek het geval. De opleiders ontvingen van deze analyses een schriftelijk verslag.

## KUNST OF KUNDE?

Omdat het verplichte karakter van het programma niet door iedereen met evenveel enthousiasme werd ontvangen, gingen we gedurende enkele jaren over op een facultatief aanbod met onderwerpen als onderlinge toetsing, somatische fixatie, persoonlijkheidstrainingen en gewoon ervaringen uitwisselen. Jaarlijks stuurden we programmaboekjes naar onze huisartsopleiders onder het weinig originele motto: 'Opleiden, kunst of kunde?' De helft van de actieve huisartsopleiders schreef hierop in.

Na deze jaren kristalliseerde langzaam het volgende probleem uit: indien het zo was dat het dagelijkse leergesprek het belangrijkste leermoment van de stage was, ging dit gesprek dan wel over de onderwerpen die er voor de opleiding van de arts-assistent toe deden? Met andere woorden: was het relaas van de arts-assistent over zijn doen en laten be-

moeilijkheden bleken toch van zo doortrouwbaar? Wij hadden hierover onze twijfels. De waarde van getuigeverklaringen is bekend, en bovendien: hoe zou iemand iets kunnen zeggen over de eigen blinde vlekken?

Beter zou het zijn wanneer de opleider de spreekuurcontacten van zijn arts-assistent zou observeren. Daar kleefden echter nogal wat nadelen aan. Voor de opleider was het moeilijk zich niet met de gang van zaken te bemoeien. Vooral wanneer het gesprek van de arts-assistent met de patiënt stokte of, erger nog, de patiënt zich rechtstreeks tot de opleider richtte: 'Dokter hier weet het wel. Het is weer hetzelfde als twee jaar geleden'. Voor de arts-assistent bestond het gevaar dat de juist verworven doktershouding ineens zou schrompelen onder de beoordelende blik van zijn opleider.

Ondanks dit dilemma leek het ons goed de stagegevers erop te attenderen dat het verhaal van hun arts-assistenten vaak een vertekend beeld van de werkelijkheid gaf.

## EEN 'EYE-OPENER'

Het was op dit moment dat de video bij ons binnenkwam. Met het Audiovisueel Centrum van de Rijksuniversiteit Groningen maakten we opnames van spreekuurconsulten van arts-assistenten en naderhand van de nabespreking met de opleider van deze patiëntcontacten.

In een cursus voor de huisartsopleiders vertoonden we steeds eerst de nabespreking van een spreekuurconsult. Met de groep opleiders bespraken we vervolgens het vermoedelijke verloop van het consult waarover deze nabespreking ging, de sterke en minder sterke kanten van de handelwijze van de arts-assistent en tenslotte welke 'feed-back' op zijn plaats zou zijn. Pas daarna lieten we het consult zien zoals het in werkelijkheid had plaatsgevonden.

Steeds bleek dat belangrijke vaardigheidslacunes, zoals slecht luisteren, niet doorvragen, onvolledige anamnese of onduidelijke uitleg, in de rapportage van de assistent onzichtbaar waren gebleven terwijl ze in de opname van het consult onmiddellijk opvielen. Voor veel huisartsopleiders was dit een 'eye-opener'.

Uit de sociale psychologie is evenwel bekend dat verandering van inzicht niet vanzelfsprekend leidt tot verandering van gedrag. De eerder signaleerde

slaggevende betekenis dat observatie in de meeste opleidingspraktijken geen gewoonte werd. Wel viel een toename te bespeuren van het aantal nabesprekingen aan de hand van audio-opnames, terwijl enkele voorlopers een videocamera in hun spreekkamer lieten monteren. In ieder geval was bij de opleiders de behoefte ontstaan de eigen arts-assistent aan het werk te zien of desnoods alleen te horen.

## VIDEO BIEDT UITKOMST

De 'feed-back' die opleiders hun arts-assistenten gaven, had nu meer betrekking op hun werkelijke doen en laten en minder op het verslag van de werkzaamheden.

Eén nadeel sprong in het oog. De arts-assistent kreeg alleen commentaar van zijn eigen opleider, dat wil zeggen een huisarts, die veelal zonder 'feed-back' op zijn handelen een ideosyncratische wijze van doen had ontwikkeld: zo'n geheel eigen wijze van doen is leerzaam voor de arts-assistent, maar noodzakelijk beperkt. Dat arts-assistenten in Groningen bij twee opleiders stage lopen beperkte dit nadeel, maar nam het niet geheel weg. Daar kwam nog bij, dat men zich kon afvragen of de huisartsopleider wel uit hetzelfde referentiekader oordeelde als de begeleiders van de terugkeerdagen voor de arts-assistenten op het instituut. Idealiter wel, maar de wijze waarop men het huisartsenvak kan bezien en uitoefenen is divers.

Het lag voor de hand een mogelijkheid te bedenken om bij het commentaar op het werk van de arts-assistent meer opleiders te betrekken, alsook vertegenwoordigers van het instituut. Ook nu was het de video die uitkomst bood.

We zouden video-opnames van spreekuurconsulten van arts-assistenten vertonen aan de groep opleiders die stage gaf aan een terugkeergroep van arts-assistenten. Elke opleider zou zo een consult van zijn eigen arts-assistent én van een van de andere arts-assistenten uit diens groep onder ogen krijgen. Deze videoconsulten zouden worden beoordeeld aan de hand van observatieformulieren met criteria voor juist medisch en gesprekstechnisch handelen, gebaseerd op de systematische consultevaluatie van H. M. Pieters.

Het gebruik van dergelijke lijsten had een tweeledig doel: enerzijds demonstreerden we de huisartsopleiders onze waarden en normen met betrekking tot het dokteren, anderzijds gaven we de arts-

assistenten een handvat voor de 'feed-back'. We richtten de aandacht vooral op het zogeheten twee-sporenbeleid, zoals we dat de arts-assistenten op de terugkeerdagen trachtten te onderwijzen: aandacht niet alleen voor de klacht, maar ook voor de beleving en de psychosociale achtergrond van de patiënt. Er werd een raamwerk aangeboden waarmee het consult van de arts-assistent kon worden beoordeeld. Door discussie ontstond een situatie die aspecten van intercollegiale toetsing in zich borg.

## SIMULATIEPATIËNTEN

Het zal duidelijk zijn dat deze procedure bedoeld of onbedoeld het karakter zou gaan dragen van een beoordeling. Een gelijke moeilijkheidsgraad van de patiëntproblemen en klachten was derhalve van belang. Om dit te bereiken traiden we enkele simulatiepatiënten, zodat ze een vaste rol konden herhalen bij steeds wisselende dokters. De rollen waren zo ontworpen dat steeds twee aspecten aan bod dienden te komen: de lichamelijke klacht, bijvoorbeeld spanningshoofdpijn of darmkrampen, en de psychosociale context, bijvoorbeeld gezinsproblemen of werkloosheid.

De opnamen werden gemaakt in een spreekkamer van de groepspraktijk die aan het instituut is verbonden. De arts-assistent kreeg tien minuten om het consult te voltooien. De opnamen werden gescoord en besproken door de huisartsopleiders. Het was opvallend dat de beoordeling van de consulten, in het bijzonder of het gedrag van de arts-assistent adequaat was of juist niet, bij de aanvang van de cursus zeer uiteenliep. De discussie over deze meningsverschillen bleek één van de meer leerzame onderdelen van het programma.

## INTERVISIE

Het ging echter niet alleen om de huisartsopleiders. De arts-assistent diende door de gevarieerde 'feed-back' meer inzicht te krijgen in hun eigen sterke en zwakke kanten; zij zou niet alleen de mening van zijn eigen huisartsopleider te horen krijgen, maar die van een heel opleiderscollectief.

Wanneer de opname van een arts-assistent was gescoord en besproken, noteerde de betreffende huisartsopleider alle op- en aanmerkingen, zodat hij ze, samen met zijn eigen mening, met zijn arts-assistent kon bespreken. Van deze bespreking maakte de opleider een audioband-

opname, die op de derde cursusdag werd beluisterd en besproken.

Door deze procedure ontstond aan de ene kant een zekere druk om de kritiek met de arts-assistent te bespreken; daarnaast ontstond de mogelijkheid een indruk te krijgen van de wijze waarop huisartsopleiders en arts-assistenten met elkaar omgingen. Het bespreken van de bandopname leidde tot een opleidersinterview waarin vooral werd gepraat over de verstandhouding met de arts-assistent, de manier van omgaan, de wijze van 'feed-back' geven en meer in het algemeen het voeren van een leergesprek.

\*\*

Het afgelopen jaar hebben tien groepen van gemiddeld elf opleiders dit programma gevolgd. In negen groepen was het een succes. Het scoren van de consulten op de observatielijsten werd aanvankelijk te arbeidsintensief gevonden; na in-korting van vierentwintig tot veertien items verviel dit bezwaar ten dele.

Desgevraagd gaven de deelnemende huisartsopleiders vrijwel allen aan dat ze het programma opnieuw zouden willen doen als een volgende arts-assistent bij hen stage zou lopen.

Het heeft er alle schijn van dat de video bij het beoordelen van het werk van de huisarts niet meer kan worden gemist. Het valt te verwachten dat voor de video ook een rol zal zijn weggelegd bij beoordelingssituaties tijdens de medische opleiding. □



## KNMG

## Contactgroep nieuwe leden te Leiden

Nieuwe leden kijken fris aan tegen de KNMG. Dat kan leiden tot vernieuwingen. Nieuwe leden hebben soms ook last van drempelvrees. De sfeer met z'n soms als obsoleet ervaren tradities spreekt niet iedereen aan. Zie daar enkele aspecten die volop aandacht krijgen van de Contactgroep Nieuwe Leden (CNL) van de KNMG-afdeling Leiden en omstreken.

Wij gingen op bezoek bij deze actieve CNL. Bij toerbeurt vergadert de CNL bij één van de leden thuis. De sfeer is informeel. De belangstelling voor elkaar en voor de KNMG doet plezierig aan. Hoe is het zo gekomen? De CNL is ontstaan op verzoek van het afdelingsbestuur te Leiden. Enkele enthousiaste nieuwe KNMG-leden gingen anderhalf jaar geleden aan de slag. Als eerste activiteit gaf de CNL advies over de jaarlijkse ledenbijeenkomst. Hun tweede taak was het organiseren van een 'eigen' ledenavond in het voorjaar. En dat als pendant van de gebruikelijke najaarsbijeenkomst van de KNMG-afdeling Leiden. Voorts worden de wensen van nieuwe leden geïnventariseerd via een enquête. Mede op basis daarvan worden nieuwe leden individueel uitgenodigd om tenminste een vergadering bij te wonen.

**Drempelverlagend effect**

Gebleken is dat de CNL drempels helpt verlagen. Vooral jonge artsen voelen zich door de CNL aangesproken. In de

eerste plaats omdat ze daadwerkelijk naar de letter worden aangesproken. Ten tweede omdat de lijfelijke aanwezigheid plus inhoudelijke inbreng van leeftijd- en lotgenoten stimuleert. Desgevraagd memoreren de CNL-leden dat er verschillen voorkomen in de onderlinge omgang tussen medici en andere academici. Daarbij vallen sleutelwoorden als toegankelijkheid en formalisme. Niet dat het hierbij zou gaan om levensgrote problemen. In de omgang en beleving zijn veelal de nuances doorslaggevend voor de ambiance. De CNL probeert daarbij een duwtje in de goede richting te geven.

Overigens wil de CNL niet apart (komen te) staan. Interpretatie en participatie staan centraal. Vandaar ook dat binnen de CNL het vraagstuk van de doorstroming veel aandacht krijgt. Voorkomen moet immers worden dat de CNL zelf als een te vaste kern gaat functioneren. De instroom van actieve jonge leden is derhalve essentieel. Dat geldt trouwens ook voor de participatie in allerlei commissies van de KNMG-afdeling. De CNL merkt dat haar bestaan bepaald niet onopgemerkt is gebleven. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de verzoeken vanuit het bestuur om zitting te nemen in commissies. Inmiddels begint die participatie goed van de grond te komen.

Uitdrukkelijk heeft de CNL niet gekozen voor het oprichten van een los van de KNMG opererende organisatie. Het belang van één artsenorganisaties achten zij evident.

## LAD

## Ruim 60 artsen volgden sollicitatiecursus

De sollicitatiecursus die de LAD in november en december heeft georganiseerd bleek een groot succes. Er schreven veel meer artsen in dan verwacht was en de evaluaties na afloop wezen ook uit dat zij zeer tevreden waren over het gebodene.

Samen met het Organisatie Adviesbureau Intervisie heeft de LAD deze cursus georganiseerd. Volgens cursusleider drs. Peter Tack is er gedurende de drie cursusedagen met prettige, goed gemotiveerde groepen gewerkt. Het werd vooral op prijs gesteld dat het huiswerk (een sollicitatiebrief) van persoonlijk commentaar werd voorzien. Tack stelde aan het begin van de cursus dat de cursisten bijzondere waardering verdienen omdat zij bereid waren geweest zichzelf kritisch te bezien om vervolgens tot de conclusie te komen dat er wellicht nog wat te verbeteren zou zijn ten aanzien van de eigen presentatie. Dat getuigt van werkelijkheidszin en ook van moed, aldus Tack.

Opvallend was verder dat lang niet alle deelnemers werkzoekend waren. Een aantal van de cursisten had een baan maar wilde door het volgen van de cursus de eigen kansen op de arbeidsmarkt vergroten.

Bij de cursus gaat het er vooral niet om dat de deelnemers na afloop van de cursus een identieke, zij het perfecte, standaardbrief kunnen schrijven. Integendeel, vanzelfsprekend is het de bedoeling dat iedere cursist een brief schrijft die niet bij de eerste selectie afvalt. Dat moet dan bij

voorkeur geen standaardbrief zijn maar een die opvalt door originaliteit of door een persoonlijke touch of door een aanpak waaruit blijkt dat de sollicitant zich al in de nieuwe functie heeft ingeleefd en inspeelt op de vermoedelijke eisen die de functie aan de kandidaat zal stellen.

In het middagedeelte komt het sollicitatiegesprek aan de orde. Hoe verloopt zo'n gesprek? Waar moet je op letten? Wat zijn je eigen zwakke en sterke punten? Kortom, de deelnemers wordt door intensieve oefening geleerd om zichzelf in zo'n gesprek zo goed mogelijk te verkopen. Zoals uit de evaluatie blijkt hebben de deelnemers deze aanpak een goede gevonden. Die meting heeft echter plaatsgevonden aan het eind van de dag. Veel belangrijker is het hoe men er over drie maanden tegenaan kijkt. Is er resultaat geboekt? Of moet er wellicht nog wat bijgespijkerd worden? Dat zijn dan de vragen die de deelnemers zichzelf moeten stellen. Overigens stelt de LAD zich voor daar over een maand of twee à drie een enquête naar in te stellen onder de deelnemers aan deze eerste drie sollicitatiecursussen.

Bijzonder aardig was de brief die de LAD en Intervisie ontvingen van een cursist uit de eerste groep. Deze schreef: 'Langs deze weg wil ik mijn dank uitspreken aan de LAD voor het organiseren en subsidiëren van bovengenoemde cursus. De cursus was goed opgezet en behandelde de meest voorkomende hindernissen, die bij het solliciteren



## UIT DE VERENIGINGEN

genomen moeten worden. Verder was de cursus goed gedocumenteerd en verzorgd'.

En aan het bureau Intervisie schreef de betrokken cursist: 'De cursus heeft voor mij nu reeds zijn vruchten afgeworpen. De ochtend aansluitend op de cursus had ik een sollicitatiegesprek. Hierdoor kon het geleerde vrijwel onmiddellijk in praktijk worden gebracht, want de eerste vraag was: 'Waarom solliciteert u bij onze organisatie?'. Door mijn goed geprepareerde antwoord was het ijs meteen gebroken en verliep het gesprek verder vlot. Het resultaat was dat ik de volgende morgen werd gebeld met de mededeling dat ik was aangenomen en spoedig zou kunnen beginnen'. Einde citaat.

De cyclus sollicitatiecursussen is daarmee voor 1987 beëindigd. Het ligt in de bedoeling in 1988 opnieuw enkele cursussen op te zetten in samenwerking met het bureau Intervisie. Onder andere via de rubriek Uit de verenigingen in Medisch Contact zult u daar ongetwijfeld meer over vernemen.



*De sollicitatiecursus werd gegeven in de Dagelijks Bestuurskamer van de KNMG te Utrecht.*

## LVSG

### Werkgroep Registratie Consultatiebureau-artsen

De LAD richtte zich enige tijd geleden tot de LVSG met de vraag of de LVSG in samenspraak met de NVJG inhoudelijke argumenten kan formuleren die aantonen dat het volgen van de opleiding sociale geneeskunde, tak jeugdgezondheidszorg, voor CB-artsen noodzakelijk is. In verband hiermee besloot de LVSG de gevraagde argumentatie in werkgroepverband nader uit te werken.

LAD, NVJG en die verenigingen van CB-artsen die met de LAD een samenwerkingsovereenkomst hadden gesloten (of op korte termijn zouden sluiten) werden door de LVSG uitgenodigd met een vertegenwoordiger in deze werkgroep zitting te nemen. Omdat bleek dat met het ondertekenen

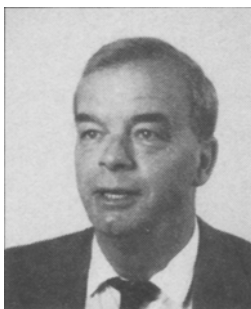
van de samenwerkingsovereenkomsten enige tijd zou zijn gemoeid, besloot de LVSG met de werkgroep van start te gaan ook al waren nog niet alle overeenkomsten rond. De werkgroep heeft inmiddels zijn eerste vergadering gehad. Het voornemen is nog voor de zomer van 1988 met een rapportage te komen.

De samenstelling van de werkgroep is als volgt: vanuit CB-LVSG hebben zitting mw. Verhagen en mw. Wagenaar, vanuit CB-LAD mw. Bonnet, vanuit de verschillende CB-artsenkringen mw. Meesters, mw. Harder, mw. Jaarsveld, mw. Groenendijk, mw. Hulst, mw. Nobel, vanuit de NVJG mw. Jansen en mw. Lim. Vanuit het bureau van de LAD zal de heer Van Bolderen als adviseur de werkgroep bijstaan.

## LVSG

### Nieuw lid Centraal Bestuur: P. C. Harting

Tijdens de ledenvergadering van 4 november jl. is de heer P. C. Harting benoemd in het Centraal Bestuur van de LVSG. De heer Harting is opgeleid aan de Rijksuniversiteit te Utrecht (afgestudeerd in 1954) en heeft de opleiding sociale geneeskunde, tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, gevolgd. Na ervaring te hebben opgedaan in de huisartsgeneeskunde (o.a. ruim tien jaar als gouvernementshuisarts op Aruba) is de heer Harting nu zo'n acht jaar werkzaam in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. De laatste twee jaar was hij regiohoofd Midden Nederland van de Rijks Bedrijfsgezondheids- en Bedrijfsveiligheidsdienst (voorheen RGD). Hoewel werkzaam binnen de bedrijfsgeneeskunde zit de heer Harting niet vanuit deze tak maar vanuit de sportgeneeskunde in het bestuur.



Hij is dan ook vanaf 1972 tot voor kort actief geweest als bestuurslid van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) en vanaf 1982 als bestuurslid van het Nationaal Instituut voor de Sportgeneeskunde (NISGZ).

Op de vraag wat de heer Harting binnen het LVSG-bestuur wil bereiken antwoordt hij: 'De sportgeneeskunde is onlangs erkend als tak van sociale geneeskunde. Het is van groot belang dat de sportgeneeskunde nu een eigen gezicht en een eigen plaats krijgt binnen de sociale geneeskunde. De LVSG kan een belangrijke rol spelen in het stimuleren van dit proces. Aan de andere kant kan de sportgeneeskunde – gezien de aard van de werkzaamheden binnen deze tak – een belangrijke brugfunctie vervullen tussen de sociale en de curatieve geneeskunde.' Tenslotte merkt de heer Harting op het van groot belang te achten dat vele sociaal-geneeskundigen lid worden van de LVSG. Op die manier zal de sociale geneeskunde zich nog duidelijker kunnen profileren binnen de KNMG en daarbuiten.

## LVSG

## Wijziging subsidieregeling jeugdgezondheidszorg

Staatssekretaris Drs. D. Dees zond de LVSG ter informatie een concept voor de vervanging van de subsidieregeling 'Richtlijnen voor de subsidiering van het geneeskundig schooltoezicht' door een Rijksbijdrageregeling jeugdgezondheidszorg 4- tot 19-jarigen. Het concept is door de staatssekretaris voorgelegd aan de Raad voor de Gemeentefinanciën. Het is zijn bedoeling nadat het advies van de Raad is ontvangen de regeling definitief vast te stellen en aan alle betrokkenen toe te zenden.

De concept-regeling gaat per groep van 10.000 4 tot 19-jarigen uit van 1 full-time equivalent verpleegkundige en 1,3 full-time equivalent doktersassistente. Voorts voorziet de regeling in 1 full-time equivalent psycholoog/pedagoog per 200.000 inwoners. Toegestaan is om afhankelijk van de omstandigheden bij de invulling van de personeelsformatie te variëren, mits tenminste 75% van de norm van iedere voorgeschreven discipline aanwezig is en het totale aantal van de formatieve full-time equivalenten der voorgeschreven disciplines niet minder is dan het totale aantal full-time equivalenten volgens de normering.

Ten behoeve van vakinhoudelijke ondersteuning, coördinatie en management voorziet de regeling in 1 full-time equivalent per 200.000 inwoners. Met welke discipline deze plaats moet worden ingevuld is in de regeling niet nader omschreven.

De concept-regeling bevat een paragraaf m.b.t. te stellen opleidingseisen. Zo moet een arts zijn ingeschreven in het

register voor sociale geneeskunde, tak jgz., een verpleegkundige dient in het bezit te zijn van het diploma HBO-V, danwel het diploma A-verpleegkunde of A-ziekenverpleging of MBO-V, aangevuld met het diploma MGZ of de wijkaantekening. Bij de categorie artsen is gesteld dat ook artsen die binnen een jaar aan de opleiding beginnen c.q. in opleiding zijn kunnen worden aangesteld. De opleidingseisen gelden niet voor de 'zittende' personeelsleden. Tot zover de belangrijkste punten uit de concept-regeling. Het bestuur van de LVSG heeft besloten geen commentaar meer te leveren op de normering zoals deze in de regeling is opgenomen. Het bestuur staat positief tegenover de nu in de regeling opgenomen opleidingseisen (deze waren tot nog toe niet in de regeling zelf opgenomen). Wel heeft het bestuur nog een aantal vragen zoals: 'zijn er al activiteiten ondernomen met betrekking tot de opstelling van een sociaal plan, met uitgangspunten en voorzieningen die erop neerkomen dat de beleidswijzigingen niet zullen leiden tot gedwongen ontslagen, dat er mogelijkheden worden geschapen voor bij- en nascholing en waarin een deugdelijke voorziening is opgenomen voor het veilig stellen van verworven rechten van betrokkenen en een adequate regeling in verband met eventueel noodzakelijke verplaatsing en daarmee samenhangende reiskosten?'

Degenen, die nadere informatie wensen over de beleidswijzigingen kunnen contact opnemen met het bureau van de LVSG tel: 030-823203.

## LAD

## Het (VAC-)advies en de academische ziekenhuizen

Onlangs werd het advies van de adviescommissie Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren (de voormalige VAC-commissie) bekend betreffende het voorgenomen kabinetsbesluit omtrent de verlaging van het norminkomen voor de vrijgevestigde specialisten. Dit advies heeft vanzelfsprekend ook zijn consequenties voor de specialisten in dienst van de academische ziekenhuizen. De constatering van de commissie dat het kabinet de voorgenomen verlaging van het norminkomen ten onrechte heeft gebaseerd op het functiewaarderingsonderzoek in de academische ziekenhuizen en op het zogenaamd FWG-onderzoek in de perifere ziekenhuizen, is voor iedere specialist van groot belang.

Zoals bekend bestaan er grote bezwaren tegen de uitkomsten van het functiewaarderingsonderzoek dat in de academische ziekenhuizen te Utrecht en Rotterdam heeft plaatsgevonden. Bezwaar wordt gemaakt tegen de onzorgvuldigheid waarmee het onderzoek heeft plaatsgevonden, voornamelijk veroorzaakt door de voortdurende tijdsdruk die minister Deetman destijds op het onderzoek legde. Toen de uitkomsten begin vorig jaar bekend werden was dit voor alle academische ziekenhuizen reden om tegelijk op 26 maart 1986 in het eigen ziekenhuis protestvergaderingen te beleggen. De bezwaren richten zich niet zozeer tegen de

wens van de overheid een ander honoreringssysteem in te voeren, maar tegen het feit dat die invoering geschiedt onder gelijktijdige afschaffing van de inkomens uit de vrije praktijken, zonder dat daar op een of andere wijze toeslagregelingen, etc. tegenover staan. Dat scheelt veel specialisten in de academische ziekenhuizen vaak een fors deel van hun inkomen.

Na de protestvergaderingen liet minister Deetman ijlings weten vooral niet uit te zijn op een confrontatie met de medische specialisten in de academische ziekenhuizen en rekening te willen houden met hun concurrentiepositie ten opzichte van de perifere ziekenhuizen. Hij stelde de invoering van een nieuwe honoreringsregeling dan ook uit tot het moment waarop het nieuwe norminkomen voor de vrijgevestigde specialisten zou zijn vastgesteld. Hoe die vaststelling vervolgens uitpakte heeft u in juni van dit jaar kunnen constateren, toen het kabinet zijn voorgenomen besluit het norminkomen van de vrijgevestigd specialist terug te brengen van f 181.000,— naar ± f 144.000,— bekendmaakte. Vervolgens werd op uitgebreide schaal actie gevoerd in de vorm van het doen van zondagsdiensten op enkele werkdagen. Bijna alle academische ziekenhuizen waren solidair, namen geen patiënten over van de perifere ziekenhuizen en trachten zich zoveel mogelijk te houden

aan hun ambtelijke 38-urige werkweek. Het kabinet vroeg advies bij de eerder in dit artikeltje genoemde adviescommissie.

Het thans bekend geworden advies houdt in feite in dat het kabinet het norminkomen voor de vrijgevestigde specialist ten onrechte wilde verlagen. De vraag is thans wat het kabinet met het advies gaat doen. Het lijkt niet ondenkbaar dat de minister thans nog argumenten kan vinden om het advies te negeren. Gezien de eerdere uitspraken van minister Deetman dat hij bij de vaststelling van het norminkomen van de academische specialist rekening zou houden met diens concurrentiepositie ten opzichte van de vrijgeves-

tigde specialist, is de komende beslissing van het kabinet dan ook van het grootste belang.

Via het ActAZ-bulletin, het bulletin dat uitgegeven wordt door de door de LAD en de LSV in het leven geroepen werkgroep Actie Academische Ziekenhuizen, worden alle specialisten in de academische ziekenhuizen op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen. Begin januari verscheen ActAZ-bulletin nr. 8, waarin een uitgebreid overzicht van de gebeurtenissen rond de voorgenomen invoering van een nieuw honoreringssysteem in de academische ziekenhuizen worden gegeven. Heeft u dit bulletin nog niet ontvangen, neemt u dan even contact op met het secretariaat van de LAD, tel. 030-823332.

## LAD

### Kandidaten afgevaardigden ledenvergadering

Als kandidaten voor de functie van afgevaardigde c.q. plaatsvervangend afgevaardigde ter ledenvergadering van de LAD worden door het centraal bestuur der LAD voorgedragen:

*Bundeling IV:* artsen, werkzaam op het terrein van de algemene gezondheidszorg;

G. H. Kranendonk te Putten;

*Bundeling V:* artsen, werkzaam op het terrein van een der bijzondere vormen van sociale geneeskunde, alsmede alle overige artsen, niet genoemd onder sub I t/m IV, die op het

terrein van de sociale geneeskunde werkzaam zijn:

Mw. J. C. H. M. Schepp-Beelen te Berkel en Rodenrijs (plaatsvervangend);

*Bundeling IX:* artsen (assistent), werkzaam in algemene dienst in ziekeninrichtingen en bejaardenoordelen:

J. L. van den Ven te Lexmond.

Tegenkandidaten kunnen tot vier weken ná deze publikatie schriftelijk aan de secretaris van de vereniging worden meegedeeld (conform artikel 8, lid 4 van het huishoudelijk reglement der LAD).

## KNMG

### Kandidaatstelling nieuwe hoofdbestuursleden

De Algemene Vergadering zal op 28 oktober 1988, ingevolge artikel 404 van het Huishoudelijk Reglement der KNMG, drie nieuwe leden van het hoofdbestuur kiezen in de vacatures welke op 31 december 1988 ontstaan door het reglementair aftreden van:

1. J. J. Blom, huisarts, Dokkum,

2. W. H. Cense, huisarts, Urk,

3. M. L. van Weert-Waltman, arts in dienstverband, Amsterdam.

De in bovengenoemde vacatures te kiezen leden van het hoofdbestuur treden op 1 januari 1989 in functie en zullen zitting hebben tot en met 31 december 1994. De kandidaatstelling geschiedt volgens artikel 304 van het huishoudelijk Reglement der Maatschappij, dat luidt:

1. Ieder lid heeft het recht vóór 1 mei één of meer personen schriftelijk aan te bevelen bij het bestuur van zijn afdeling.

2. Kandidaten voor het lidmaatschap van het hoofdbestuur kunnen worden gesteld door: a. een afdeling; b. tenminste vijf afgevaardigden; en c. het hoofdbestuur.

3. Een kandidaat moet zich schriftelijk bereid hebben verklaard een benoeming te aanvaarden. Zijn naam moet vóór 1 juli aan de secretaris-generaal worden bekendgemaakt.

4. Indien op 1 juli het aantal kandidaten kleiner is dan het aantal vacatures, vult het hoofdbestuur de kandidatenlijst aan tot tenminste het aantal vacatures.

J. Diepersloot, secretaris-generaal

## KNMG

### Contributie 1988

De nota's voor de contributie over 1988 worden in februari 1988 verzonden. Aan de leden wordt verzocht:

– gebruik te willen maken van het aangehechte acceptgiro-formulier; het versnelt de verwerking en de registratie van de betaling;

– indien een machtiging tot automatische afschrijving van de contributie is verstrekt, te willen zorgen voor voldoende saldo op de giro- of bankrekening.

Voor uw medewerking zeg ik u bij voorbaat hartelijk dank.

J. Diepersloot, secretaris-generaal