

MEDISCH CONTACT

Nummer 38 – 23 september – 43e jaargang

In de 'Nota 2000' van WVC wordt een verschuiving bepleit van gezondheidszorgvoorzieningenbeleid naar gezondheidsbeleid. Maar hoe haalbaar zijn beleidsinterventies in ons land? Drs. R. van de Vrie, eindredacteur van het Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting, en Drs. A. van Elzakker, beleidsmedewerker volksgezondheid bij de gemeente Den Haag, doen een poging om de machtsstructuur van de gezondheidszorg te analyseren.

In zijn tweede en laatste artikel over experimenten met thuisverpleging gaat Drs. M. H. J. M. Knapen onder meer in op de duur en de intensiteit van de thuisverpleging, de rol van de eerstelijnsinstellingen en de inhoud van de extra verleende zorg.

Wat mag in medisch-technisch opzicht van de huisarts worden verwacht in verband met kanker? Over welke parate kennis en over welke vaardigheden dienen huisartsen in principe te beschikken? Hierover het derde artikel in de serie over huisarts en kankerpatiënt.

Zoveel stof als de nogal controversiële voorstellen uit de adviesaanvraag over sociaal-medische begeleiding in 1983 deden opwaaien, zo stil is het nu de Nationale Raad voor de Volksgezondheid daarover opvallend afwijzend heeft geadviseerd en eigen alternatieven heeft ontwikkeld. Die stilte is des te merkwaardiger omdat het een zaak is die alle artsen aangaat. Een kritische beschouwing van sociaal-geneeskundige P. C. Buijs.

F. van Ree beschrijft een databanksysteem dat werd ontworpen in de ambulante sector van de psychiatrie en daarom de naam 'Databank Ambulante Psychiatrie' (DAP) kreeg, maar dat volgens de auteur na enige aanpassing ook heel wel in de klinische sector kan worden toegepast.

INHOUD

Gezondheidsbeleid en machtsversnippering. 1: Gezondheidsbeleid en de verdeling van macht

R. van de Vrie en A. van Elzakker – 1119

Eerste resultaten van experimenten met thuisverpleging. 2: De inzet van middelen in de proeffase

Drs. M. H. J. M. Knapen – 1123

Terminale zorg. Huisarts en kankerpatiënt. 3: De medische hulp bij lichamelijke klachten

*M. C. J. Cuisinier, M. H. van Venrooijen
J. Th. M. van Eijk – 1126*

Boerhaaves ziekte en overlijden

Dr. H. L. Houtzager – 1130

Sociaal-medische begeleiding. Een zaak die alle artsen aangaat

P. C. Buijs – 1131

Databank Ambulante Psychiatrie. Een hulpinstrument voor exploratieve studies en selfmonitoring

F. van Ree – 1137

Uitspraak Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage. Gynaecoloog één jaar geschorst wegens seksueel misbruik – 1140

Colofon 1114 – Colofon officieel 1114 – Hoofdredactioneel commentaar 1115 – Voorzitterskolom LAD 1116 – Brieven 1117 – Praktijkpe-rikel 1129 – Uit de Verenigingen 1145

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 Küpperstraat 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. Drs. M. C. A. van Wandelen, redactrice
R. A. te Velde, eindredacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoordelijk verschuuldigd 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 opgave 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:

'De kopster' (aderlating) van G. G. Brekelinkam
1620-1668.
Mauritshuis, Den Haag.

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

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

Dagelijks bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

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

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

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

A. L. J. E. Martens, arts, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Bibliotheek

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

Stichting Dienstverlening Medici

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

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

Seksualiteit in de hulpverlening

Langzamerhand wordt duidelijk dat in onze samenleving, in allerlei instituties waarbinnen de ene mens van de andere afhankelijk is, seksueel misbruik in schrikbarende hoge mate voorkomt. Bij elke presentatie van onderzoek naar dit verschijnsel binnen gezin, werk en hulpverleningssituatie raken we verbijsterd door de omvang van dit kwaad. Zo bleek uit een enquête in Leiden en omstreken, dat 90% van de vrouwen ooit met een bepaalde vorm van seksueel geweld is geconfronteerd¹. In het verslag van dat onderzoek wordt duidelijk gemaakt dat het bij seksueel geweld niet primair gaat om de geslachtsdaad: het gaat veel meer om de schending van de autonomie en/of de lichamelijke integriteit, dus om de vernedering die hier een inherent bestanddeel van uitmaakt. Onderzoekgegevens tonen aan dat het vóórkomen van seksueel geweld in een dergelijke omvang niet kan worden afgedaan als feministische lasterpraat. Van feministische zijde is juist altijd gesteld dat het verschijnsel van seksueel geweld in stand wordt gehouden door het vooroordeel dat het allemaal wel meevalt, waardoor de ervaringen van veel vrouwen worden miskend of gerelativeerd.

De erkenning dat seksueel geweld zich ook binnen de hulpverlening, inclusief de relatie arts-patiënt, voordoet, is wel het eerste wat van de verantwoordelijke instanties, zoals de overheid, het Staats-toezicht en de beroepsgroep, mag worden verwacht. Daarom is het verheugend dat de hoofdinspecties voor de Volksgezondheid en de Geestelijke Volksgezondheid onlangs de GHI-brochure 'Seksueel misbruik door hulpverleners' hebben uitgebracht. Gelardeerd met indringende casuïstiek wordt de problematiek daarin door verschillende deskundigen uiteengezet.

Het bevreemdt niet dat het bij seksueel misbruik in verreweg de meeste gevallen gaat om een mannelijke hulpverlener en een vrouwelijke cliënt. Vaak wordt de seksuele toenadering gerationaliseerd: de patiënte wilde het zelf; seksueel contact is een therapeutisch hulpmiddel ter verhoging van zelfwaardering, en dergelijke. Echter, juist doordat een patiënte zich binnen de medische hulpverlening gemakkelijker bloot geeft en kwetsbaarder is dan in vrijwel alle andere situaties, is het voor haar schokkend als hiervan misbruik wordt gemaakt. Deze patiëntes vertonen dan ook dezelfde reacties als

meisjes die het slachtoffer zijn geworden van incest: verwardheid, ontredde, slapeloosheid en depressiviteit.

In de geneeskundige hulpverlening wordt de persoonlijke aandacht voor een patiënt als een 'goed' gewaardeerd. Zeker bij de psychiater, de gynaecoloog en de huisarts komen vaak zeer persoonlijke zaken aan de orde, die slechts binnen een gelijkwaardige relatie en een vertrouwensvolle situatie tot hun recht kunnen komen. Mensen die in een levenscrisis verkeren, beheersen hun gevoelens minder en hebben behoefte aan mensen die hiervoor plaats inruimen. Vaak helpt het, als we deze patiënten laten merken dat we met ze meevoelen en ze begrijpen. Soms helpt het nog meer, als we dit door een gebaar (aanreiken van een zakdoek) of lichamelijk contact (hand op schouder) bevestigen. Binnen de hulpverlening kan ook voor dit laatste soort contact ruimte

Dr. C. Spreeuwenberg

zijn, als men maar in staat is dit te onderscheiden van seksueel contact of erotisch getinte contacten. Mannen dienen zich er hierbij wel van bewust te zijn dat zij in alle situaties sneller geneigd zijn gevoelens te seksualiseren en dat deze neiging in een spreek- of behandelkamer niet verdwijnt.

Binnen een professionele relatie, hetgeen de arts-patiëntrelatie nu eenmaal per definitie is, blijven distantie en objectiviteit noodzakelijk. Als wij merken dat de subjectiviteit te groot wordt en dat er gevoelens ontstaan die niet in de professionele setting passen, dan kan in ieder geval van ons worden geëist dat wij professioneel met deze situatie omgaan. Terrecht wordt in het GHI-bulletin gesteld, dat, zolang er sprake is van een relatie hulpverlener-cliënt, seksueel contact kan worden gezien als een ontoelaatbare grensoverschrijding van de zelfontplooiing van beide betrokkenen.

Nu we weten dat vrijwel alle patiënten van een seksuele benadering schadelijke gevolgen overhouden, dienen artsen zich ook hier te laten leiden door het principe 'primum non nocere'. Daarvoor is nodig dat een arts het punt waarop hij erotische of seksuele gevoelens ontdekt en de hulpverleningsrelatie te persoonlijk

wordt uitdrukkelijk markeert, tot zelfonderzoek overgaat en consequenties trekt. Zowel het negeren van deze gevoelens als het er zich onbezonnen aan overgeven, past niet bij professioneel gedrag. In dit verband kan worden opgemerkt, dat vrouwelijke therapeuten bijna nooit een seksuele relatie met cliënten aangaan tijdens de hulpverleningssituatie: zij neigen ertoe eerst de professionele relatie te beëindigen en vervolgens te beginnen met het leggen van erotische seksuele contacten. Mannen beëindigen de therapeutische relatie vrijwel nooit om deze reden. Eigen relatie- en werkproblemen van de therapeut vormen vanzelfsprekend nooit een acceptabel excuus voor seksueel misbruik.

Voor wie er na lezing van het GHI-bulletin nog niet van overtuigd is dat dit soort onjuist gedrag ook werkelijk in spreekkamers voorkomt, zij lezing aanbevolen van de duidelijke uitspraak van het Medisch Tuchtcollege te 's Gravenhage over een gynaecoloog die geslachtsgemeenschap met een patiënte heeft gehad (zie ook blz. 1140); de weergegeven feiten rechtvaardigen de maatregel de arts gedurende één jaar te schorsen.

Wat kunnen we aan dit verschijnsel doen? De onderhavige problematiek hoort thuis in de algemene theorie over hulpverlening, waarvoor in het curriculum tijd moet zijn ingeruimd. Dit onderwijs dient niet alleen door gedragswetenschappers, maar samen met artsen uit de kwetsbare groepen, te worden gegeven. Met name het praktisch gynaecologisch onderwijs leent zich ervoor speciaal aandacht te geven aan emoties en gevoelens van studenten en patiënten en de eersten bewust te maken van, ook eigen, vooroordelen ten aanzien van vrouwen en seksualiteit. Daarnaast is het nodig dat we weer *leren te doen* wat artsen sinds mensenheugenis deden als ze niet zeker van hun zaken waren: een objectieve deskundige consulteren. □

1. Ensink B, Albach F. Angst voor seksueel geweld: van overdreven angst naar gerechtvaardigde woede. Leiden, 1983.

2. Seksueel misbruik door hulpverleners. Rijswijk: Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid en Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1988 (GHI-bulletin).

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

Er was eens

'Met de Nederlandse gezondheidszorg gaat het radicaal de verkeerde kant op. De aanvallen op het specialistentend zijn zo hevig, dat men de indruk zou krijgen dat je je eigenlijk zou moeten schamen om specialist te zijn.' Dat zei Prof. Dr. E. L. Greve onlangs in zijn inaugurale rede aan de Universiteit van Amsterdam. Een groot landelijk ochtendblad wijdde er een artikel aan, waarin Greve onverkort de gelegenheid kreeg zijn bezorgdheid over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg te ventileren.

Er zijn meer tekenen die erop wijzen dat de manier waarop de specialistenproblematiek door de media wordt benaderd zich in gunstige zin aan het wijzigen is. Bij de toonaangevende organisaties in het veld en op hoog niveau binnen de Nederlandse politiek is langzaam ook het besef gekomen dat oplossingen voor de problematiek in de gezondheidszorg niet kunnen worden gevonden door simpelweg de inkomens van specialisten, en daarmee van het gehele artsendom in Nederland, te verlagen.

In de afgelopen periode is men binnen de VVD zeer constructief bezig geweest om de partijen bij elkaar te brengen en op die wijze de eigen staatssecretaris de helpende hand te bieden. Dat verdient ons aller steun en waardering. Het zou de andere coalitiepartijen sieren indien zij haar ministers ook zou kunnen overtuigen van de importantie van de initiatieven die op dit moment in het veld worden ontwikkeld. Want het gaat echt niet goed met de gezondheidszorg. Wat Greve zegt is natuurlijk waar. Vooral in de academische ziekenhuizen heerst onrust, ontstaan door eerdere bezuinigingsmaatregelen, maar ook door angst voor de gevolgen van eventuele tariefverlagingen. Al deze ontwikkelingen staven mij in de gedachte dat het voor behoud van kwaliteit van onze gezondheidszorg, van werkgelegenheid en inkomen, van aantrekkingskracht en status van het beroep arts, noodzakelijk is nu standvastig te blijven en als artsenverenigingen zowel naar binnen als naar buiten een gesloten front te blijven vormen. Anderzijds zullen wij ook bereid moeten zijn om de pogingen van anderen om het conflict op te lossen zo positief mogelijk te benaderen.

Waar het om gaat is, dat we voor een slag staan die we niet mogen verliezen. Ten eerste niet omdat ons inkomen en onze werkomstandigheden dan ernstig zullen worden geschaad. Ten tweede niet omdat dat desastreus zal zijn voor de kwaliteit van de toekomstige gezondheidszorg in Nederland. Het moet toch mogelijk zijn dat we er met het gebruik van enig gezond verstand uitkomen? Al was het alleen maar om te voorkomen dat we straks over onze gezondheidszorg moeten zeggen: 'Er was eens . . .', zoals in het korte sprookje dat ik onlangs op het LAD-bureau aantrof en dat ik hier graag laat volgen.



Er was eens een groentewinkelier. Het was een hele vakbekwame groentewinkelier. 's Morgens stond hij vroeg op om het eerst op de veiling te zijn om de beste groenten en het mooiste fruit te kunnen kopen. Zijn appels glommen en zijn kroppen sla waren de grootste en de malste die er in de stad te koop waren. Hij werkte hard, zijn groentezaak groeide en bloeide. Hij had een mooi pand in een goede winkelstraat en in de winkel werd hij bijgestaan door een aardige verkoopster, die voor iedereen een vriendelijk woord over had. Omdat hij zo hard werkte en zoveel hart voor zijn zaak had, verdiende hij een goede boterham en kon hij in zijn schaarse vrije tijd ook nog leuke dingen doen.

Op een dag viel er een brief in de bus, voorzien van een groot officieel briefhoofd. De brief was van het Ministerie. In de brief stond dat de minister vond dat hij te veel verdiende. Dat de prijzen die hij voor zijn groenten en fruit vroeg, veel te hoog waren. Dat gold niet alleen voor hem, maar voor alle groentewinkels in de stad en zelfs in het hele land. Omdat de groente zo duur was, moesten de mensen in het land daar te veel van hun inkomen aan besteden, zodat er volgens de regering te weinig overbleef voor andere uitgaven. Daarom moest de regering uit de belastinggelden te veel uitgeven om de mensen in dat land te helpen met hun huur, met het kopen van een huis, etc. Dus ging de regering de prijzen van groenten en fruit verlagen. Zoveel verlagen, dat die groentewinkelier nog maar de helft zou verdienen van wat hij eerst verdiende.

De groenteman kon het eerst niet geloven. De mensen in de winkel vonden zijn groenten helemaal niet te duur en bovendien hij was vrije ondernemer, hij had een verkoopster in dienst, een winkelpand dat hij moest huren en allerlei andere

kosten. Je kon de prijzen toch niet zover verlagen dat hij daar gewoon geen geld meer voor zou hebben?

Maar ja hoor, de plannen van de minister stonden vast. Natuurlijk was er aan alles gedacht, schreef de minister als antwoord op zijn klachten. Hij kon heel goedkope winkelruimte huren in het gemeentehuis en een verkoopster werd hem wel door de gemeente ter beschikking gesteld. Die moest hij dan wel samen met een andere groentewinkelier delen, dat wel. En als ze dat nu maar zouden doen, dan bleef er nog best genoeg geld over om van te leven, volgens de minister – en zo geschiedde.

Maar de verkoopster uit het gemeentehuis was lang zo aardig niet tegen de klanten als zijn vorige verkoopster. Bovendien kon hij niet meer de beste groenten en het mooiste fruit inkopen, want daar had hij geen geld meer voor. De groenteman deed wat hij kon, maar het ging niet. En zo ging hij 's morgens niet meer zo vroeg naar de veiling om de beste producten uit te zoeken, want dat had toch geen zin en hij werkte ook niet meer zo hard, want daar had hij geen zin meer in. Zo ging de kwaliteit van de groenten en het fruit in dat land steeds verder achteruit. En omdat je de producten ook op steeds minder plaatsen kon kopen, vormden zich elke dag langer wordende rijen wachtenden voor de winkels. Maar de groente was wel goedkoop, dat wel.

De gemeenteraad keek en zag dat het niet goed was. De groentewinkeliers dreigden met acties en de gemeenteraad kwam in spoedberaad bijeen. Ook binnen de vakorganisatie van groentewinkeliers werd koortsachtig overlegd. Men besloot een onafhankelijke expert in de arm te nemen, een te goeder naam en faam bekend staande radiohandelaar. En die trok aan het werk.

Hoe het afliep? Dat weten we nog niet, maar laten we hopen dat dit sprookje uiteindelijk een boze droom zal blijken te zijn.

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

N.B. Iedere gelijkenis met bestaande situaties dan wel personen berust op volkomen coincidentie.

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.

SAMENWERKING MET ZUID-AFRIKA

Naar aanleiding van de beslissing van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis de samenwerking met het Tygerberg Ziekenhuis in Cape Town, Zuid-Afrika, voort te zetten, hebben wij onze verontrusting over deze beslissing in een brief van de volgende inhoud aan de directie van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis kenbaar gemaakt:

Geachte collegae,

Blijkens berichten in onder andere NRC/Handelsblad heeft de directie van het Kanker Instituut Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis in Amsterdam besloten in het kader van een vergelijkend onderzoek naar de resultaten van de borstsparende behandeling van borstkanker, te willen doorgaan met de samenwerking met het Tygerberg Ziekenhuis in Cape Town, Zuid-Afrika.

Het mag als bekend worden verondersteld dat de gezondheidszorg in Zuid-Afrika, evenals vele andere aspecten van het leven, ernstig wordt getroffen door de wetten en regels van de apartheid. Deze regels hebben onder andere geleid tot slechte levensomstandigheden, ondervoeding en armoedeziekten in de zogenaamde onafhankelijke thuislanden en in de zwarte woonoorden. De Zuidafrikaanse overheid kan deze regels alleen handhaven met bloedige onderdrukking, willekeurige arrestaties en martelingen, die alle wederom ernstige gezondheidsrisico's voor de bevolking inhouden.

Gezondheidszorginstituten in Zuid-Afrika bestaan binnen de apartheid en haar regels. Het Tygerberg Ziekenhuis is daarop geen uitzondering; het is een groot opleidingsziekenhuis, bestaande uit twee identieke spiegelbeeldig tegen elkaar aangebouwde afdelingen: één voor blanken en één voor niet-blanken. Het Tygerberg Ziekenhuis moet doorgaan als een voorbeeld van 'apart, maar gelijk'. Deze gelijkheid komt echter alleen tot uiting in de maten van het gebouw; in termen van kansen voor opleiding tot arts of verpleegkundige, bereikbaarheid en betaalbaarheid van medische zorg blijft de ongelijkheid tussen de 'rassen' bestaan. Hoewel het Tygerberg Ziekenhuis op medisch-technisch gebied een goed ziekenhuis is, wordt dit stukje 'etalage-apartheid' in z'n medisch onnodige en dure verdubbeling ter wille van de rassenscheiding wél ongevraagd door de Zuidafrikaanse belastingbetaler gefinancierd.

Het is jammer, dat de directie van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis dit niet ziet en voorrang geeft aan het op zich belangrijke wetenschappelijke project. Vele Zuidafrikaanse collegae die zich actief inzetten voor

BRIEVEN

een non-raciale democratische samenleving en gezondheidszorg in hun land, zullen de beslissing van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis als een klap in hun gezicht ervaren. Zij kunnen echter hun stem niet laten horen, omdat iedere boycotdiscussie in Zuid-Afrika verboden is. Voor artsen die zich ervoor uitspreken dreigt naast gevangenisstraf bovendien nog een disciplinaire straf (schorsing).

Internationale organisaties als de VN, de WHO en UNESCO roepen op om Zuid-Afrika ook op wetenschappelijk terrein te boycotten. De beslissing van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis wél samen te werken met het Tygerberg Ziekenhuis doorkruist deze zwaarwegende oproep. Bovendien worden het Koningin Wilhelmina Fonds, als belangrijke financier, en zijn tienduizenden gevers in Nederland door een dergelijke beslissing gecompromitteerd.

Met dit schrijven hopen wij dat de beslissing van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis alsnog zal worden herzien en dat men zal afzien van wetenschappelijke samenwerking met Zuid-Afrika.

Leiden, september 1988

Namens Johannes Wier Stichting voor Mensenrechten en Gezondheidszorg
Health Watch Group Southern Africa,
A. van Es

PERIKEL

Het praktijkperikel in MC nr. 33-34/1988, blz. 978, verbaast mij in hoge mate. Dat iemand de onbeschaamdheid heeft een medicus die met vakantie is te storen in plaats van naar de lokale dienstdoende dokter te gaan, is al onbegrijpelijk. De rekening zou in dat geval ook niet lager zijn geworden, naar alle waarschijnlijkheid, want ook de dokter in het vakantiedorp hanteert een weekendtarief. Bovendien had patiënte nu nog het voordeel dat ze door iemand die dezelfde taal sprak werd behandeld en ze hoefde er de deur niet voor uit. Zou collega B een fout hebben gemaakt, zou hij ondanks dat het in de vakantie gebeurde, toch op zijn verantwoordelijkheid worden aangesproken.

Te veel wordt er nog door het publiek van uitgegaan dat op een arts te allen tijde een beroep kan worden gedaan, ook als deze geen

dienst heeft en in dit geval zelfs voor iets dat kennelijk geen spoedgeval, laat staan levensbedreigend, is. Dokter dient dit dan ook tijdens zijn vakantie maar even gratis te doen.

De reactie van de medisch adviseur van de verzekering is ook volkomen onbegrijpelijk voor mij. Er zijn slechts weinig professies waar men 24 uur per dag en zelfs in de vakantie, kennelijk met succes, een beroep op kan doen. Dat daar een behoorlijke honorering tegenover staat, is terecht. Zou de verzekeringsgeneeskundige al eens hebben geprobeerd een verzekeringsmaatschappij op zaterdagavond te bereiken? Van een collega had ik derhalve meer inzicht verwacht.

De opmerkingen over de kamer van collega B en de financiële vrieskou zijn van een orde, dat ik vind dat de redactie van Medisch Contact er goed aan doet de inhoud van het voor deze rubriek aangeboden materiaal nog eens grondig na te zien.

Rotterdam, september 1988

W. J. den Ouden, kinderarts

EX ANIMO LUX

Cultureel maandblad voor blinden

Een initiatief van een aantal Haarlemse artsen, dat vruchtbaar bleek en verdere bekendheid behoeft:

In 1989 is het vijftiende jaar geleden dat door een aantal artsen en hun vrienden uit Haarlem en omstreken de Stichting 'Ex Animo Lux' in het leven werd geroepen. Er bleek behoefte te bestaan aan een maandblad op wat hoger wetenschappelijk en cultureel niveau, naast de meer algemeen-informatieve banden van de Nederlandse Blindenbibliotheek. Ex Animo Lux beschouwt het gesproken cultureel maandblad als een aanvulling daarop. Abonnees zijn blindgeworden mensen of zo goed als blinden. Zij worden nu voorzien van informatie uit de meest uiteenlopende tijdschriften, vakbladen en kranten uit binnen- en buitenland. Artikelen op cultureel, filosofisch, historisch, populair-wetenschappelijk en kunstzinnig gebied. Al deze artikelen worden door de Nederlandse blindenbibliotheek in Den Haag door deskundigen op een moederband ingesproken. Leden van Ex Animo Lux zorgen voor de overige werkzaamheden, zoals het vermenigvuldigen en verzenden van de cassettebandjes. De stichting krijgt geen overheidssubsidie. Ex Animo Lux is dus op vrijwilligers aangewezen. De PTT zorgt voor een portvrije verzending. Het gesproken maandblad kost f 20,— per jaar. Daarvoor krijgt de abonnee iedere maand, met uitzondering van

de zomermaanden, twee bandjes toegezonden.

Uit reacties blijkt dat niet alleen de blinden plezier hebben van de cassettes. Ze worden in groepsverband door de blinde en slechthorende abonnees samen met kennissen beluisterd. De artikelen zijn vervolgens aanleiding tot langdurige discussie.

Ex Animo Lux kan nog meer abonnees in den lande van dienst zijn. Wij weten dat de bekendheid met het werk van Ex Animo Lux nog te gering is, zodat een vrij grote groep gehandicapten niet wordt bereikt. Het is maar een weet voor ons medici om ook hier steun en meer 'uitzicht' te kunnen verlenen. In uw praktijk zit vast nog wel een potentieel lid-abonnee!

Nadere informatie en opgave van nieuwe abonnees bij: W. R. W. Hommes, van Oldenbarneveltlaan 13a, 2012 PA Haarlem.

Haarlem, september 1988
W. R. W. Hommes

WONDERBAARLIJK (1)

Praktijkperikel nr. 31-32/1988

Met verbazing en verontwaardiging las ik in Medisch Contact van 12 augustus jl. (MC nr. 31-32/1988, blz. 922) de rubriek 'Praktijkperikelen'. Is er ook bij Medisch Contact sprake van komkommertijd in de zomermaanden? Het praktijkperikel '(Wonder)baarlijk' is mijns inziens geen praktijkperikel en hoort daarom niet in deze rubriek thuis.

Ik zou tegenover mijn kankerpatiënten niet durven beweren dat het Moerman-dieet hun kanker geneest. In het informatiestencil dat ik kankerpatiënten meegeef staat met grote letters: 'Genezen van kanker kan niet alleen met de Moerman-therapie!'. Onder de Moerman-therapie versta ik dan het voorschrijven van het Moerman-dieet en de acht stoffen van collega Moerman: vitamine A, vitamine B-complex, vitamine C, vitamine E, citroenzuur, zwavel, jodium en ijzer. Het Moerman-dieet is wel zinvol, omdat het kan bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van het leven. De collega heeft natuurlijk wel gelijk met zijn opmerking dat het gebruik van casuïstiek als bewijs voor de werkzaamheid van een (alternatieve) therapie zinloos is.

Rotterdam, september 1988
L. P. Huijsen, Moerman-arts

WONDERBAARLIJK (2)

Praktijkperikel nr 31-32/1988

Hierbij wil ik gaarne reageren op het praktijkperikel in Medisch Contact van 12 augustus jl. (MC nr. 31-32/1988, blz. 922). Zogenaamde long-term survivors zijn er bij de meeste

kwaadaardige ziekten, zelfs zonder behandeling. Voorts heb ik er bezwaar tegen, dat juist met casuïstiek wordt gesuggereerd dat de Moerman-therapie onzin is. Een relevante vraag is bijvoorbeeld: komen dergelijke long-term survivors meer of minder vaak voor, wanneer de Moerman-therapie wordt gevolgd? Spontane regressie is bij de patiënten uit het perikel niet aangetoond en juist regressie zie je vaker dan spontaan in de Moerman-therapie.

Tot op heden heb ik circa 250 patiënten met een bewezen kwaadaardige aandoening volgens Moerman behandeld. Onder hen heb ik, ondanks slechts een compliance van circa 70%, 5 regressies van meer dan 50%, 1 totale regressie, en 4 patiënten bij wie sinds het begin met de Moerman-therapie de tumor niet meer is gegroeid; circa 30% van de patiënten is fitter, in veel gevallen stijgt de Karnofsky-index fors.

Uit de praktijk van drie specialisten die elk veel meer kankerpatiënten hebben gezien dan ik, is slechts één regressie van minder dan 50% bekend. Spontane regressie is dermate zeldzaam dat de regressies bij mijn patiënten onmogelijk allemaal spontaan zijn.

Utrecht, september 1988
E. Valstar, arts-bioloog

OLMA FRACTIEWAARDE

De Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (Olma) sluit verzekeringen in de vorm van fractieverzekeringen en in de vorm van guldensverzekeringen. Voor deze fractieverzekeringen wordt eens per kwartaal – berekend volgens de artikelen 24 en 25 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo laatstverstreken kalenderkwartaal – een fractiewaarde berekend. Voor het 3e kwartaal 1988 bedraagt deze fractiewaarde f 2,13.'

Hulpverlening aan artsen

Hulpverlening ten behoeve van artsen die worstelen met problemen op het gebied van geestelijke gezondheid kan in eerste instantie worden geboden via een netwerk van contactpersonen die bereid zijn voor de eerste opvang van deze collegae en hun gezinsleden op te treden. In Twente zijn regionale contactpersonen bereikbaar. Collegae die zich liever aansluiten bij lotgenoten kunnen naar een zelfhulpgroep van artsen gaan. Onder de naam Anonieme Dokters zijn verschillende werkgroepen gevormd. Deze komen elke veertien dagen bijeen op zaterdagochtend van 11.00 tot 13.00 uur.

Voor nadere inlichtingen (uiteraard uitgezonderd hulpvragen) gelieve men zich te wenden tot collega J. Diepersloot, secretaris-generaal der KNMG, of de voorzitter van de initiatiefgroep Prof. Dr. J. Schudel, lid van het KNMG-hoofdbestuur.

LANDELIJKE CONTACTPERSONEN

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

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

Dr. P. Lens, huisarts, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden, tel. 070-706440 (overdag) of 023-245362 ('s avonds)

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

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

Prof. Dr. H. G. M. Rooymans, vakgroep Psychiatrie, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden, tel. 071-269111

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

CONTACTPERSONEN REGIO TWENTE

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

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

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

ANONIEME DOKTERS

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

Werkgroep Den Haag, tel. 01751-17995

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-463449

Gezondheidsbeleid en machtsversnippering

1: Gezondheidsbeleid en de verdeling van macht

Ingrijpende wijzigingen in het gezondheidszorgbeleid verzandden tot nu toe steeds ten gevolge van de machtsversnippering in de volksgezondheid. Zo is er nog lang geen sprake van een gezondheidsbeleid in plaats van een gezondheidszorgvoorzieningenbeleid, zoals de 'Nota 2000' bepleit. In de volksgezondheid trekken op beleidsterrein de perikelen rond de verzekering van ziektekosten de meeste aandacht. De discussies over de basisverzekering overschaduwden bijvoorbeeld de taak van de gemeentelijke overheden om het 'openbaar gezondheidsbeleid' vorm te geven¹, alsook de voorzichtige deelname van sommige grote steden aan het 'Healthy Cities'-project van de WHO².

Impliciet of expliciet wordt de machtsversnippering wel geaccepteerd als verklaring voor de weinig succesvolle beleidsmatige beheersing van de gezondheidszorg. Analyses van – laat staan empirisch onderzoek naar – de machtsstructuur van de gezondheidszorg, zijn echter zeldzaam. Juist dergelijke analyses zouden een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan kennis over de haalbaarheid van beleidsinterventies. In twee artikelen doen we een poging die analyse wel te maken en gaan we wat dieper in op de machtsversnippering in de gezondheidszorg. In dit eerste artikel beschrijven we wat onder gezondheidsbeleid wordt verstaan en staan we stil bij het begrip 'macht' en de verdeling van de macht over de belangrijkste partijen. Vervolgens gebruiken we in het tweede artikel de introductie van gezondheidsbeleid als een 'case', waarin een belangrijke verschuiving van beleid wordt bestudeerd vanuit de machtsoptiek. We proberen hiermee duidelijk te maken hoe dit ingrijpende voorstel uitwerkt in het machten- en krachtenspel van de huidige gezondheidszorg; daarmee worden uitspraken mogelijk over de kansen van een gezondheidsbeleid in Nederland. Verder hopen we aan te tonen hoe een diepere analyse van macht in de gezondheidszorg kan bijdragen aan inzicht in de beheersingsmogelijkheden binnen dit beleidsterrein.

INTRODUCTIE BELEID

In 1986 presenteerde de toenmalige staatssecretaris van WVC de nota 'Over

R. van de Vrie en
A. van Elzakker

In de 'Nota 2000' (1986) van WVC wordt een verschuiving bepleit van gezondheidszorgvoorzieningenbeleid naar gezondheidsbeleid. Maar hoe haalbaar zijn beleidsinterventies ten onzent? Drs. Reinier van de Vrie, eindredacteur van het Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting Utrecht en Drs. Ad van Elzakker, beleidsmedewerker volksgezondheid bij de gemeente Den Haag, doen een poging de machtsstructuur van de gezondheidszorg te analyseren.

de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoorstellen', kortweg de 'Nota 2000'. Er worden vier redenen genoemd waarom deze nota is uitgebracht³:

1. de wens het beleid te heroriënteren op gezondheid;
2. de noodzaak te anticiperen op toekomstige ontwikkelingen;
3. de noodzaak tot bezinning op de positie van de volksgezondheid in de snel veranderende samenleving; en
4. de internationale afspraken die zijn gemaakt binnen het verband van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) van de Verenigde Naties.

Het is volgens de 'Nota 2000' dus niet alleen wenselijk, maar ook noodzakelijk een belangrijke koerswijziging in het volksgezondheidsbeleid aan te brengen. Het tot op heden gevoerde gezondheidszorgvoorzieningenbeleid moet worden omgevormd tot het meer omvattende gezondheidsbeleid. Gezondheidsbeleid is volgens de 'Nota 2000'⁴: 'het beleid dat erop is gericht de gezondheidstoestand van (delen van) de bevolking te handhaven of te verbeteren door middel van maatregelen, die gericht zijn op de determinanten van gezondheid'. Een dergelijk beleid is veel omvattender en kiest vooral geheel andere uitgangspunten dan het tot op heden gevoerde beleid, dat zich primair richt op het voorzieningensysteem van gezondheidszorg.

Gezondheidsbeleid kenmerkt zich vooral doordat het uitgangspunt ervan ligt bij de gezondheidstoestand van de bevolking als geheel. Dus in plaats van bij de individuele zieke, zoals in het traditionele beleid, ligt de nadruk op het collectieve gezonde bestaan. Uiteraard moet deze herdefiniëring van het beleidsprobleem leiden tot andere beleidsstrategieën dan de tot nu toe gevolgde. De aandacht voor de zorg voor zieken wordt slechts één van de mogelijke onderdelen van een beleid dat zich bezighoudt met de gezondheid van de bevolking.

De voorstellen in de 'Nota 2000' kunnen met recht worden beschouwd als een aardverschuiving binnen het beleidsterrein. Een dergelijke beleidswijziging kan natuurlijk niet zo maar van de ene dag op de andere worden gerealiseerd. Binnen het ministerie van WVC is daarom veel aandacht besteed aan de introductie van het gezondheidsbeleid. Er zijn studiedagen georganiseerd en publikaties verzorgd⁵. Ondanks deze bewuste introductie, blijft het besef dat het gezondheidsbeleid een kwestie is van smalle marges⁶.

Twee jaar na de verschijning van de nota blijkt dat inderdaad het geval. Het gezondheidsbeleid is nog steeds vooral een papieren activiteit. Het is interessant na te gaan hoe het gezondheidsbeleid in het belangrijkste beleidsdocument van het kabinet op dit moment een plaats heeft gekregen. In deze zogeheten 'derde Dekkerbrief', getiteld: 'Verandering verzekerd; stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg'⁷, geeft het kabinet zijn definitieve standpunt ten aanzien van de voorstellen van de commissie-Dekker. In dit beleidsdocument worden belangrijke koerswijzigingen van beleid aangekondigd. Die wijzigingen spelen zich af binnen het gezondheidszorgbeleid. Het volksgezondheidsbeleid zal de komende jaren worden gedomineerd door het streven naar een basisverzekering voor zorgkosten en naar een grotere marktwerking, wat ten koste gaat van de overheidsregulering. Het gaat om een andere koerswijziging als voorgesteld in de 'Nota 2000'.

In het beleidskader waarbinnen de nota 'Verandering verzekerd' is geschreven, wordt het gezondheidsbeleid niet eens genoemd. Het beleidskader blijkt weder-

om te zijn opgebouwd uit een aantal bekende thema's van het zorgbeleid: substitutie, toegankelijkheid, kostenbeheersing, enz. Aan de 'Nota 2000' en de daarin uitgezette beleidskoers wordt slechts enige aandacht besteed wanneer het gaat over de taak van de overheid in de volksgezondheid. Voor de rijksoverheid is gezondheidsbeleid een der taken binnen het beleidsterrein. Instrumenten voor dit beleid zijn wetgeving met betrekking tot gezondheidsbescherming en informatieverzameling ten aanzien van gezondheidsproblemen. Voorts worden periodieke 'kerndocumenten' aangekondigd voor een verdere invulling van het gezondheidsbeleid. Voor de gemeentelijke overheden is het 'openbare gezondheidsbeleid' de enige taak. Invulling kan hieraan worden gegeven via collectieve preventie en via het verwerven van inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking. Van een verschuiving van zorgbeleid naar gezondheidsbeleid komt hiermee nog weinig terecht. Tot op heden lijkt er op z'n hoogst sprake te zijn van een nieuw onderzoekprogramma binnen de volksgezondheid en mogelijk van een nieuwe impuls voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) en preventie.

Waarom is de verschuiving richting gezondheidsbeleid niet van de grond gekomen en zal die verschuiving in de toekomst wel optreden? Deze twee vragen stellen we hierna centraal. Voor beantwoording geven we een schets van de machtsstructuur in de gezondheidszorg.

HET BEGRIIP 'MACHT'

Macht is een moeilijk grijpbaar iets. Dat blijkt wel uit de vele definities die van het begrip 'macht' in omloop zijn. In de meeste van die omschrijvingen zijn wel gemeenschappelijke kenmerken te vinden. Een op basis hiervan eenvoudig geformuleerde definitie, die we in deze bijdrage gebruiken, luidt: macht is het bewuste en bij herhaling inzetbare vermogen een individu of een groep gedrag te laten vertonen dat anders niet zou worden vertoond. Hieraan kunnen we toevoegen dat macht instrumenteel is, dat wil zeggen dat het wordt ingezet om iets te bereiken, om een belang na te streven. De verdere analyse van het machtsbegrip baseren we hier op het werk van K. Galbraith⁸; diens analyse spreekt aan door helderheid en eenvoud.

Galbraith onderscheidt machtsinstrumenten en machtsbronnen. De laatste vormen de basis van de macht, de eerste

de hulpmiddelen om macht uit te oefenen. Als *instrumenten van de macht* noemt Galbraith drie hoofdcategorieën: dwang, beloning en overreding. Dwang, het vermogen tot straffen, is het meest tot de verbeelding sprekende en het meest direct met machtsuitoefening geassocieerde instrument. Niet zelden wordt beweerd dat alle macht uiteindelijk is gebaseerd op de mogelijkheid tot (fysiek) straffen. Beloning wordt dan gezien als een positieve dwang. Overreding, het beïnvloeden van gedrag zonder werkelijk gebruik van dwang of beloning, is echter het meest gehanteerde machtsinstrument. Bij overreding verwijst men regelmatig naar (het mogelijk hanteren van) straf en beloning. Maar ook zonder dat kan er van invloed sprake zijn.

Als *bronnen van macht* noemt Galbraith eveneens drie hoofdcategorieën: persoonlijkheid, bezit en organisatie. Bij persoonlijkheid gaat het om specifieke eigenschappen van een individu, zoals opmerkelijke spierkracht of aangeboren leiderschap. Bij bezit gaat het uiteraard om beschikbare economische goederen van een individu of groep, maar ook om minder stoffelijke zaken als kennis en deskundigheid. De leuze 'Samen sterk' is in wezen de kern achter de machtsbron 'organisatie'. Daarbij gaat het dan niet zozeer om ad hoc groepsvorming van individuen, maar om de geïnstitutionaliseerde samenwerking van mensen in organisaties.

In de moderne samenleving is organisatie de belangrijkste machtsbron en overreding het belangrijkste machtsinstrument. Grote bureaucratische organisaties in onze maatschappij en de vooraanstaande rol van de massamedia illustreren dit. 'Macht' is een relatief begrip en laat zich moeilijk in een bepaalde hoeveelheid uitdrukken. Pas na de machtsuitoefening is enige effectiviteitsmeting mogelijk. Overigens is het empirisch meten van macht een bijzonder ingewikkelde zaak⁹. Wel is duidelijk, dat er geen evenredige relatie bestaat tussen de effectiviteit van de machtsuitoefening en de beschikbare machtsinstrumenten. Vaak komt gewenst gedrag tot stand zonder daadwerkelijk inzet van machtsinstrumenten en regelmatig blijkt meer macht te kunnen worden uitgeoefend dan er eigenlijk instrumenten beschikbaar zijn. In beide gevallen kunnen we spreken van de legitimiteit van macht of gezag. Hiermee kan de aanvaarding van macht worden uitgedrukt. Hoe rechtvaardiger de macht wordt beschouwd, des te minder bestaat

de noodzaak gebruik te maken van machtsinstrumenten.

Behalve van de aanwezige machtsinstrumenten en de aanvaarding en rechtvaardiging daarvan, is de macht van een organisatie in de samenleving sterk afhankelijk van de interne cohesie van die organisatie. Hoe hechter de organisatie, hoe meer macht naar buiten toe kan worden ontwikkeld. De cohesie binnen een organisatie hangt op haar beurt weer nauw samen met de interne mogelijkheden van machtsuitoefening en de aanvaarding daarvan door de leden van die organisatie. Interne en externe processen van machtsuitoefening zijn op deze wijze nauw aan elkaar gekoppeld.

Met behulp van de hier geïntroduceerde terminologie zullen we nu de gezondheidszorg beschrijven vanuit het machtsbegrip.

VERDELING VAN MACHT

Wil men in een kort bestek als dit een schets geven van de structuur van de gezondheidszorg, dan valt niet te ontkomen aan een vereenvoudiging van de werkelijkheid. Als we beweren dat er in de gezondheidszorg vier belanghebbende partijen zijn, maken we dit onderscheid om de voorgenomen analyse te kunnen geven. De vier partijen die we onderscheiden zijn, in willekeurige volgorde: patiënten, het veld van de gezondheidszorg (de zorgverleners), de overheid en de zogeheten financiers (ziekenfondsen en particuliere verzekeraars). We zullen bekijken wat de machtsbronnen en machtsmiddelen zijn voor eventuele machtsuitoefening waarover de vier partijen beschikken. Het gaat hier slechts om een eerste globale verkenning.

Patiënten

Tot de partij van de patiënten behoren we allemaal, in die zin dat ieder van ons wel eens gebruiker is van de gezondheidszorg. Slechts weinigen zullen zich echter tot de patiëntenpartij rekenen. Zij die dit wel doen zijn meestal de grootverbruikers van zorg, met name de mensen met chronische aandoeningen. Het gaat om een relatief kleine groep in de samenleving, met bovendien een lage organisatiegraad. De machtsbron 'organisatie' is voor de patiënten met andere woorden van weinig gewicht. Hetzelfde geldt voor de machtsbron 'bezit'. Bezit in de vorm

van geld speelt niet zo'n grote rol door het bestaan van het ziektekostenverzekeringstelsel in Nederland. Het ontbreken van kennis (ook een vorm van bezit) is juist min of meer kenmerkend voor de patiëntengroeperingen, al verwerven ze naarmate ze langer bestaan een steeds grotere deskundigheid, vaak op zeer specifieke terreinen.

De conclusie is dat patiënten geringe mogelijkheden hebben voor machtsuitoefening. Dit betekent niet dat de patiënten volstrekt geen inbreng hebben in het krachtenveld van de gezondheidszorg. Binnen de patiëntenpartij zijn diverse organisaties die op bepaalde deelbelangen zijn gericht actief, die van tijd tot tijd via het instrument van overreding een behoorlijke macht (invloed) kunnen uitoefenen. Als voorbeeld kunnen we de Nederlandse Hartstichting noemen; de grote aandacht voor hart- en vaatziekten in ons land en de consequenties daarvan voor het systeem van gezondheidszorg kunnen in niet onbelangrijke mate worden teruggevoerd op het instrument overreding dat deze stichting op veelzijdige wijze hanteert.

Veld

Met het veld van de gezondheidszorg bedoelen we de bonte verscheidenheid van aanbieders van zorg in alle uiteenlopende disciplines en institutionele vormen. Binnen dit veld zijn de machtsbronnen 'bezit' en 'organisatie' in ruime mate aanwezig. Het veld bezit in wezen de produktiemiddelen voor de gezondheidszorg. Het belangrijkste produktiemiddel is zonder twijfel de medische kennis, waarvoor een deel van het veld het monopolie heeft, een monopolie dat zelfs wettelijk is beschermd door de Wet Uitoefening Geneeskunst.

Door het bestaan van dit wettelijk vastgelegde kennismonopolie beschikt het veld over sancties en beloningen die het als machtsinstrumenten kan inzetten. Juridische sancties worden bijvoorbeeld gehanteerd bij overtredingen van buitenstaanders van de monopoliewetten; beloningen zijn er in de vorm van medische verzorging van consumenten. Het kennismonopolie heeft tevens stimulerend gewerkt voor de groepsvorming binnen het veld: de bezitters van kennis wensen zich te onderscheiden van de leken. De machtsbron 'organisatie' is daarom goed ontwikkeld. Tot welke machtsontwikkeling de sterke aanwezigheid van bezit en organisatie in het veld kan leiden, valt te illustreren met vele voorbeelden. Dat de

medisch specialisten de al jaren noodzakelijk geachte bezuinigingen kunnen ontlopen, is er daar één van. Bij de mobilisatie van macht door het veld speelt gezag een grote rol. De professionele zorgverleners en met name natuurlijk de artsen staan in hoog aanzien in onze samenleving. Zo vinden velen, om bij het eerste voorbeeld te blijven, dat medisch specialisten recht hebben op zeer hoge inkomens.

Op verschillende plaatsen in de literatuur wordt de machtspositie van de professionals in de gezondheidszorg benadrukt of als totaal beschouwd. Volgens sommige auteurs spelen de medische professies zelfs een dominante rol in de definiëring en ordening van de sociale werkelijkheid. Zij zouden immers bepalen wat ziek en gezond is of wat normaal of abnormaal is¹⁰.

Toch is deze machtspositie thans niet zo absoluut. Er zijn verschillende factoren die dit verhinderen. In de eerste plaats kunnen we de toenemende nadruk op kostenbeheersing noemen. Vanuit deze doelstelling wordt het noodzakelijk zekere beperkingen op te leggen aan het vrijelijk – en kostbaar – handelen van zorgverleners.

In de tweede plaats is het zo dat hier gemakshalve wordt gesproken over het veld als eenheid, waar in werkelijkheid geen eenheid is. Er is geen sprake van een ééndimensionale machtsstructuur binnen het veld, maar van versnippering. We kunnen hierbij denken aan de kloof tussen artsen en andere zorgverleners (paramedici, verpleegkundigen, etc.), welke kloof wordt gevormd door het medische kennismonopolie. Ook is er een gespannen verhouding tussen de medische en administratieve staf in intramurale instellingen; zeker sinds de invoering van de budgettering is die van belang. Een derde factor is het tanende gezag van het veld, met name van de medische zorgverleners. Gebaseerd op het machtsinstrument (medische) kennis heeft de medische zorg in de loop der tijd een groot gezag in de samenleving verworven. Door verschillende ontwikkelingen is het gezag van de medici echter aangetast¹¹. De verspreiding van kennis, de opkomst van alternatieve geneeswijzen (inclusief invloeden van andere culturen), de individualisering, de uiteindelijk toch eindige mogelijkheden van de gezondheidszorg en de toenemende mondigheid van consumenten, zijn enkele van de belangrijkste ontwikkelingen in dit verband. Wat de beleidsstructuur van de gezondheidszorg betreft zijn de artsen

overvleugeld, eerst door de planners en nu door de economen en managers. Deze factoren bepalen dat het veld geen absolute macht heeft op het beleidsterrein van de volksgezondheid.

Verzekeraars

'Wie betaalt bepaalt': een uitspraak die door de financiers in de gezondheidszorg regelmatig wordt gebruikt. Met 'financiers' bedoelen we de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, die gezamenlijk het leeuwedeel van de kosten in de gezondheidszorg betalen.

Bezit, in de vorm van financiën is dan ook de belangrijkste machtsbron van deze groep. Het geeft haar de mogelijkheid door middel van het instrument van beloningen macht uit te oefenen in het veld van de gezondheidszorg. Dit veld is afhankelijk van deze beloningen om te kunnen blijven bestaan. Zo gezien, lijkt het vanzelfsprekend dat de financiers grote invloed hebben op de inrichting van dat veld en op het beleid in de gezondheidszorg. Zeker wanneer, zoals in het geval van vele ziekenfondsen, er sprake is van een regionaal monopolie. Ook de machtsbron 'organisatie' is bij de financiers aanwezig. De organisatiegraad is hoog. Hierdoor slaagt men er regelmatig in effectief gebruik te maken van het machtsinstrument 'overreding'. In de huidige situatie lijkt het er zelfs op dat dit laatste instrument belangrijker is in het machtsspel van het volksgezondheidsbeleid dan het instrument van de beloning. Immers, de financiers kunnen niet vrijelijk omgaan met het instrument 'beloning'.

De machtspositie van de financiers is ook niet absoluut. Het zijn vooral wettelijke regels die dit in de weg staan, waarvan de Ziekenfondswet en Wet Tarieven Gezondheidszorg de belangrijkste zijn. De effectiviteit van het andere machtsinstrument, overreding, wordt eveneens beperkt. Hier speelt een rol dat de organisatie van financiers een belangrijke breuklijn kent tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars.

Overheid

De overheid treedt in verschillende hoedanigheden in de gezondheidszorg op: als aanbieder (bijvoorbeeld academische ziekenhuizen en basisgezondheidsdiensten), als financier (subsidies) en als beleidsmaker. Op de laatste rol ligt de nadruk. Dat is ook de hoedanigheid waarin we de overheid hier zullen benaderen.

Voor het bepalen van structuurbeleid kan de overheid putten uit alle machtsbronnen: persoonlijkheid, bezit en organisatie. Persoonlijkheid treffen we aan in de vorm van meer of minder populaire, gekozen bestuurders, bezit zien we in de beheersing van de collectieve financiële middelen, en organisatie vinden we in de vorm van krachtige en sterk ontwikkelde bureaucratische apparaten, het ambtenarenleger. Ook machtsinstrumenten heeft de overheid in ruime mate voorhanden: dwang, beloning en overreding. Het dwanginstrument is geregeld in het stelsel van wetgeving. Het instrument 'beloning' krijgt het duidelijkst gestalte in de mogelijkheden van de overheid tot belastingheffing en subsidieverstrekking. Overreding is een krachtig instrument van de overheid waar veelvuldig gebruik van wordt gemaakt (bijvoorbeeld via een stroom beleidsnota's). Daarbij heeft de overheid gezag. Het wordt algemeen geaccepteerd, ook in het beleidsveld van de volksgezondheid, dat er een overheid is die regulerend optreedt. Tot hoever die regulering moet gaan, is overigens een regelmatig terugkerend discussiepunt.

Al heeft de overheid veel troeven in handen, een absolute machtspositie heeft ook zij niet. Eigenlijk hebben we door in het voorgaande de machtsbronnen en -instrumenten van de andere groepen te schetsen al een aantal factoren genoemd dat de macht van de overheid beperkt. Daarnaast zijn er nog twee belangrijke factoren die de machtspositie van de overheid ondergraven. In de eerste plaats is het overheidsblok geen hechte organisatie. Binnen dit blok is evenzeer sprake van machtsversnippering. We kunnen hier denken aan de verhouding tussen het departement van WVC en andere departementen en binnen de verschillende afdelingen van WVC zelf. De versnippering van macht komt vooral tot uitdrukking in de relatie tussen de nationale en lagere overheden. Door het gelijktijdig benadrukken van decentralisatie, deregulering en bezuinigingen wordt een spanningsveld tussen de verschillende overheidslagen geschapen. Er is binnen het overheidsblok sprake van een proces van verdeling van de macht, dat (belangenorganisaties van) gemeenten en provincies tegenover elkaar en tegenover de rijksoverheid plaatst.

De tweede factor die de macht van de overheid ondergraft is haar tanende gezag. Met name de laatste jaren is dit gezag onderhevig aan een stevig slijtageproces. De toenemende mondigheid, verspreiding van kennis en individualise-

ring maken dat de door de overheid aangegeven beleidsrichtingen niet als vanzelfsprekend worden geaccepteerd. Integendeel, net zoals men het signaal van rode verkeerslichten massaal negeert, worden overheidsplannen ten aanzien van de gezondheidszorg terzijde gelegd. Op het moment dat plannen werkelijkheid dreigen te worden, spant men beroepsprocedures aan tegen de overheid. Onafhankelijk gezag wordt niet meer bij de wetgevende en bestuurlijke macht gezocht, maar bij de rechterlijke macht.

Externe machten en coalities

Na dit overzicht van machtsbronnen en -instrumenten van de vier onderscheiden groepen, moeten we nog aan twee zaken aandacht schenken, te weten de machtsuitoefening van buitenaf op het beleids terrein en de mogelijke vorming van coalities.

De volksgezondheid is sterk verweven met andere aspecten in de samenleving. Het beleidsterrein staat niet geïsoleerd van andere terreinen. Dit betekent dat andere (externe) belangen een rol spelen in de beleidsprocessen in de gezondheidszorg. Een alcoholmatigingsbeleid en een beleid dat gebruik van tabak moet terugdringen komen moeilijk tot stand, omdat de overheid via de accijns inkomsten binnenkrijgt. De departementen van Economische Zaken en Financiën lijken het in veel gevallen te winnen van het ministerie van WVC. Externe belangen worden vooral via de overheid als overkoepelende beleidsorganisatie ingebracht. Het meest sprekende voorbeeld is de druk van sociaal-economische zijde. Organisaties van werknemers en werkgevers trachten de beleidsvorming in de volksgezondheid te beïnvloeden, bijvoorbeeld met het argument van de werkgelegenheid. Uiteraard zetten zij daarbij machtsinstrumenten in. Externe machten bemoeilijken het een goed zicht te krijgen op het totaal van machten in de gezondheidszorg.

Een tweede complicerende factor is de vorming van coalities tussen verschillende participanten in de volksgezondheid. In coalities oefenen participanten die niet tot dezelfde groep behoren gezamenlijk macht uit, gebaseerd op gelijke (deel)belangen. Kenmerkend zijn evenwel het tijdelijke karakter van deze coalities en de wisselende samenstelling ervan. Het is niet zo dat twee partijen voortdurend gezamenlijk optrekken; het is afhankelijk van de belangen van het moment. Gaat

het bijvoorbeeld om bezuinigingen, dan staan overheid en financiers tegenover veld en patiënten; bij de discussie over planningsbevoegdheden vormen veld en financiers gemakkelijk een coalitie tegen de overheid. Nog ingewikkelder wordt het wanneer maar gedeelten van de groepen bij coalities zijn betrokken, bijvoorbeeld de lagere overheden en eerstelijns zorgverleners ten opzichte van de rijksoverheid. □

Volgende week: Achterliggende belangen bij de verschuiving van gezondheidszorgvoorzieningenbeleid naar gezondheidsbeleid.

Noten

1. Kabinetsstandpunt ten aanzien van het rapport van de commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg, 'Verandering Verzekerd: stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg', brief aan de Tweede Kamer d.d. 7 maart 1988.
2. A. van Elzakker. Gezonde steden; Nederland sluit zich aan bij het 'Healthy Cities'-project van de WHO. In: Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting, jrg. 5, nr. 1, 1988. Zie ook: J. Ashton, Healthy Cities; een project van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). In symposiumbundel 'Een leefbare stad: een kwestie van gezondheid', GG&GD Den Haag, 1987.
3. Nota 2000. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens, Tweede Kamer, 1985-1986, 19500, nr. 1-2, p.5.
4. Idem, noot 3, p. 345.
5. F. Schrameijer, e.a. De Nota 2000 ter discussie, 1987.
6. E. Dekker. De realisering van gezondheidsbeleid: een kwestie van marges. In: E. Dekker en B. Wijnberg. Gezondheidsbeleid, 1986, pp. 74-89.
7. Zie noot 1.
8. K. Galbraith. Anatomie van de macht, 1984.
9. J. van Putten. Haagse Machten: verslag van een politologisch onderzoek naar de totstandkoming van acht regeringsmaatregelen, 1980.
10. Zie bijvoorbeeld E. Freidson. Profession of medicine; a study of the sociology of applied knowledge, 1975, en I. Illich. Grenzen aan de geneeskunde, 1978.
11. Zie E. Shorter. Bedside manners; the troubled history of doctors and patients, 1985.

Eerste resultaten van experimenten met thuisverpleging

2: De inzet van middelen in de proeffase

In een vorig artikel is vooral aandacht geschonken aan de coördinatiefunctie en de rollen van de kerndisciplines in de praktijk van de thuisverplegingsexperimenten. Naast deze meer formele benadering zijn echter ook aspecten als omvang en inhoud van zorg van belang voor een goed zicht op de thuisverpleging binnen de experimentele settings. Deze staan in het onderhavige artikel centraal. De duur en intensiteit van de thuisverpleging, de rol van de eerstelijnsinstellingen, de inhoud van de extra verleende zorg, het gebruik van hulpmiddelen/informele zorg in en financiële aspecten van de thuisverpleging komen in dit artikel aan bod. De belangrijkste conclusie is, dat er nogal wat variatie aan de aanbodkant is ondanks het gegeven van globaal gelijksoortige terminale patiënten en dito 'behoeften'. Wijst het klaarblijkelijk niet centraal staan van de vraagkant misschien op een 'cultural lag' en/of structurele aanpassingsproblemen en bijgevolg een nog te geringe doorwerking van 'Dekkeriaanse' ideeën in de eerstelijnszorg? Het is echter ook niet uitgesloten dat de variaties aan de vraagkant en de feitelijke verschuivingen in vervulling van functies groter zijn dan de uitkomsten van de proeffase doen vermoeden, ondanks algemene functie-omschrijvingen.

ZORGDUUR

De gemiddelde duur van de thuisverpleging in deze opstartfase lag op ongeveer 14 dagen, met voor Amsterdam en Groningen een sterk accent op zeer kortdurende gevallen. Een duur van minstens één maand kwam het meest voor in de AZWZ-regio (bijna een kwart) en het minst in Amsterdam (11%) met het Groningse cijfer (18%) daartussenin. Klaarblijkelijk verschilt de duur van terminale zorg nogal per regio, namelijk van ruim één week tot ruim twee weken. Hierbij dient wel te worden bedacht, dat deze cijfers slechts een proefperiode van vier maanden betreffen, waarin nog ervaring moest worden opgedaan met structuur en functionering van thuisverpleging, terwijl dit onderwerp steeds meer in de publiciteit kwam.

Drs. M. H. J. M. Knapen

In zijn tweede en laatste artikel over experimenten met thuisverpleging gaat Drs. M. H. J. M. Knapen onder meer in op de duur en de intensiteit van de thuisverpleging, de rol van de eerstelijnsinstellingen en de inhoud van de extra verleende zorg. De auteur is als coördinator verbonden aan het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Nijmegen. Hij schreef beide artikelen à titre personnel.

Ligt misschien een verklaring voor verschillen in extra kosten per dag (zie verderop) in die zin, dat terminale zorg in een later stadium aangevangen gemiddeld intensievere zorgverlening vergt dan langer durende terminale zorg? Andere ervaringen elders wijzen op een soms aanmerkelijk langere (Stichting Voorbij de laatste stad in Rotterdam en de koepel van de particuliere verpleegbureaus onder de naam Nederlandse Vereniging voor Thuisverpleging), andere keren een ongeveer gelijke (Stichting Aanvullende Thuiszorg in Zoetermeer) of kortere duur (Spaarneland) van de (terminale) thuisverpleging.

Uiteraard zijn niet alle eerstelijnskerndisciplines altijd bij alle thuisverplegingsgevallen actief betrokken en varieert die betrokkenheid ook naar intensiteit. De feitelijke betrokkenheid in de zin van zorgverlening tijdens de uitvoering is als volgt, met tussen haakjes het verschil met de gerapporteerde betrokkenheid vooraf.

	Amsterdam	AZWZ	Groningen	totaal
huisarts	64 (-36)	60 (-33)	83 (-17)	75
wijkverpleging	81 (-12)	90 (+18)	95 (-1)	90
gezinsverzorging ..	39 (-43)	62 (+15)	45 (+3)	42
overige*	73	12	28	

* Deze categorie omvat de zorg door de 'pools' van verpleegkundigen, ziekenverzoekers en de nieuwe categorie 'verpleeghulp'.

Opvallend is dat met uitzondering van de AZWZ-regio de betrokkenheid van de kerndisciplines voorafgaand aan en ten tijde van de thuisverpleging enigszins lijkt te zijn teruggelopen. Klaarblijkelijk heeft dit ook te maken met de wijze waarop in eventuele additionele zorg wordt voorzien (zie de categorie 'overige'): het is dus niet zo dat tijdens de thuisverpleging minder verpleging en verzorging wordt verstrekt dan daarvoor, maar wel dat de herkomst van die zorg is gewijzigd. De betrokkenheid bij de zorg door de reguliere instellingen voor kruiswerk en gezinsverzorging lijkt vooral in Amsterdam wat te zijn teruggelopen en in de AZWZ-regio te zijn gestegen. Zou dit kunnen duiden op een omzetting van reguliere zorg in extra-reguliere zorg? Voorzichtigheid is hier geboden, omdat via de reguliere instellingen capaciteit op de particuliere markt kan worden ingehuurd (AZWZ) of menskracht van reguliere instellingen additioneel via de 'pools' kan worden ingezet (Groningen). Bij de huisartsen lijkt een dergelijke verschuiving veel minder mogelijk, omdat daar formeel geen alternatief voor bestaat (waarnemers worden ook als huisarts vanuit de eigen praktijk ingezet). Toch wijzen de cijfers bij huisartsen op een terugloop van hun betrokkenheid bij de onderzochte gevallen voor en na de start van de thuisverpleging. Het geconstateerde terugloopeffect kan enerzijds te maken hebben met 'meefouten' en gebrekkige rapportage van activiteiten door de huisarts (een aantal weigerde te registreren), maar zou wellicht ook kunnen wijzen op ontlasting van de huisarts door de garanties die aan de thuisverpleging zijn gekoppeld. Voorts gaat het hier alleen nog maar om betrokkenheid bij de zorgverlening en niet om de intensiteit van de zorg. Het is immers zeer wel voorstelbaar, dat in een aantal gevallen de reguliere zorg minder wordt dan wel wordt overgenomen, om juist in andere gevallen intensiever te worden door uit reguliere middelen gefinancierde zorg in te zetten. Op die intensiteit van de zorg geven de volgende cijfers meer zicht. Gemiddeld werden per patiënt ruim 20 bezoeken per week geregistreerd, waarvan ruim de helft minder dan een uur in

beslag nam. Bezoeken van meer dan zeven uur, die in Amsterdam wat vaker voorkomen (26%) dan elders (14%-21%), bestonden voornamelijk uit waak-/slaapdiensten. De huisartsen legden circa 13 procent van de bezoeken af, de wijkverpleging (in de zin van het kruiswerk) ruim eenderde en de instellingen voor gezinsverzorging nog geen vijfde deel (Amsterdam: 6%). De bijdrage van de gezinsverzorging aan het totaal aantal bezoeken lag in de AZWZ-regio en Groningen op bijna een kwart. In Amsterdam kwam vrijwel alle extra hulp via een centrale pool van werkers verbonden aan het coördinatiebureau, conform een algemene afspraak, en dus niet via de reguliere instellingen. In Groningen namen 'verpleeghulpen' van de pools die verbonden zijn aan de instellingen van gezinsverzorging en kruiswerk tweederde van de extra hulp voor hun rekening. In de AZWZ-regio werd een vrij groot deel van de 'aanvullende' hulp door de reguliere instellingen voor gezinsverzorging gegeven.

Het gemiddeld aantal uren hulp per week is in het navolgend overzicht opgenomen, met tussen haakjes het geregistreerde aantal uren hulp voorafgaand aan de thuisverpleging.

	Amsterdam	AZWZ	Groningen
huisarts	2,1	1,7	2,0
wijkverpleging	15 (8)	22 (8)	21 (10)
gezinsverzorging	12 (10)	22 (17)	27 (18)
overige	41	33	27

Waar wijkverpleging en gezinsverzorging in tijdsbesteding gemeten relatief fors bijdragen aan de uitvoering van thuisverpleging ongeacht het onderscheid tussen reguliere en extra-reguliere zorg (gemiddeld bijna 20 respectievelijk ruim 20 uur per week), is de bijdrage van de huisarts in tijd uitgedrukt relatief bescheiden (gemiddeld circa 2 uur per week). In Amsterdam wijken die bijdragen wat sterker af van het gemiddelde, namelijk respectievelijk 15, 12 en 2,1 uur. Dit zegt uiteraard nog niets over het kwalitatieve belang van die bijdragen. Hierbij dient te worden aangetekend dat 'overige' in de AZWZ-regio doorgaans hulp in de nacht door reguliere instellingen betreft, zodat de percentages 'wijkverpleging' en 'gezinsverzorging' aldaar fors hoger uitpakken dan de cijfers sec suggereren. Op basis van deze data zou kunnen worden gevraagd: hebben de reguliere instellingen in het werkgebied van het

AZWZ wat meer lucht in hun reguliere capaciteit, zijn ze meer in voor het leveren van extra zorg uit eventueel extra aangetrokken capaciteit of is het coördinatiebureau daar alerter op extra zorg vanuit reguliere voorzieningen?

De vergelijking van het aantal ingebrachte uren zorg door de instellingen in het kader van de thuisverpleging met de vooraf ingezette uren toont aan, dat gemiddeld gesproken tijdens de thuisverpleging aanzienlijk meer uren zorg zijn besteed. Bij de wijkverpleging gaat het zelfs om ruim een verdubbeling van de zorgomvang. Bij de instellingen voor gezinsverzorging is er sprake van een vermeerdering met gemiddeld een kwart. Hierbij is dan de extra zorg uit de categorie 'overige' nog niet meegerekend. Aldus bekeken wordt de benutting van de reguliere eerste lijn in de thuisverplegingsexperimenten wel degelijk fors opgeschroefd. Wordt over de regio's heen vergeleken, dan blijven de Amsterdamse cijfers in dit opzicht duidelijk achter bij die in de beide andere regio's. Wordt de capaciteit van de Amsterdamse instellingen normaliter misschien al optimaal benut? Voor de gezinsverzorging gaat dit in elk geval op, aldus geluiden uit het Amsterdamse. Komt dit omdat in Amsterdam nagenoeg alle extra zorg in het kader van het experiment via de pool wordt geleverd? Dit laatste is ongetwijfeld ook het geval, maar of dit alleen een voldoende verklaring vormt voor dit verschijnsel is te betwijfelen.

INHOUD VAN EXTRA ZORG

Het gemiddeld aantal gemachtigde uren zorg per patiënt (ongeacht de looptijd) naar te verrichten typen functies (betaald uit de experimentele middelen) is hierna weergegeven met tussen haakjes het aantal gevallen in procenten, waarop die cijfers betrekking hebben:

	Amsterdam	AZWZ	Groningen
verpleging	58 (52)	23 (36)	26 (12)
verzorging	21 (30)	32 (49)	46 (24)
overige	51 (30)	47 (30)	44 (71)
toegezegde mantelbijdrage	(90)	(86)	(94)

Terzijde zij hierbij gemeld, dat het aantal toegekende uren opvallend genoeg bijna altijd overeenkomt met het aantal gevraagde uren. Vinden de onderhandelings hierover wellicht voor de invulling van de intake en het zorgplan plaats?

Kent men de toelatingscriteria goed, evenals de toepassing ervan in de praktijk? Dit laatste lijkt onwaarschijnlijk.

De extra inzet van anderen dan verplegenden en verzorgenden lijkt groot (44 tot 51 uur). Dit is echter misleidend, omdat het vooral gaat om de inzet van personeel uit de 'pools', waarvan de kwalificatie vaak niet bekend is. Doorgaans gaat het om verpleegkundigen, verzorgenden of verpleeghulpen. Opvallend zijn voorts de geringe afwijkingen tussen regio's in dit opzicht. De inzet van verpleging en verzorging verschilt daarentegen veel meer naar regio, en wel van ruim 20 tot 58 respectievelijk tot 46 uur. Opvallend daarbij is dat deze beide functies in de praktijk een soort communicerende vaten lijken te zijn: daar waar veel verpleging nodig wordt geacht, zijn gemiddeld minder verzorgingsuren gevraagd/ingezet; waar veel uren verzorging worden gemaakt lijkt het aantal verpleeguren geringer. Als achtergrond hierbij dient wel te worden gemeld, dat zorg gedurende de nacht vaak vanuit de verpleegkundige discipline is ingevuld (in Amsterdam) en dat ook capaciteitsgebrek (in Groningen en Amsterdam) heeft geleid tot noodgedwongen substitutie. De bijdrage van de mantel is, conform de voorwaarde voor toelating, in nagenoeg alle gevallen gerealiseerd. De omvang van die bijdrage is echter niet gekwantificeerd, hetgeen in de praktijk op problemen stuitte (zie verderop).

De bijdrage aan het totaal aantal reguliere zorguren is voor de gezinsverzorging nagenoeg onafhankelijk van de regio, namelijk telkens ongeveer 20 procent. Of dit wijst op een adequate spreiding en/of benutting van die capaciteit of op een door de coördinatiebureaus gehanteerde praktijknorm, is vooralsnog niet duidelijk. Het aandeel van de wijkverpleging verschilt daarentegen wel: Amsterdam 67%, AZWZ 59%, Groningen 76%. Is de capaciteit en/of de benutting van wijkverpleegkundige zorg minder adequaat gespreid dan die van de gezinsverzorging, of speelt hier ook een differentiële praktijk van de coördinatiebureaus een rol? Hoe het ook zij, de bijdrage aan de extra uren zorg vanuit wijkverpleging en gezinsverzorging lopen per regio duidelijk uiteen: (zie tabel op de volgende bladzijde, middelste kolom, boven).

In Amsterdam komt bijna alle extra zorg vanuit de 'pool' van het coördinatiebureau. Ook in Groningen is een groot deel van de extra zorguren (tweederde deel) afkomstig van de 'pool's, verbonden aan

de reguliere instellingen. Vaak gaat het hier dan om personeel in part-time dienstverband of dat op contractbasis actief is in de reguliere zorg, dat voor de rest van de tijd additioneel via de 'pools' kan worden ingezet. In de AZWZ-regio daarentegen is de extra zorg, bestaande uit vooral slaap-waakdiensten, wel een zaak van extra zorguren vanuit de reguliere instellingen in enge zin¹. Die kunnen daarvoor een beroep doen op eigen personeel dan wel additionele menskracht op de markt inhuren (onder meer van particuliere verpleegbureaus), en dat is in de praktijk recentelijk ook steeds meer het geval.

EXTRA HULPMIDDELEN

Extra hulpmiddelen spelen althans bij de thuisverpleging aan terminale patiënten in 1987 slechts een beperkte rol. Dit komt ten dele doordat po's, urinaals, anti-decubitusmatrassen en hoog/laagbedden vaak al via reguliere voorzieningen in huis waren voor de thuisverpleging van start ging. Meer geavanceerde hulpmiddelen (beademingsapparatuur, infuuspompen e.d.) zijn slechts zelden ingezet². De vaak gehanteerde term 'intensieve thuiszorg', die wel eens is geassocieerd met specialistische inzet en geavanceerde technische hulpmiddelen³, is met andere woorden voor de experimentele thuisverpleging in 1987 althans mogelijk misleidend.

De bijdrage van de informele zorg is uiteraard moeilijker in kaart te brengen waar geen sprake is van 'bezoeken' zoals bij huisgenoten. Wel blijkt zonneklaar dat de informele zorg in zeer veel gevallen van thuisverpleging betrokken is bij de uitvoering van zorg en dan ook een hoop werk verzet. Van mogelijkheden tot hulp door het georganiseerd vrijwilligerswerk en directe ondersteuning van de tweede lijn, blijkend uit huisbezoeken van specialisten of intramurale verpleegkundigen, is voorshands slechts in zeer bescheiden mate gebruik gemaakt. Dit laatste is op zich wel verwonderlijk, als wordt bedacht dat het in meerderheid gaat om terminale patiënten met een opname-indicatie voor een ziekenhuis. Of dit betekent dat de medische zorg van intramurale settings hier wordt gesubstitueerd door zorg van de huisarts, dat medische zorg in intramurale settings bij deze gevallen slechts mondjesmaat wordt verstrekt dan wel dat de medische zorg slechts een beperkt specialistisch karakter draagt, blijft vooralsnog duister.

	Amsterdam	AZWZ	Groningen
kruiswerk.....	0	21	9
gezinsverzorging.....	—	42	21
overige.....	97*	27**	66***

* De reguliere voorzieningen leverden in Amsterdam dus nagenoeg geen extra zorguren, deze kwamen bijna uitsluitend van de pool van werkers van het coördinatiebureau.

** Nachtzorg is in Breda onder overige ondergebracht ongeacht de herkomst ervan.

*** Dit betreft vooral de nachtzorg vanuit de 'pools' van 'verpleeghulp' van wijkverpleging en gezinsverzorging ingezet als extra.

FINANCIËN

Het gekozen sturingsinstrumentarium ter bevordering van thuisverpleging ligt vooral in extra financiële impulsen naar het aanbod van zorg toe. Landelijk is daartoe voor de proeffase overeengekomen, dat per patiënt een indicatief maximum aan extra kosten van f 200,— per dag zou gelden. Uit dit bedrag dienden de 'vaste' vergoeding aan de huisarts te worden betaald (f 100,— voor intake- en administratie-activiteiten en f 200,— voor de extra zorg aan ziekenfondspatiënten) en de kosten van extra-reguliere en informele zorg.

Blijkt dat bedrag in de praktijk te ruim of te krap? Het antwoord hierop moet ja en nee luiden: Amsterdam kwam eraan te kort (totale extra kosten per dag f 241,—), terwijl Groningen en West-Brabant/Zeeuws-Vlaanderen hieraan (ruimschoots) voldoende hadden (f 175,—). Deze bedragen gelden exclusief de vaste vergoeding aan de huisartsen.

	Amsterdam	AZWZ	Groningen	toetaal
geen personele kosten*.....	18	9	15	14
f 1,— tot f 200,—.....	15	52	29	31
> f 200,—.....	67	39	56	55

* In gevallen waarin geen personele kosten zijn gemaakt is sprake van een onkostenvergoeding aan de informele zorg (vrijwilligers) dan wel inzet vanuit experimentele middelen gefinancierde additionele verpleegartikelen/technische hulpmiddelen.

Voor een deel worden de bovenstaande nogal omvangrijke verschillen verklaard door verschillen in machtigingsbeleid (wijzigingen van machtigingen kwamen in Groningen frequenter voor dan elders), differentiële tarieven (in Amsterdam liggen die hoger dan elders), verschillen in afspraken over wat als reguliere zorg wordt aangemerkt (als vuistregel

gold in Amsterdam bijvoorbeeld vier uur zorg door de wijkverpleging als regulier), differentiële beschikbaarheid van personele capaciteit met vereiste kwalificaties (te weinig gezinsverzorging in Amsterdam en Groningen in de 'pools') en verschillen in definities van en kwalificaties vereist voor nachtzorg/slaap-waakdiensten (7 tot 9 uur al of niet door een verpleegkundige in te vullen). Hierbij kan worden aangetekend dat met name in de AZWZ-regio het verschil tussen indicatief maximum en feitelijkheid achteraf nog groter is, omdat de feitelijk ingediende declaraties de gemachtigde extra zorg fors onderschrijden (nog geen f 100,— per dag). In de beide andere regio's is dat veel minder mogelijk, omdat de declaratiesystematiek aldaar directer aan de registratie van de uitvoering van thuisverpleging is opgehangen. Hoe is dit bedrag in de praktijk verdeeld ofwel waar is het aan besteed? In overgrote meerderheid wordt het gebruikte extra budget ingezet ter financiering van avond- en nachtzorg door vooral wijkverpleging, gezinsverzorging of additionele krachten uit de pools. Afgaand op een uurtarief van gemiddeld minstens f 30,— levert een dergelijke inzet per volledige nacht van 8 uren al een kostenpost van f 240,— per dag op. Hulpmiddelen en onkostenvergoedingen aan bijvoorbeeld vrijwilligers vergden relatief maar een klein deel van het budget dat is besteed.

SLOTBESCHOUWING

Het ziekenfonds c.q. het coördinatiebureau heeft niet alleen patiëntgebonden taken, maar is tevens belast met de voorlichting over het experiment naar het veld en het publiek. De bij het coördinatiebureau aangemelde gevallen staan dus niet los van die voorlichting. Bovendien kan men zich afvragen welke signalen door het bureau als een 'aanmelding' worden geregistreerd, hoe de toelatingscriteria in de praktijk worden toegepast, hoe snel een aanmelding in een start van thuisverpleging kan worden omgezet en wat de inhoud van de coördinatie telkens inhoudt. Een complex proces van voorlichting, toetsings- en verwerkingsbeleid van het coördinatiebureau beïnvloedt dus sterk het aantal en de aard van de aanmeldingen en daaruit resulterende casussen voor thuisverpleging. Deze verschillen spreken ook uit het feitelijke bereik van de experimenten⁴. Dat aanloopproblemen en gestelde randvoorwaarden een grote rol spelen moge blijken uit een

vergelijking van de overwegend terminale thuisverpleging in de experimenten van de Ziekenfondsraad en in enkele andere initiatieven zoals: de Stichting Aanvullende Thuiszorg in Zoetermeer, de terminale thuiszorg van de Stichting 'Voorbij de laatste stad' in Rotterdam en de activiteiten in Spaarneland. Toch verschillen de patiënten in deze experimenten qua leeftijd, geslacht, hoofddiagnose e.d. weinig van elkaar. Verschillen tussen deze initiatieven in bereik/aanmelders en kenmerken van de thuisverpleging (duur, intensiteit, extra kosten, coördinatie, betrokkenheid hulpverleners en onderlinge taakverdeling) zijn wellicht dus minder terug te voeren op de vraag- dan op de aanbodkant en op de organisatie van en randvoorwaarden voor thuisverpleging. Dit duidt erop dat het centraal stellen van die vraag, zoals wordt nagestreefd, (nog) onvoldoende is

gerealiseerd. Dit mag van een proeffase ook niet worden verwacht. Of er sprake is van een 'cultural lag' en/of structurele aanpassingsproblemen en bijgevolg een nog te geringe doorwerking van 'Dekkeriaanse' ideeën in de eerstelijnszorg is nog niet duidelijk. Het is echter ook mogelijk dat de variaties aan de vraagkant en de feitelijke substitutie van functievervullers groter zijn dan de uitkomsten van de proeffase doen vermoeden. Het lijkt erop, dat weliswaar substitutie in de beoogde richting is gerealiseerd, maar dat daarnaast ook andere vanuit het gezondheidszorgbeleid minder gewenste neveneffecten optreden. Te denken valt onder meer aan de hiervoor geïndiceerde substituties binnen de eerste lijn. Voortzetting van het gezamenlijk zoeken naar idealere randvoorwaarden en adequate organisatorische vormen voor thuisverpleging is dus geboden. □

Noten

1. Deze functie wordt niet onder het reguliere pakket van het kruiswerk gedefinieerd. Zie: Nationale Kruisvereniging. Advies inzake nachtzorg door het kruiswerk. Bunnik, 1986.
2. Zie: ATIS. Thuiszorginitiatieven. Utrecht, 1987.
3. Zie bijvoorbeeld: Duijn J. Thuiszorg. Een inventarisatie. Stichting O&O, Utrecht, 1987.
4. Zie hiervoor ook: Knapen M. Eerste resultaten van experimenten met thuisverpleging. Coördinatiefunctie en rolverdeling in de proeffase tot eind 1987. In: Medisch Contact 1988; 43: 1083-5.

Terminale zorg

Huisarts en kankerpatiënt

3: De medische hulp bij lichamelijke klachten

Ook al valt de behandeling van de verschillende vormen van kanker groten-deels onder de zorg van medisch specialisten, voor en na de behandeling is de huisarts vaak degene die met de klachten van patiënten te maken krijgt en daar een adequaat antwoord op moet proberen te geven. Zo'n antwoord wordt verwacht als een patiënt bij de huisarts komt met klachten die verdacht zijn voor kanker. Het wordt verwacht als een kankerpatiënt zich na ontslag uit het ziekenhuis tot de huisarts wendt in verband met bijwerkingen van de behandeling, complicaties of nieuwe klachten. Het wordt tenslotte verwacht als een patiënt ongeneeslijk ziek thuis verblijft en alleen nog palliatief kan worden behandeld¹. In verband hiermee is de vraag relevant hoever de parate kennis van de huisarts over kanker dient te reiken en welke medisch-technische vaardigheden vereist zijn. We halen eerst enkele gegevens uit de literatuur over de medisch-technische hulp naar voren en bespreken dan de resultaten van ons onderzoek.

M. C. J. Cuisinier,
M. H. van Venrooij en
J. Th. M. van Eijk

Dit artikel gaat over de vraag, wat in verband met kanker in medisch-technisch opzicht van de huisarts mag worden verwacht. Over welke parate kennis en over welke vaardigheden dienen huisartsen in principe te beschikken? Een speciaal thema waaraan aandacht wordt besteed is de pijnbestrijding.

MEDISCH-TECHNISCHE HULP

Aan het begin van een ziekteproces is in medisch-technisch opzicht vooral een tijdige *onderkenning* van de alarmsymptomen voor kanker van belang. Een hulpmiddel daarbij kan kennis van de zogenoemde honderd oncologische richting-

aanwijzers zijn^{1 2}. Verschillende auteurs wijzen erop, dat veel huisartsen er bij kanker meer dan normaal op bedacht zijn dat ze de diagnose niet mogen missen^{1 3}. Daarbij kan het dilemma gaan spelen dat men enerzijds de diagnose niet wil missen, maar anderzijds wil vermijden onnodig onderzoek te doen. Het is de vraag hoe men dit in de praktijk oplost. Schadé signaleert in een onderzoek onder een klein aantal huisartsen bij sommigen twijfel over de vraag of een snellere diagnose inderdaad tot een betere prognose leidt⁴. Doctors' delay wordt naar zijn mening eerder door een dergelijke twijfel veroorzaakt dan door hiaten in kennis of vaardigheden die er in dit opzicht zouden bestaan.

Hoeveel patiënten na hun kankerbehandeling voor lichamelijke klachten *contact met de huisarts* zoeken is niet precies bekend. In een onderzoek van Van den Bosch in vier huisartspraktijken viel op⁵, dat nogal wat kankerpatiënten ten tijde van het onderzoek nauwelijks klachten hadden; van degenen die wel

klachten hadden, hadden sommigen alleen contact met de specialist. Cleton heeft de indruk⁶, dat patiënten bij complicaties van behandeling met cytostatica steeds vaker direct contact met de specialist zoeken, in plaats van eerst naar de huisarts te gaan; hij benadrukt het belang van blijvende betrokkenheid van de huisarts bij de behandeling, mede met het oog op de mogelijke lange-termijengevolgen. Anderen delen die mening^{3,7,9}. Van Brun-schot cs. vragen zich af¹⁰, wat er van huisartsen aan kennis mag worden verwacht op het gebied van de weinig frequent voorkomende typen kanker. Schaake-Koning c.s. vinden¹¹, dat huisartsen in verband met de kankersoorten die het meest in de huisartspraktijk voorkomen, borstkanker en longkanker, in elk geval enige kennis zouden moeten hebben van de verschillende stadia van de ziekte, de relatie tussen stadium en prognose, de aard van de therapie en de mogelijke bijwerkingen daarvan. In de praktijk lijkt de kennis in een aantal opzichten mager te zijn; dit geldt met name voor de kennis omtrent de gevolgen van behandelingen^{4,12}, kennis op het terrein van de niet zo frequent voorkomende typen kanker¹⁰.

Krijgt een kankerpatiënt *terminale thuiszorg*, dan heeft men als huisarts bijna steeds een uitvoerige taak, ook in medisch-technisch opzicht. Veel patiënten ervaren lichamelijke klachten, waaronder pijn. In de literatuur wordt aan de pijnbestrijding relatief veel aandacht besteed^{1,2,4,8,13-21}. Rankin onderzocht de pijnbestrijding bij een klein aantal terminale kankerpatiënten¹⁷; deze onderzoeker kwam tot de bevinding dat de meeste patiënten, ondanks de medicatie, matige tot ernstige pijn ervoeren; aanbevolen doseringen van pijnstillers werden haast nooit gegeven: bijna steeds was sprake van onderdosering. Ook anderen maken melding van problemen die zich bij de pijnbestrijding voordoen^{4,8,22}. Behalve bij de behandeling van pijn, ervaren huisartsen in de nazorg ook bij de behandeling van sommige andere klachten van patiënten problemen, bijvoorbeeld bij gebrek aan eetlust, braken en neurologische uitvalsverschijnselen^{4,23,24}.

We bespreken nu voor kennis, vaardigheden en pijnbestrijding apart wat in ons onderzoek door het panel en de eerst onderzochte steekproef van huisartsen als gewenst wordt gezien en vervolgens hoe de tweede steekproef van huisartsen hierin naar eigen zeggen handelt. Voorafgaand hieraan beschrijven we wat in het

panel naar voren is gekomen over het eerder genomen dilemma waar men zich als huisarts voor geplaatst kan zien bij klachten van patiënten die verdacht zijn voor kanker.

DILEMMA

Voor zover er voor de huisarts een spanningsveld bestaat tussen de angst de diagnose 'kanker' te missen en de wens een overmaat aan onderzoek te vermijden, is het van belang zich deze spanning te realiseren, omdat die het handelen kan beïnvloeden. Het maakt voor de arts-patiëntrelatie ook iets uit, of patiënten zich een dergelijk spanningsveld kunnen voorstellen.

In verband hiermee hebben we in het panel gepeild, in hoeverre men zich kan indenken dat dit dilemma een rol kan spelen. Van degenen die hier een mening over hebben, zeggen de meesten dat ze zich dit dilemma (heel) goed kunnen indenken. Sommigen (6 panelleden) zeggen, dat ze dit niet zo goed of helemaal niet kunnen. Hierbij valt op, dat zich onder deze laatsten ook enkele huisartsen bevinden. Verder hebben betrekkelijk veel, namelijk 5, panelleden hierover geen mening. Dit zou erop kunnen wijzen dat deze respondenten niet wisten wat ze met de vraag aan moesten.

Gevraagd naar de gevolgen die dit dilemma voor het handelen van de huisarts zou kunnen hebben, noemt men vooral de kans op een te late doorverwijzing van de patiënt. Verschillende panelleden geven hierbij aan, de indruk te hebben dat te laat doorverwijzen nogal eens voorkomt; een kleine meerderheid is van mening dat huisartsen in het algemeen wel tijdig doorverwijzen.

Sommige huisartsen in het panel geven een wat uitvoeriger toelichting. Enkelen benadrukken de onzekerheid die het dilemma bij hen teweegbrengt. Een van hen ziet deze onzekerheid als inherent aan het vak. Enkelen geven duidelijk aan, dat ze in geval van twijfel vaak controleren. Men wijst er daarbij op, dat het missen van de diagnose 'kanker' vaak bijzonder vervelende gevolgen voor de arts-patiëntrelatie heeft. Van de zijde van patiënten en familieleden wordt dit onderstreept. Omdat concrete richtlijnen hierin niet goed te geven zijn, hebben we het in het onderzoek gelaten bij de conclusie, dat het dilemma voor de meesten wel invoelbaar is en dat het waarschijnlijk voor veel huisartsen een lastig parket vormt, waar men al doende een weg in probeert te vinden.

PARATE KENNIS

Aan het panel is een groot aantal onderwerpen in verband met kanker voorgelegd, met de vraag wat huisartsen hierover dienen te weten.

Naar de mening van het panel hoeven huisartsen lang niet over alle genoemde onderwerpen kennis paraat te hebben. De meesten vinden parate kennis wel nodig over enkele aspecten van veel voorkomende typen kanker, namelijk over de onderzoeken die moeten worden gedaan om de diagnose te kunnen stellen; de behandelingsmogelijkheden; de kans op genezing. Daarnaast vindt men parate kennis gewenst over de bijwerkingen van radiotherapie en de gevolgen en complicaties van operaties in verband met kanker. Een krappe meerderheid onderschrijft verder nog de gewenstheid van parate kennis over de bijwerkingen van behandeling met cytostatica en over de stadia-indeling bij veel voorkomende typen kanker. Informatie over de verschillende aspecten van weinig frequent voorkomende vormen van kanker kunnen huisartsen volgens de meeste panelleden het best opzoeken of aan de specialist vragen. Sommigen zijn van mening, dat kennis op dit gebied een zaak van de specialist is; die mening zijn bijvoorbeeld 8 panelleden, onder wie 5 van de 17 huisartsen in het panel, toegedaan als het gaat om kennis van de behandelingsmogelijkheden van zeldzame typen kanker.

Een apart onderwerp waar in dit verband bij is stilgestaan is de stomazorg. Verschillende panelleden wezen erop dat huisartsen daar vaak niet goed raad mee weten. Hoewel men vooral de wijkverpleegkundige een grote rol in de stomazorg toekent, vinden de panelleden praktisch unaniem, dat de huisarts in elk geval zou moeten weten wat het voor patiënten kan betekenen een stoma te hebben. Daarnaast vinden de meesten, dat de huisarts op de hoogte zou moeten zijn van enige praktische aspecten van de stomazorg (bijvoorbeeld de toepassing van opvangapparatuur), de maatregelen die kunnen worden genomen bij huidirritaties rond de stoma en de complicaties die bij een stoma kunnen optreden.

Het is opvallend, dat de huisartsen in het panel over het geheel genomen hogere eisen aan de parate kennis van de huisarts stellen dan de overige panelleden, onder wie enkele specialisten. Alleen in verband met de stomazorg geldt dit niet. De mening van de huisartsen in het panel over de benodigde parate kennis blijkt te

worden gedeeld door de huisartsen in de steekproef.

In hoeverre zorgen huisartsen er naar eigen zeggen voor, dat ze kennis over kanker paraat hebben? In *tabel 1* staat dit aangegeven voor enkele soorten kennis waarvoor de meeste huisartsen in panel en steekproef de eis van paraatheid stellen ('aandachtspunten') en voor enkele soorten waarvoor volgens de meesten die eis niet geldt ('discussiepunten'). De gegevens in de tabel bevestigen de twijfels die in de literatuur naar voren komen wanneer het gaat over de parate kennis van huisartsen bij kanker^{4 10 12}. Naar de huisartsen zelf aangeven, is parate kennis van de typen kanker waar men maar zelden mee wordt geconfronteerd slechts bij weinigen aanwezig. Voor zover men het erover eens is dat deze kennis ook niet van de huisarts mag worden verwacht, is dit niet problematisch. Anders ligt het bij de kennis op het terrein van de relatief frequent voorkomende typen kanker. Deze is waarschijnlijk in mindere mate aanwezig dan gewenst is. Zo valt bijvoorbeeld op, dat maar net iets meer dan de helft van de huisartsen zonder aarzeling zegt zichzelf op de hoogte te houden van de late gevolgen van chemotherapie, terwijl de kans groot is dat patiënten juist met problemen die zich pas op de lange termijn voordoen weer bij de huisarts terechtkomen.

VAARDIGHEDEN

De mening van het panel is gevraagd over laryngoscopie, borstonderzoek, het maken van een uitstrijkje, inwendig onderzoek van baarmoeder en eierstokken, rectaal toucher, proctoscopie en oogspiegelen². De meeste panelleden vinden vooral het onderzoek van de stembanden geen taak van de huisarts. Bijna de helft van het panel vindt dat dat ook geldt voor proctoscopie en oogspiegelen. Kijken we alleen naar de huisartsen in het panel, dan blijkt dat de meesten laryngoscopie en in mindere mate proctoscopie eveneens eerder als taak van de specialist dan van de huisarts zien. Oogspiegelen wordt door hen, vaker dan door het panel als geheel, wel tot de taak van de huisarts gerekend, namelijk door 70% van de huisartsen versus bijna 60% van het hele panel. Sommige huisartsen in het panel die één of meer vormen van onderzoek eerder aan de specialist toeschrijven, maken hierbij de kanttekening dat deze onder-

Tabel 1. Percentages huisartsen (N=90) die zonder voorbehoud aangeven dat zij ervoor zorgen parate kennis over het onderwerp in kwestie te hebben.

AANDACHTSPUNTEN

diagnostisch onderzoek bij veel voork. kankers.....	72%
behandelingsmogelijkheden van veel voork. kankers.....	61%
kansen op genezing bij veel voorkomende kankers.....	59%
bijwerkingen van bestraling.....	71%
gevolgen en complicaties van operaties.....	63%
bijwerkingen van cytostatica op korte termijn.....	72%
bijwerkingen van cytostatica op lange termijn.....	59%
complicaties die i.v.m. een stoma kunnen ontstaan.....	47%

DISCUSSIEPUNTEN

behandelingsmogelijkheden van zeldzame kankers.....	21%
kansen op genezen van zeldzame kankers.....	25%

zoekingen strikt genomen wel tot de taak van de huisarts behoren, maar dat zij er vaak te weinig ervaring mee hebben om ze voldoende betrouwbaar te kunnen uitvoeren. De steekproef van huisartsen oordeelt over de genoemde vaardigheden ongeveer hetzelfde als de huisartsen in het panel.

Van een aantal problemen waarmee men als huisarts vooral in de thuiszorg voor ernstig zieke patiënten te maken kan krijgen, zoals pijn, jeuk, misselijkheid, ascites en verlies van eetlust, vindt het panel vooral de behandeling van ascites en neurologische functie-uitval eerder een taak voor de specialist dan voor de huisarts. Zowel verschillende huisartsen als anderen achten problemen in dit vlak in de thuissituatie niet of nauwelijks hanteerbaar.

Tabel 2 laat zien in hoeverre de huisartsen in de tweede steekproef zich in verschillende opzichten vaardig voelen.

Tabel 2. Percentages huisartsen (N = 90) die zonder aarzeling aangeven zich vaardig te voelen in de onderscheiden diagnostische onderzoeken en symptoombehandelingen.

AANDACHTSPUNTEN

verrichten van borstonderzoek.....	93%
maken van uitstrijkje.....	97%
doen van inwendig onderzoek van baarmoeder en eierstokken.....	90%
uitvoeren van rectaal toucher.....	95%
oogspiegelen.....	20%
adequaat behandelen van:	
- pijn.....	70%
- misselijkheid en braken.....	69%
- jeuk.....	41%
- kortademigheid.....	62%
- hoest.....	69%
- doorliggen.....	50%
- slechte eetlust.....	23%

DISCUSSIEPUNTEN

verrichten van laryngoscopie.....	5%
verrichten van proctoscopie.....	18%

Van de diagnostische onderzoeken die de meeste onderzochte huisartsen tot hun taak rekenen, lijkt in het algemeen gesproken alleen oogspiegelen problemen op te leveren. De bevinding van Schadé in zijn onderzoek onder enkele (8) huisartsen, dat minder problemen worden ervaren bij het diagnostisch onderzoek dan bij de behandeling van verschillende, nogal eens voorkomende symptomen, wordt in dit onderzoek bevestigd. Naar de huisartsen zelf aangeven, geeft vooral de behandeling van slechte eetlust, jeuk en doorliggen problemen. Hoewel we daar bij de tweede steekproef niet meer expliciet naar hebben gevraagd, kan de behandeling van ascites en uitval van functies hier nog aan worden toegevoegd. Het geldt in mindere mate voor verschillende andere symptomen.

PIJNBESTRIJDING

Zowel in het panel als in de steekproef van huisartsen bleek men het vergaand eens te zijn over de voorwaarden die van belang zijn, wil men als huisarts een ernstig zieke kankerpatiënt die pijn lijdt adequaat kunnen helpen. Men noemt het belang van een goed contact tussen arts en patiënt. Als huisarts zou men op de hoogte moeten zijn van de verschillende mogelijke oorzaken van pijn bij kanker. De pijnbestrijding zelf dient men af te stemmen op de behoefte van de patiënt, niet op wat 'normaal' is. Men zou daarbij samen met de patiënt moeten bekijken, hoe de dosering van pijnstillers zo kan worden geregeld dat de pijn niet tussentijds terugkomt. Naast medicamenteuze behandeling van pijn, zou men bij een ernstig zieke kankerpatiënt ook op andere pijnbestrijdingsmethoden bedacht moeten zijn, bijvoorbeeld op de mogelijkheid van zenuwbaanblokkade door de specialist. Men zou zich ook moeten realiseren dat angst en depressiviteit de beleving van pijn kunnen verergeren, en daarom de behandeling mede hierop moeten richten. Bij een pijn lijdende kankerpatiënt in het laatste stadium van de ziekte zou het verslavend karakter van morfinepreparaten geen reden mogen zijn om de toediening van die preparaten aan de patiënt uit te stellen. Tot slot vindt men, dat de huisarts regelmatig dient te controleren of de pijnbestrijding voldoet. Wat de huisartsen uit de tweede steekproef op verschillende punten over de praktijk aangeven, staat in *tabel 3* (volgende bladzijde). Afgaande op de data in de tabel, ziet het

ernaar uit dat de onderzochte huisartsen veel aandacht hebben voor een goede pijnbestrijding. Tegelijk ontstaat de indruk dat in enkele opzichten, met name die van de toediening van morfinepreparaten en het gebruik van andere dan medicamenteuze methoden, meer mogelijk is dan nu gebeurt. Om te weten te komen in hoeverre problemen in dit vlak er de oorzaak van zijn dat patiënten meer pijn lijden dan nodig zou zijn – in de literatuur wordt geconstateerd dat dit laatste nogal eens voorkomt – zou nader onderzoek nodig zijn, waarin speciaal de pijnbestrijding het onderwerp vormt. Momenteel wordt in het westen van het land (Universiteit van Amsterdam) een groot onderzoek naar de pijnbestrijding bij kankerpatiënten in de thuissituatie uitgevoerd.

TOT SLOT

De huisartsen in ons onderzoek geven aan dat een enkel diagnostisch onderzoek, met name oogspiegelen, hun moeilijk afaat en dat verschillende klachten van ernstig zieke kankerpatiënten in de thuissituatie problemen kunnen geven. Dit laatste werd ook in enkele buitenlandse onderzoeken onder redelijk grote aantallen huisartsen vastgesteld. Van de verschillende symptoombehandelingen komt de pijnbestrijding in ons onderzoek minder uitgesproken als probleem naar voren dan in sommige buitenlandse onderzoeken.

Moeilijkheden in de medisch-technische zorg lijken voor een deel samen te hangen met ervaren tekorten in kennis en/of vaardigheid. Waar dat het geval is, ligt bijscholing voor de hand. Voor een ander

Tabel 3. Aandachtspunten voor de pijnbestrijding: percentages huisartsen (N=90) die zonder voorbehoud zeggen het beschrevene te doen.

pijnbestrijding afstemmen op behoefte patiënt	96%
in verslavend karakter morfinepreparaten	
geen reden zien tot uitstel van toediening	62%
samen met patiënt nagaan hoe dosering moet zijn,	
wil de pijn niet tussentijds terugkomen	97%
ook andere dan medicamenteuze	
pijnbestrijdingsmethoden overwegen	77%
regelmatig controleren of pijnbestrijding voldoet	99%

deel zou een verruiming van de samenwerking met andere hulpverleners een goed effect kunnen hebben. We denken hierbij bijvoorbeeld aan de vroegtijdige inschakeling van een diëtiste, als de voeding van een patiënt een probleem zou kunnen gaan vormen²⁵. Voor zover dit geen soelaas kan bieden omdat een klacht erg moeilijk te behandelen is, wordt een goed contact tussen arts en patiënt extra belangrijk: het blijven geven van steun aan de patiënt, zodat deze er niet alleen voor staat, ook al voelt men zich als huisarts in medisch-technisch opzicht min of meer met lege handen staan. □

Literatuur

1. Szabó BG, Ploeg E van der, Brand ES (red.). Medische zorg voor de patiënt met kanker. Amsterdam/Brussel: Elsevier, 1984.
2. Zwaveling A, Zonneveld RJ van, Schaberg A (red.). Oncologie. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom Stafleu, 1985.
3. Huygen FJA. Mamma-aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Patient Care 1983; 4: 28-36.

4. Schadé E. Overleden patiënten. Dissertatie Amsterdam, 1986.
5. Bosch W van den. Kanker in enkele huisartspraktijken. Huisarts en Wetenschap, 1984; 28: 356-62.
6. Cleton FJ. Wat dient de huisarts van cytostatica te weten? Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 212-3.
7. Schadé E. Problemen bij de begeleiding van patiënten met kanker. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 246-8.
8. Berkestijn LGM van (coörd). De kankerpatiënt naar huis. Alphen aan den Rijn/Brussel: Stafleu, 1984.
9. Genders-Bazelmans J. Chirurgen en hun patiënten met borstkanker. Dissertatie Leiden, 1982.
10. Brunschot C van, Verbunt H, Pruyn J, Borne H van den. De huisarts in de begeleiding van kankerpatiënten. Tilburg: IVA, 1984.
11. Schaake-Koning CCE, Daal WAJ van, Hoekstra F, Stoter G, Wiggenraad KGJ, Wobbes T. De behandeling van borst- en longkanker. Huisarts en Praktijk 1985, 362.
12. Rijn JLD van. Ervaringen van borstkankerpatiënten met voorlichting. Een exploratieve studie. Scriptie Gezondheids-wetenschappen. Rijksuniversiteit Limburg, 1985.
13. Bosman A, Sanders M. Pijnbehandeling bij kankerpatiënten. Een aanzet tot een integrale aanpak. De Psycholoog 1985; 12: 591-2.
14. Crul BJP. Pijnbestrijding bij kanker door middel van zenuwbaanblokkades. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 482-4.
15. Crul BJP, Linden A van der. Pijnbehandeling bij kanker. Medisch Contact 1983; 48: 1517-8.
16. Gaymans R. Langdurig pijngedrag. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 53-8.
17. Rankin MA. Use of drugs for pain with cancer patients. Cancer Nursing 1982; 5: 181-90.
18. Reenders K. Is integrale pijnbehandeling bij mensen met kanker mogelijk? Medisch Contact 1983; 48: 1518-9.
19. Spreuwerberg C. Terminale zorg, deel 1. The Practitioner 1985; 3: 173-83.
20. Spreuwerberg C. Terminale zorg, deel 2. The Practitioner 1985; 4: 409-22.
21. Woodbine G. The care of patients dying from cancer. J. Royal College General prac nov. 1982, 685-9.
22. Schade A, Groenman N. Pijn bij de patiënt met kanker. The Practitioner 1985; 3: 269-71.
23. Nylenna M, Bruusgaard D. Dimensions of the cancer problem in general practice. Allgmeinmedizin 1986; 15: 85-93.
24. Haines A, Booroff A. Terminal care at home: perspective from general practice. Brit Med J 1986; 292: 1051-4.
25. Euwe WM, Vermey A. De voeding voor de patiënt met kanker. The Practitioner juni 1986, 571-6.

PRAKTIJKPERIKELLEN

Cont(r)actgestoord

Ziekenfondsverzekerde overlijdt in het ziekenhuis als gevolg van een ernstige aandoening. De nota van de specialist wordt aan het adres van de echtgenote toegezonden. De echtgenote, zo blijkt achteraf, heeft al enige tijd gescheiden van haar echtgenoot geleefd en weigert nota te accepteren. Overleg met medewerkers van het betrokken ziekenfonds maakt duidelijk dat er geen enkele mogelijkheid bestaat om tot betaling rechtstreeks aan de specialist over te gaan. Na intensief overleg tussen de secretaresse van de specialist en medewerkers van het ziekenfonds komt het volgende compromis tot stand: het ziekenfonds stort het verschuldigde bedrag op de bankrekening van de secretaresse, de secretaresse stort dit bedrag op haar beurt op de bankrekening van de specialist.

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

Boerhaaves ziekte en overlijden

... mijn dochter zingt Italiaanse oden, ik bewonder haar kunstzinnige lieflijkheid en ontspan me daarmede. Binnenkort ga ik mijn 67ste jaar in, en ik zie dat ik het einde van mijn levensloop binnenkort zal bereiken, en vind overigens alleen in het werk troost. Vaarwel mijn beste, met uw dierbaar kind.

Aldus Boerhaave in de laatste zinnen van een van de vele brieven die hij aan zijn oud-leerling de arts Johannes Baptist Bassand (1680-1742) in Oostenrijk schreef. Deze brief is gedateerd 15 december 1735, ruim veertien dagen voor Herman Boerhaave 67 jaar zou worden. Drie jaar later, op 23 september 1738, thans 250 jaar geleden, zou hij in Leiden overlijden.

Vooraf uit de briefwisseling tussen Boerhaave en Bassand worden we, meer dan uit de correspondentie die hij met anderen onderhield, geïnformeerd over privé- en familieomstandigheden van het gezin Boerhaave. Aan de opgroeiende dochters van beide correspondenten worden bladmuziek en kleine geschenken gestuurd en er worden groeten uitgewisseld. Duidelijk blijkt uit de brieven hoeveel vreugde Boerhaave aan zijn dochter heeft beleefd. Persoonlijke zaken, waarover hij heel uitvoerig is, omdat zij ook zijn persoonlijke gezondheid betreffen, komen in deze correspondentie aan de orde. Zo komt uit deze briefwisseling met Bassand allengs een heel andere Boerhaave naar voren dan die wij kennen uit officiële geschriften, oraties, pamfletten, consultatieve correspondentie met medici en patiënten in binnen- en buitenland.

ZIEKTEBELOOP

In 1736 blijkt Boerhaave nog over een uitstekende gezondheid te beschikken:

Ik maak het goed en slaap 's nachts op mijn buiten. 's Ochtends om vijf uur ga ik naar de stad. Daar help ik tot zes uur in de middag de klagende zieken. Ik beoefen scheikunde, ik vermaak mijn geest met lezen . . .

Aldus zijn informatie aan Bassand in een brief van 17 augustus van dat jaar. Medio 1737 doen zich echter de eerste symptomen voor van een ziekte die Boerhaave tenslotte noodlottig zou worden: kortademigheid, abnormale pulsaties rechts in de hals.

Linnaeus schreef naar aanleiding van zijn bezoek aan Boerhaave aan Albrecht von Haller in maart 1738, dat Boerhaave leed aan astma. Zelf schrijft Boerhaave aan Bassand op 17 maart van dat jaar:

Ik ben aangetast door een zweer in de long, die de adem afsnijdt bij de lichtste beweging van het lichaam . . . Ondertussen zorg ik er ijverig voor, dat ik de uitgezochtste middelen aanwend zodat ik haar (de zweer) weker maak en laat rijpen, onbekommerd over de afloop. Ik heb meer dan 68 jaar geleefd en altijd opgewekt.

Deze klacht van ademnood bestond in toenemende mate al sedert het begin van dat jaar. Enige weken later informeert hij in een brief,

Dr. H. L. Houtzager

gedateerd 7 april, zijn oud-leerling en promovendus Joannes Burmannus (1707-1797) over zijn ziekte:

. . . het is enige maanden geleden, dat ik allengskens wat benaauwdheid in aademhaling bijna stik! daarentegen strijd ik op alle wijze, dog sonder vrugt totnogtoe. Het quaad sit in de long, buyten dat ben ik soo wel, dat met verwondering het aanmerk. De Lente, gras-melk, en versche kruiden, doen somtijds goed. Dit alle is aanstaande, ik sal sien, of het sal baaten . . .

Boerhaave moest een klinische les die hij op 16 april 1738 in het St. Caecilia Gasthuis gaf halverwege onderbreken ten gevolge van algehele uitputting en malaise. Vijf dagen later liet Boerhaave David van Royen, secretaris van de curatoren, bij zich komen om met hem te bespreken wie hem te zijner tijd in zijn verschillende docentschappen moesten opvolgen.

Boerhaaves ziektebeloop laat zich verder aflezen uit zijn correspondentie met Bassand:

Ik ben ziek en heb angsten boven mijn krachten doorstaan; bijna ieder ogenblik stik ik door een verschrikkelijke benaauwdheid. Later zijn nog zware belemmingen in het hypochondrium er bij gekomen. Tenslotte ook verschrikkelijke voorstellingen. Dit alles heeft mij dagen en nachten slapeloos doen doorbrengen: zodat nauwelijks iets treurigers door een mens geleden kan worden. Tenslotte kwam er nog waterzucht bij, opzwellung van het scrotum,



... Hermanus Boerhaave († 23 september 1738) ...

anasarca, enorme phimosis, met de hinderlijkste symptomen; eindelijk is de opperhuid gebarsten en heeft zich langs deze weg veel vocht ontlast: ten gevolge daarvan lijd ik nog aan zwerende plekken; dit is mijn leven, dat mij toch nog bevalt . . .

Aldus zijn laatste eigenhandig geschreven brief aan zijn Weense collega en vriend, gedateerd 19 juni 1738.

Op 8 augustus dicteert hij zijn dochter een brief in het Frans, die hij met bevend handschrift ondertekent:

J'étois tombé dans la dernière foiblesse quand j'avois le bonheur d'être honoré par vos dernières . . .

Op 11 september, twaalf dagen voor zijn dood, een laatste groet, wederom in het Frans aan zijn dochter gedictieerd:

Mon mal s'empire. Mes forces se diminuent. Les oppressions du coeur, causées per le polypus sont continuelles, & de la dernière cruauté! . . .

DOODSOORZAAK

De hierboven aangehaalde correspondentie van Boerhaave aan Bassand maakt duidelijk dat Boerhaave is overleden aan een decompensatio cordis met de typische bijverschijnselen daarbij, zoals dyspnoe, stuwingslever en oedeem. Het betreft een ziektebeeld, waar men in de eerste helft van de 18de eeuw nog geen raad mee wist. In de eerste plaats kon men de diagnose nog niet stellen. In de tweede plaats waren er nog geen afdoende medicijnen voorhanden. Pas in 1785 zou Wittering op het spoor komen van de heilzame werking van digitalis.

Of de primaire oorzaak van Boerhaaves cardiale insufficiëntie gelegen is in een reeds in 1722 opgelopen acuut gewrichtsreuma, gecompliceerd met een endocarditis, is thans moeilijk meer na te gaan. □

Literatuur

Houtzager HL. Herman Oosterdijk Schacht, hoogleraar in de schaduw van Boerhaave. Medisch Contact 1977; 32: 1582-4.

Lindeboom GA. Boerhaaves ziekten. Ned Tijdschr Geneesk 1955; 99: 3519-30.

Lindeboom GA. Boerhaaves brieven aan Bassand. Haarlem: Bohn, 1957.

Lindeboom GA. Herman Boerhaave, the man and his work. London: Methuen, 1968.

Sociaal-medische begeleiding

Een zaak die alle artsen aangaat

AANLEIDING ADVIESAANVRAAG

'Het beroep op de wettelijke ziekte- en arbeidsongeschiktheidsregelingen heeft nog steeds een niet aanvaardbare omvang.' Zo begint de adviesaanvraag inzake sociaal-medische begeleiding (SMB), in 1983 bij de Nationale Raad ingediend door de ministeries van Sociale Zaken en Wetenschappen en WVC. Vervolgd werd aldus: 'Van een overmatig beroep (op genoemde regelingen, pb) kunnen negatieve invloeden uitgaan op de functie, waardering en betaalbaarheid van de sociale zekerheid in de samenleving. Middels volumebeleid (het bestrijden van vermijdbaar verzuim, pb) tracht de regering dan ook sinds enige jaren het overmatige beroep (. . .) te beperken. Aandacht voor de problematiek van de SMB past binnen een dergelijk beleid.' Die kan immers zelf ' . . . aanleiding zijn tot onnodig of onnodig lang verblijf in medische en medisch-administratieve circuits.'

Tot zover de plaatsbepaling uit het begin van de aanvraag, die overigens nogal financieel-economisch getint is voor een adviesorgaan voor volksgezondheid, en dat terwijl er toch voldoende medische problemen bekend zijn voor een advies (in de aanvraag pas later en zeer beperkt genoemd). Immers, vanaf de introductie in 1958 van het begrip 'iatrogeen verzuim'¹, zijn er vele werkgroepen en commissies ingesteld, onderzoeken verricht en rapporten geschreven over de betrokkenheid van de gezondheidszorg bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid². De daaruit te destilleren inhoudelijke en organisatorische knelpunten betreffen veel meer dan de samenwerking en coördinatie, waartoe de aanvraag zich beperkt. Te noemen vallen bijvoorbeeld het overwicht van de tweedelijnsgezondheidszorg, het grote aantal verwijzingen daarheen en diagnostische verrichtingen aldaar; te weinig aandacht voor preventie, revalidatie, evaluatie van behandelingsmethoden en voor een integrale benadering van de patiënt; te optimistische verwachtingen over werkhervatting; het tekort aan aangepast werk; onvoldoende, wetenschappelijke onderbouwing van

P. C. Buijs

Zoveel stof als de nogal controversele voorstellen uit de adviesaanvraag over sociaal-medische begeleiding in 1983 deden opwaaien, zo stil is het nu de Nationale Raad voor de Volksgezondheid daarover opvallend afwijzend heeft geadviseerd en eigen alternatieven heeft ontwikkeld. Die stilte is des te merkwaardiger omdat het een zaak is die alle artsen aangaat. Of deze stagnatie kan worden doorbroken, hangt niet alleen af van de reactie van het kabinet maar van die van alle betrokkenen. Een kritische beschouwing van sociaal-geneeskundige P. C. Buijs.

het begrip 'arbeidsongeschikt', en problemen met het in de praktijk werken ermee; te kort schietende opleidingen terzake.

Deze factoren kunnen, samen met de wel in de aanvraag genoemde knelpunten, leiden tot of bijdragen aan een onnodig lang verblijf in de medische circuits. Dat kan weer leiden tot iatrogene invalidering, medicalisering, somatische fixatie, hospitalisering en andere processen die ziekteverzuim verlengen en WAO-intrede bevorderen. Deze processen zijn alereerst schadelijk voor de gezondheid en het welzijn van de betrokken werknemers: er zijn steeds meer aanwijzingen dat er na één à twee maanden Ziektewet – naast de kwaal zelf – vervreemdings- en gewenningsprocessen in gang worden gezet die op zich terugkeer naar het werk steeds moeilijker en WAO-toetreding steeds onafwendbaarder maken. Uit onderzoek is bovendien inmiddels genoegzaam bekend dat het WAO'er-zijn vaak zeer negatief wordt ervaren.

Kortom, er lijken voldoende medisch-geneeskundige argumenten aanwezig om op zich de adviesaanvraag te rechtvaardigen, overigens in de aannemelijke verwachting dat een betere sociaal-medische begeleiding ook leidt tot

een afname van de kosten van de sociale zekerheid én van de gezondheidszorg³.

MAATSCHAPPELIJKE AFWIJZING

'Het is samenvattend onze overtuiging dat gestructureerde samenwerking en coördinatie bij sociaal-medische begeleiding de genoemde (iatrogene) invloeden in belangrijke mate zal kunnen beperken of zelfs voorkomen.' Aldus een sleutelzin uit de aanvraag (p. 2). Bij *probleembepaling* (p. 4) worden twee coördinatieprocessen onderscheiden: rond de behandeling en rond de werkhervatting. De scheiding behandeling-controle wordt vervolgens in hoofdzaak verantwoordelijk gesteld voor daarbij optredende knelpunten tussen de betrokken artsen als verkokering, rolverwarring en -overlapping, statusverschillen, belangentegengestellingen, competentiekwesties en gebrek aan kennis van en interesse in elkaars werktterrein.

Als oplossing worden drie modellen voorgesteld, die de beide coördinatieprocessen bij één arts leggen: de huisarts, de verzekeringsgeneeskundige, of de verzekeringsgeneeskundige met hulp van de bedrijfsarts. Dit heeft wellicht de charme van de eenvoud, maar betekent telkens het doorbreken van de scheiding, en gezien de verankering daarvan in onze gezondheidszorg kon men op voorhand weten hiermee meer problemen op te roepen dan op te lossen. Bovendien, als er zulke drastische voorstellen worden gedaan lijkt het onvoldoende om de *overtuiging* uit te spreken dat de sleutel voor de oplossing is gelegen bij het beter structureren van de samenwerking en de coördinatie.

Zoals aangegeven zijn er uit de (onderzoek)literatuur veel meer knelpunten bekend. Dat vraagt eerst om een nauwkeurige analyse van hun precieze invloed op de sociaal-medische begeleiding, van hun oorzaken, achtergronden en onderlinge verbanden en vooral van hun veranderbaarheid. Pas dan vallen verantwoorde beleidskeuzes te maken voor (de richting van) oplossingen. Enkele voorbeelden: bekend is dat structurele samenwerking in de eerste lijn kan leiden tot minder verwijzingen en daardoor ook tot minder

ziektewetdagen⁴. Investeren in bijvoorbeeld gezondheidscentra is derhalve wellicht zeer effectief voor een betere sociaal-medische begeleiding; te weinig aangepast werk, slecht sociaal en Arbo-beleid of ongelijke reïntegratiekansen in bedrijven kunnen die begeleiding echter weer danig frustreren⁵.

Wat moet nu het eerst worden aangepakt? Een goede analyse is te meer nodig omdat tal van problemen rond sociaal-medische begeleiding vaak al jaren bekend zijn zonder te zijn opgelost, ondanks pogingen daartoe. Zo is het hardnekkige knelpunt van de wachttijd in de tweede lijn, goed voor zo'n 20% 'verloren' ziektewetdagen bij langverzuim, al bekend van onderzoek uit '63, '74, '78 en '83⁶. Een dergelijke analyse of een aanzet daartoe is er echter niet en ook het ontbreken ervan wordt niet als probleem onderkend in de aanvraag, die uitmondt in: 'Teneinde een definitieve keuze uit de alternatieven of uit een combinatie daarvan te kunnen maken is toetsing daarvan op doelmatigheid en haalbaarheid door uw raad noodzakelijk. Gezien het gewicht van de aan de orde zijnde problematiek wordt spoedige advisering ten zeerste op prijs gesteld.' (p. 15).

In de eerste reacties van direct betrokken organisaties als het GAK, de LHV/LVSG de NVAB, de werkgeverskoepel RCO en de Gehandicaptenraad werden de voorgestelde modellen vrijwel alom afgewezen⁷ – overigens zonder ontkenning van de gesignaleerde problemen – en eigen analyses en oplossingen gegeven. Opvallend genoeg waren de werknemersorganisaties nog het minst uitgesproken.

Afwijzend, alleen al vanwege het te verwachten gebrek aan maatschappelijk draagvlak, was ook de reactie van de CCOZ (thans NIA) aan de NRV, voortkomend uit enkele werkconferenties met sleutelpersonen uit tal van betrokken groeperingen, inclusief arbeidsongeschikte werknemers. Bepleit werd een streven naar een zo groot mogelijke consensus, betere aansluiting bij de huidige praktijk, een andere analyse daarvan – meer gezien vanuit de zieke werknemers dan vanuit de artsen – het meer inschakelen van de bedrijfsarts, afwijzing van de drie modellen, behoud van de scheiding en experimenten met samenwerkingsmodellen in proefregio's. Aanzetten werden gegeven voor theorievorming (omtrek de vertrouwensposities van de diverse artsen) en voor onderzoek in de praktijk (huisarts/bedrijfsarts-model)⁸.

HET ADVIES

Gezien deze reacties en de controversiële aspecten van de aanvraag viel te voorzien dat de advisering niet eenvoudig zou zijn, ook al vanwege de raadssamenstelling: werkgevers, werknemers, allerlei artsen en andere hulpverleners, patiënten/cliënten en anderen. Leden uit deze groeperingen vormden een commissie, om (p.2): a. oplossingen te zoeken voor de *hoofdknelpunten*: het ziektebegrip, de scheiding, taakafbakening en functieomschrijving, coördinatie en informatie-uitwisseling; b. de voorgestelde modellen te toetsen en zo nodig alternatieven te ontwikkelen, inclusief operationaliseringsmogelijkheden en een financiële paragraaf; c. af te stemmen met de gelijktijdige advisering over de bedrijfsgezondheidszorg (BGZ); d. de interferentie met het huidige sociale zekerheidsstelsel aan te geven; en e. 'ervoor (te) waken dat bij al haar werkzaamheden het zorginhoudelijke aspect op de voorgrond staat en niet het volumebeleid.'

Ondanks alle handicaps is de commissie, zij het na 4,5 (!) jaar, toch tot een omvangrijk advies gekomen. Daarin komen aan bod: begripsomschrijving, het proces van sociaal-medische begeleiding, algemene aanbevelingen, de modellen uit de adviesaanvraag, een eigen model en de mogelijke kosten/baten daarvan (hfdst. 2-7). Vanzelfsprekend kan hier onvoldoende recht worden gedaan aan de vele waardevolle elementen en interessante discussiepunten. Niettemin volgt nu een beknopte weergave van relevante delen van het advies, voorzien van enkele kanttekeningen.

Allereerst siert het de commissie eigen, op het thema toegesneden omschrijvingen te geven van in dit kader relevante en vaak complexe begrippen, zoals van sociaal-medische begeleiding: 'Het geheel aan activiteiten van medici of andere hulpverleners die ofwel door verzekerde gevraagd worden, danwel welke voor hem nodig worden geacht en die gericht zijn op herstel, behoud of bevorderen van gezondheid en maatschappelijk evenwicht en die in beginsel zijn gericht op werkhervatting'. Duidelijkheid en consensus tussen patiënt en hulpverlener worden van belang geacht over ieders aandeel en over het doel: '... het zo doelmatig en snel mogelijk integreren van patiënt/verzekerde in het arbeidsproces, het voorkomen van onnodig verzuim en het vermijden van medicalisering.' Anders dan in de adviesaanvraag

wordt 'controle' hier niet (expliciet) genoemd. Elders heet het (p. 10) het uitvoeren van toezicht op arbeidsverzuim wegens ziekte en/of arbeidsongeschiktheid, het toetsen van de rechtmatigheid van claims, het adviseren over voorzieningen en het toezien op het gebruik daarvan. Men onderscheidt claimbeoordeling en politionele controle. Onduidelijk is hoe controle zich volgens de commissie verhoudt tot sociaal-medische begeleiding.

Met 'verzuim' wordt bedoeld het voor '... bepaalde periode niet deelnemen aan het arbeidsproces t.g.v. ziekte of arbeidsongeschiktheid'. Hoewel de bedoeling wel duidelijk is lijken de laatste drie woorden niet geheel consistent, mede gezien de omschrijvingen die elders (p. 13) worden gegeven. Wie verzuimt in het ziektewetjaar is arbeidsongeschikt, wegens ziekte of gebrek, voor zijn (eigen) arbeid. Wie verzuimt in WAO-verband is arbeidsongeschikt voor ander, passend werk, eventueel wegens dezelfde ziekte of gebrek. Zoals velen met haar lijkt de commissie het begrip 'arbeidsongeschikt' te beperken tot de WAO/AAW. Onder 'ziekte' tenslotte – het moeilijkste begrip – wordt verstaan het ervaren van een verminderde functionele toestand, die iemand het verrichten van gebruikelijke werkzaamheden belet en tot een hulpvraag kan leiden.

BESCHRIJVINGEN

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de betrokkenheid van de diverse artsen bij zowel preventie en optimalisering van arbeidsomstandigheden als bij ziekteverzuim. 'In het belang van hun patiënt/werknemer/verzekerde zal samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de onderscheiden disciplines noodzakelijk zijn. Gestreefd dient te worden naar een zodanige coördinatie van activiteiten dat de kansen op verzuim geminimaliseerd worden, terwijl de duur van het opgetreden verzuim zo kort mogelijk wordt gehouden en er optimale mogelijkheden zijn tot revalidatie en reïntegratie.'

Vervolgens worden de Ziektewet, WAO/AAW, WAGW en Stelselherziening besproken, met als voornaamste conclusie dat de laatste twee zullen leiden tot meer te reintegreren gedeeltelijk arbeidsgeschikten.

Dan volgen de voor sociaal-medische begeleiding relevante taken van de direct betrokkenen: de bedrijfsarts (de taken uit de Arbo-wet; voors en tegens van verzekeringsgeneeskundige taken erbij: de

combinatiefunctie), de verzekeringsgeneeskundige (claimbeoordeling, preventie, reïntegratie, signalering van hoog verzuim in bedrijven en het adviseren op arbo-terrein – 'niet te verwarren met het verlenen van volledige bedrijfsgezondheidszorg', aldus de commissie) en de huisarts (de relevante delen van het basis-takenpakket). Merkwaardigerwijs worden bij de patiënt/verzekerde – als eerste genoemd en elders (p. 29) een centrale rol bij sociaal-medische begeleiding toebedeeld – geen taken genoemd (bijvoorbeeld eigen verantwoordelijkheid bij ziekmelding, bezoek aan huis- of bedrijfsarts, informatie-uitwisseling, werkhervatting en dergelijke), maar definities die eerder passen in hoofdstuk 2. Dan komt de belangrijkste constatering dat '... het voortbestaan van de scheiding van behandeling en controle als een gegeven dient te worden aanvaard (omdat) de uit de controletaak voortvloeiende verplichtingen (...) onverenigbaar zijn met de rol van de behandelend arts'. Hiervan uitgaande wordt de samenhang tussen de bij sociaal-medische begeleiding betrokken artsen beschreven: 'De huisarts – vertrouwenspersoon en medisch raadsman van zijn patiënt, maar niet altijd op de hoogte van diens werk – informeert de bedrijfsarts bij vermoeden van bedrijfsgebonden ziekmakende factoren. Een gezamenlijke begeleiding van de patiënt wordt goed gecoördineerd. Na 'informed consent' (toestemming van de patiënt) kan het oordeel van de bedrijfsarts over de arbeidsongeschiktheid worden afgestemd met dat van de verzekeringsgeneeskundige. Overleg over en weer is mogelijk over verzekeringstechnische aspecten van het behandelingsproces. De bedrijfsarts bewaakt de gezondheid van (groepen) werknemers, kent hun belasting- en belastbaarheidsgegevens en is betrokken bij reïntegratie, samen met de verzekeringsgeneeskundige. De Arbo-wet garandeert de onafhankelijkheid tegenover directie en werknemers, '... een voorwaarde voor het bestaan van een vertrouwensrelatie tussen bedrijfsarts en werknemer/verzekerde.' (p. 32). De verzekeringsgeneeskundige tenslotte beoordeelt de claim van de verzekerde, vraagt na eigen onderzoek relevante informatie aan de huisarts (om dubbel werk te voorkomen) beslist in overleg met de bedrijfsarts over herintrede en reïntegratie – bij de oude of de nieuwe werkgever – en regelt voorzieningen voor behandeling, vervoer en werk. Gefaseerd naar verzuimduur wordt het

volgende beeld geschetst: bij *preverzuim* ligt de nadruk op signalering, op het vermijden van medicalisering en op individuele of collectieve verbetering van arbeidsomstandigheden; bij *kortdurend verzuim* treden verzekerings- en bedrijfsarts alleen op bij frequent voorkomen of bij een verhoogd risico op langerdurend verzuim; bij *middellang* (3-6 weken) en bij *langdurend verzuim* handelen bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige als eerder beschreven, met nadruk op goed onderling overleg, met name over een reïntegratieplan. Ten aanzien van de huisarts, en na zes weken vaak (ook) de specialist worden wél en niet voorzien verzuim onderscheiden. Hoe te handelen in het laatste geval blijft helaas onuitgevoerd, afgezien van het advies te demedicaliseren. Bij voorzienbaar langverzuim (bijvoorbeeld een botbreuk) moeten herstelvertragende en invaliderende invloeden worden vermeden en de af te leggen route, procedures, tijdspad en de bewaking daarvan aan alle betrokken duidelijk zijn. Tot zover de beschrijvingen. Daarbij krijgt – anders dan in de adviesaanvraag – de bedrijfsarts volop aandacht, hoewel maar 30% van de werknemers er een heeft, en dan nog voor de helft in combinatiefunctie⁹. Getuige recente signalen wensen alle betrokkenen uitbreiding van de BGZ voor alle werknemers¹⁰, en wil de overheid daarbij aparte verantwoordelijkheid nemen¹¹. De commissie besluit dan met enkele opmerkingen '... over zich in de praktijk voordoende problemen' bij de samenwerking (niet altijd vanzelfsprekend; onvoldoende vaste afspraken; slechte bereikbaarheid), bij de informatie-uitwisseling tussen de betrokken artsen (tekortkomingen ten aanzien van inhoud, volledigheid, snelheid en het juiste moment) en bij wederzijdse kennis en taakafbakening (curatieve sector houdt onvoldoende rekening met de relatie mens-arbeid, met (voortduren van) verzuim, met invaliderende, reïntegratie belemmerende elementen bij haar (be)handelen (bijvoorbeeld wachttijden) en met de mogelijkheden van de verzekeringsgeneeskundige en de bedrijfsarts in dezen).

KERN VAN DE KRITIEK

Hoofdstuk 3 omvat niet alleen ruim een derde van het advies, maar vormt er ook de basis van. Daarom volgen hier meteen enkele kritische kanttekeningen. Allereerst is het de vraag of hier '... de

huidige gang van zaken m.b.t. het proces van SMB (...) is beschreven' (p. 41). Het hoofdstuk omvat namelijk taakomschrijvingen, en niet de uitvoering ervan in de praktijk, en een deels normatieve, deels veronderstellende beschrijvende weergave van de relaties tussen de betrokken artsen en hun rol per verzuimfase. Gaat het hier om wenselijkheid of feitelijkheid? En uit welk onderzoek blijkt dat? Bovendien betreft het een beschrijving en geen analyse zoals eerder in dit artikel bepleit, uitmondend in slechts een (ruime) pagina over wat toch de kern van de zaak is: '... de zich in de praktijk voordoende problemen. Deze blijken (?,pb) enerzijds gelegen te zijn op het terrein van de samenwerking en informatie-uitwisseling (...) anderzijds op het terrein van de wederzijdse kennis van de resp. werkgebieden en de afbakening van taken' (p. 41). Dit zijn (toevallig?) dezelfde problemen als uit de adviesaanvraag en, zoals eerder opgemerkt, slechts een deel van de bekende knelpunten. De commissie beperkt zich vervolgens nog verder door '... uit de veelheid van problemen er een aantal te noemen. Voor het overige wijst zij op de grote hoeveelheid artikelen en onderzoeksverslagen'. Welke overige problemen het betreft en wat hun gewicht is blijft evenwel ongewis: een literatuurlijst ontbreekt ...

Dit alles neemt niet weg dat veel betrokkenen de noodzaak voelen – deels stoeënd op praktijkervaring en op onderzoek – om de wél genoemde knelpunten op te lossen. In dat kader doet de commissie belangrijke algemene aanbevelingen, zoals het verbeteren van het inzicht in elkaars taken en werkterrein en in de relatie mens-arbeid (vooral voor de curatieve sector) door betere opleiding, bij- en nascholing; voorts een duidelijker afbakening van taken en professionele verantwoordelijkheden, en het verbeteren van informatie-uitwisseling en van samenwerking, bijvoorbeeld door een oproepkaart met relevante gegevens voor de verzekerde en voor de diverse artsen, door longitudinale verzuimregistratie ten behoeve van individuele en groepen werknemers, door systematisch onderzoek van verzuimbevorderende arbeidsomstandigheden en door het regionaal bevorderen van persoonlijke contacten tussen de betrokken hulpverleners. Tenslotte wordt het belang nog eens onderstreept van 'informed consent' bij objectieve, relevante gevalsgebonden gegevens, gekoppeld aan goede voorlichting van de patiënt, en van duidelijkheid naar

alle betrokkenen bij de combinatiefunctie.

Welke garanties zijn er echter dat deze aanbevelingen zullen werken? Enkele stonden ook al in een interimrapport van de brede Commissie Bestudering Onderzoek Ziekteverzuim (1972)¹². Daarmee is kennelijk in 15 jaar weinig gebeurd. Waarom? Het eindrapport (1981) is illustratief voor het vastlopen van allerlei pogingen¹³. Ook de patiëntenkaart strandde onlangs nog¹⁴. In Gouda bleken de voor een onderzoek gemotiveerde huis- en verzekeringsartsen op de afgesproken tijdstippen amper onderling contact op te nemen.¹⁵

MODELLEN

Dan komt de kern van het advies: het oordeel over de drie modellen. Dat is duidelijk en afwijzend: het *huisartsen-model* wordt onuitvoerbaar en ongewenst geacht vanwege de doorbreking van de scheiding behandeling-controle, het ontbreken bij de huisarts van de benodigde kennis van arbeidsomstandigheden en sociale zekerheid, repercussies voor de relaties huisarts-verzekeringsgeneeskundige-uitvoeringsorgaan alsmede voor de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt. Ook het *vg-model* wordt 'haalbaar noch gewenst' bevonden, vooral vanwege het doorbreken van de scheiding. Hetzelfde geldt voor het derde model, terecht getypeerd als een *uitgebreid vg-model*. Bundelen van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige kennis in een onafhankelijke dienst acht de commissie onnodig: de onafhankelijkheid van de BGD'en is reeds geregeld in de Arbo-wet en die van de verzekeringsgeneeskundigen behoeft geen nadere regeling, omdat hun organisatorische relatie met de uitvoeringsorganen juist zeer belangrijk is voor de sociaal-medische begeleiding. Waar van bundeling sprake is beoordelen bedrijfsartsen juist niet de arbeidsongeschiktheid maar de restcapaciteit en pogen het werk daaraan aan te passen. In dat geval prefereert de commissie echter aparte bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige afdelingen boven de combinatiefunctie. Omdat ze ook de modellen van eerdergenoemde organisaties '... in de gepresenteerde vorm niet zonder meer als realiseerbaar...' beschouwde besloot de commissie '... met gebruikmaking van nuttig bevonden elementen (welke en waarom blijft helaas onbesproken, pb) uit de bestudeerde modellen te komen tot een eigen model.' De uitgangspunten daarvoor

zijn, overigens niet erg overzichtelijk, op p. 54-58 '... kort weergegeven.' Beoogd lijken te worden:

1. Beperking van de sociaal-medische begeleiding tot verzuim vanaf de vierde week.
2. Handhaving van de scheiding van behandeling en controle.
3. Huisarts/specialist coördineert behandelingsproces.
4. Verzekeringsgeneeskundige/bedrijfsarts coördineert werkhervattingsproces.
5. Centrale procesbewakende rol voor de patiënt: verantwoordelijk voor verzuimbeslissing, eerste contact met behandelend arts, en dergelijke.
6. Professionele begeleiders zorgen voor relevante informatie, voor vaststelling van wat de patiënt nodig heeft en wat realiseerbaar is, en voor duidelijkheid en zo mogelijk overeenstemming over het doel van de sociaal-medische begeleiding.
7. Protocollering van met name de tijdstippen van informatie-uitwisseling ten behoeve van het behandelings- en werkhervattingsplan.
8. Goede samenwerking is onderdeel van een goede beroepsuitoefening.
9. Controle als eerder in het advies omschreven is zinvol en nuttig.
10. Uitvoeringsorganen bewaken het proces in de tijd door systematische longitudinale verzuimregistratie.

Ook hier enkele kanttekeningen: bij 4. wordt gesteld dat de verzekeringsgeneeskundige '... in een objectieve relatie' staat tot de verzekerde. Dat is echter de vraag vanwege het onmiskenbare derdenbelang, namelijk dat van het uitvoeringsorgaan¹⁶.

De werknemer centraler stellen lijkt in principe positief, mits grote zorgvuldigheid wordt betracht bij wat reëel van hem/haar mag worden gevraagd. Moeilijker is punt 9. Verwezen wordt naar de definitie, waar echter zowel van claimbeoordeling sprake is als van politionele controle, die Lamers in 1983 terecht afwees als medische taak¹⁷. De commissie lijkt dit niet te doen. Bovendien gaat zij niet in op een punt waarop met name door de CCOZ is gewezen: controle kan anti-revaliderend, medicaliserend werken, als de verzekerde de nadruk legt op wat hij (voorlopig) *niet* kan, om niet de indruk te wekken 'zomaar in de Ziekte-wet te lopen'. Dat staat haaks op de voor sociaal-medische begeleiding benodigde attitude van 'Wat kan ik (binnenkort) nog wel?' Dat veronderstelt echter een goede

vertrouwensrelatie. De curatieve sector heeft daarvoor de beste positie, de bedrijfsarts al minder en de verzekeringsgeneeskundige het minst¹⁶.

De overige uitgangspunten lijken minder problematisch en zeer wel verdedigbaar. De inbreng van anderen valt er in terug te vinden, net als bij de algemenere eisen aan het model: maatschappelijk aanvaardbaar voor beleids- en vakmatig betrokken groeperingen; voldoende structuur voor een optimaal verloop, voldoende flexibel voor individuele gevallen en snel realiseerbaar. Wel was het wellicht beter geweest de uitgangspunten te ontwikkelen vooraf aan de beoordeling van de huidige sociaal-medische begeleiding en van de andere modellen.

Vervolgens wordt stapsgewijs het commissiemodel beschreven: 1. De verzekerde meldt zich ziek zonder directe verplichting tot contact met een arts. 2. Gebruikelijke controle van de uitvoeringsorganen. 3. Bij consultatie door de werknemer onderzoekt de bedrijfsarts de arbeidsomstandigheden en vraagt de huisarts naar eventueel arbeidsverzuim en noemt de verwachte duur zonder dat aan derden te melden. 4. De huisarts of klinisch specialist coördineert het behandelingsproces en tracht iatrogene verzuimduurverlenging te voorkomen. 5. De verzekeringsgeneeskundige coördineert de activiteiten rond verzuim en werkhervatting, soms gedelegeerd aan de bedrijfsarts, en overlegt met de curatieve artsen bij onnodige (lang) verzuim en met de bedrijfsarts bij werkinvloeden. Via een verzuimregistratiesysteem roept hij verzekerden op, consulteert zo nodig de bedrijfsarts omtrent belasting in het werk en de huisarts, na 'informed consent', omtrent correcties/aanvullingen op de geconstateerde medische beperkingen. De patiënt moet een en ander kunnen inzien.

In sommige gevallen acht de commissie meer structuur gewenst, '... bv. bij dreigende langdurige ziektegevallen, knelpunten bij lange behandelingsduur, frequent verzuim, belangrijke problemen in de arbeidssituatie etc.' Na 'informed consent' dient de verzekeringsgeneeskundige dan onverwijld de huisarts/bedrijfsarts een vraag- en antwoordbrief te sturen met relevante gegevens en met het verzoek om bijstelling van a. het verzekeringsgeneeskundig onderzoek; b. de verzekeringsgeneeskundige inschatting van de arbeidsbelasting; c. het werkhervattingsplan. Zo nodig stelt de verzekeringsgeneeskundige een volgend tijdstip vast voor een dergelijk schriftelijk over-

leg. Daarnaast kan elke arts desgewenst om informatie of overleg vragen, conform de KNMG-regels.

EPILOOG

In een epiloog stelt de commissie aldus aan de eerder gestelde uitgangspunten te hebben voldaan, de verhoudingen tussen de betrokkenen bij sociaal-medische begeleiding in wezen ongemoeid te laten en rekening te houden met de bestaande situatie, mede door een nadere omschrijving van ieders verantwoordelijkheden, zodat wetsaanpassing niet nodig is.

Verwezen wordt vervolgens naar een volgend *financieel* hoofdstuk over regelingen en uitvoering van de relevante wetten en over de omvang van het verzuim. De kosten daarvan worden in 1985 voor de ziektewet geschat op f 14,2 miljard en die voor de arbeidsongeschiktheidsregelingen op f 16,8 miljard. Terecht wordt gesteld dat op die kosten sociaal-economische factoren van invloed zijn, evenals de arbeidsomstandigheden en wettelijke regelingen. Daaraan zijn nog toe te voegen: sociaal-culturele en persoonsgebonden factoren, en de gezondheidszorg . . .

'Het complexe karakter van deze materie maakt het uiterst moeilijk om concrete uitspraken te doen over de invloed die veranderingen in de procesgang van SMB zouden kunnen hebben op de omvang en het gebruik van ziekte- en arbeidsongeschiktheidsregelingen.' Aldus de commissie, die zich dan ook niet aan een financiële schatting waagt van de te verwachten baten van haar model door minder en korter verzuim, minder (in)directe kosten, minder beslag op de gezondheidszorg en minder psychohygiënische problemen door preventie van somatische fixatie.

Daartegenoverstaande kosten, zoals die voor verbetering van arbeidsomstandigheden, worden alleen genoemd als het extra overlegtijd betreft of administratieve kosten voor informatie-uitwisseling. Nogal laconiek wordt opgemerkt dat dat behoort tot een goede samenwerking tussen de betrokken artsen en daarmee tot de normale beroepsuitoefening. Extra kosten zijn dus onnodig, ook bij de geprotocolleerde variant. Het lijkt echter de vraag of deze 'kostenneutraliteit' in de praktijk is te handhaven, ook gezien de huidige perikelen op dit punt. En waarom kan tegenover een welomschreven extra bijdrage van bijvoorbeeld huisartsen aan sociaal-medische begeleiding geen prak-

tijkverkleining met behoud van norminkomen staan?

Rest nog het slot van de epiloog: 'Zo mogelijk kan voorafgaand aan een integrale invoering van het model, d.m.v. experimenten op beperkte schaal ervaring worden opgedaan met de werking ervan. De commissie acht het gewenst dat de werking van het model en de hieruit voortvloeiende effecten worden geëvalueerd. Een eerste evaluatie zou kunnen plaatsvinden twee jaar na invoering. Daarnaast acht de commissie het gewenst dat op beperkte schaal experimenten plaatsvinden met andere modellen, waaruit zo mogelijk nadere inzichten resulteren die, bij toepassing, de werking van het door de commissie aanbevolen model op onderdelen zullen kunnen verbeteren.'

CONCLUSIES

Alles afwegend kan worden gesteld dat de commissie erin is geslaagd tot een redelijk evenwichtig advies te komen, doorwrocht maar niet te uitgebreid.

Terecht kiest ze een gezondheidszorginhoudelijke invalshoek en geen financieel-economische, zoals in de adviesaanvraag. Vanuit eigen begripsomschrijvingen bestudeert de commissie de huidige sociaal-medische begeleiding en ieders aandeel daarin – met verheugend veel aandacht voor de bedrijfsarts – en doet algemene aanbevelingen. De adviesaanvraagmodellen beoordeelt ze, terecht, als 'haalbaar noch gewenst', en de andere modellen acht ze ' . . . niet zonder meer realiseerbaar'.

Op belangrijke uitgangspunten wordt vervolgens een bruikbaar eigen model gebaseerd: ongeveer de huidige gang van zaken in optima forma, met een protocol voor moeilijke gevallen, inclusief behandelings- en reïntegratieplannen en informatie-uitwisseling binnen 14 dagen. De commissie verwacht hiervan aanzienlijke, zij het moeilijk calculeerbare voordelen.

Verstandig lijkt ook het pleidooi voor experimenten met het eigen model en andere modellen en voor een evaluatie van de werking van het model na twee jaar. Dan zal blijken of de sociaal-medische begeleiding echt te verbeteren is: ook bij het Raadsmodel blijven immers drie of meer artsen betrokken, vaak moeilijk bereikbaar voor overleg en met weinig tijd/prioriteit voor informatieverstrekking. Bovendien kan dan blijken in hoeverre betere sociaal-medische begeleiding tot minder verzuim en WAO-in-

stroom leidt of dat andere maatregelen daarvoor effectiever zijn, bijvoorbeeld in de werksfeer.

Als belangrijke kritiek geldt, dat het advies is gebaseerd op een *beschrijving* van sociaal-medische begeleiding en van een beperkt aantal knelpunten, waarbij onduidelijk is in hoeverre ze de praktijk weerspiegelen of aan welk onderzoek ze ontleend zijn, terwijl tal van knelpunten ongenoemd blijven. Omdat dit complexe terrein zeker niet uitputtend onderzocht valt te noemen mogen van een advies enerzijds suggesties worden verwacht voor nader onderzoek, zoals naar de beleving van sociaal-medische begeleiding door werknemers en naar het controlevraagstuk.

Anderzijds vraagt de wetenschap dat vele knelpunten al jaren bekend zijn zonder tot werkbare oplossingen te leiden (ondanks pogingen daartoe) om nadere analyse van die mislukkingen en van het totaal aan bekende knelpunten, hun oorzaken, achtergronden, onderlinge samenhang en vooral hun veranderbaarheid. Zoiets is zeker geen sinecure. De raad had echter een aanzet kunnen geven of op zo'n analyse kunnen aandringen, om nieuwe mislukkingen te voorkomen.

POSITIEVE NEVENEFFECTEN

Dat de adviesaanvraag op hoofdpunten is afgewezen betekent nog niet dat ze geen positieve effecten heeft gehad. Allereerst is de slepende problematiek rond sociaal-medische begeleiding er meer dan ooit door onder de aandacht gebracht van de direct betrokken organisaties en wel zodanig dat deze zich wel duidelijk móesten uitspreken, kritiek expliciteren en alternatieven ontwikkelen. Daarnaast droeg de aanvraag bij aan een klimaat waarin diverse initiatieven konden ontstaan, waarvan er hier enkele kort worden vermeld. Zo kwam de gezamenlijke NVAB/NVVG-commissie weer tot leven¹⁸, die onlangs een tussenrapport met interessante suggesties presenteerde. Iets dergelijks kan worden gezegd van de GMD-NVAB-werkgroep, die recent een studie(middag) opleverde over de samenwerking bedrijfsarts-verzekeringsgeneeskundige-arbeidsdeskundige bij de WAGW¹⁹. Hamers en anderen inventariseerden structurele samenwerkingsrelaties, maar vonden die vrijwel alleen tussen de verzekeringsartsen van ZW en WAO en revalidatie-artsen²⁰.

Uit CCOZ/NIA-studies naar reeds verricht onderzoek en naar de onderzoekbaarheid van gepresenteerde modellen

(onder andere dat van de CCOZ zelf) concludeerde De Graaf dat experimenten met sociaal-medische begeleiding althans eenvoudig zullen zijn door de vele variabelen en bepleitte zij ook experimenten met minder ingrijpende maatregelen²¹.

In afwachting van het advies is het echter nog amper tot experimenten gekomen. Uit NIA-contacten blijkt wel bereidheid tot medewerking 'in het veld' en bij de sociale partners, en voorts dat er van alles gebeurt op het gebied van de sociaal-medische begeleiding, zoals de bescheiden studie van de BGD-Haarlem naar de (financiële) meerwaarde van BGZ voor verzuim en reïntegratie van vooral langdurig zieken²², of een symposium van de Crohn-Vereniging en van de gastro-enterologen, voor sociaal-geneeskundigen, over wat Crohn-patiënten niet, maar vooral nog wel kunnen en wat er aan de sociaal-medische begeleiding valt te verbeteren²³. Tot slot nog een recent GAK-onderzoek, waarin de verzekerings-geneeskundigen steeds minder bleken te hebben aan objectieve curatieve informatie volgens het 'groene boekje'²⁴.

HOE NU VERDER?

Het Advies is van overheidswege tot nu toe alleen genoemd in een brief aan de Stichting van de Arbeid²⁵, die overigens een verscherpte aandacht van het kabinet markeert voor verzuim en arbeidsongeschiktheid: plannen voor een derde wachtdag (in 1980 nog door De Graaf als onwerkzaam afgewezen²⁴; dreigende quotumverplichting in de WAGW; zo nodig nieuwe maatregelen, nu de stelselherziening de WAO-instroom niet blijkt in te dammen, waar velen voor hebben gewaarschuwd. Gevoegd bij het opzeggen van het ILO-verdrag nr. 121 en het willen verscherpen van de aanstellingskeuringen^{27 28}, geeft dit een verontrustend beeld van eenzijdige aandacht voor een meer repressieve aanpak, terwijl iets fundamenteels als arbeidsomstandighedenverbetering nauwelijks meer wordt genoemd . . . Onder dit gesternte gaat het kabinet later dit jaar op het advies reageren.

Van belang zal daarbij allereerst zijn welke conclusies men verbindt aan het afwijken van de modellen. Voor het doorbreken van de in Europa unieke 'scheiding' is kennelijk geen draagvlak, wat een voornaam gegeven is met het oog op '1992'. Belangrijk is ook dat men creatief inspeelt op de algemene en specifieke

aanbevelingen, vooral op die voor experimenten met diverse modellen van sociaal-medische begeleiding. Medewerking uit 'het veld' is te vinden, mits men de hulpverleners aanspreekt op de kwaliteit van hun werk en op het belang van de betrokken zieke werknemer en financiële steun biedt bij onderzoek en experimenten. Huisartsen ontbreekt het aan middelen en financiering via de BGZ leidt tot hogere werkgeverslasten, dus is men aangewezen op overheidsgeld en op overigens minieme fracties van de tientallen miljarden die omgaan in de sociale zekerheid.

Voorts dient aanvullend/verdiepend onderzoek naar de *feitelijke* situatie wat de sociaal-medische begeleiding betreft hier en in het vergelijkbare buitenland te worden geëntameerd en de hierboven bepleite analyse van het totaal aan knelpunten en van de mislukte pogingen tot verbetering. Daarnaast verdienen ook tal van ideeën en initiatieven – zoals die uit de vorige paragraaf – (financiële) ondersteuning.

Tot slot nog dit: De discussie over sociaal-medische begeleiding is de afgelopen jaren vooral op beleidsniveau gevoerd door bestuurders, functionarissen en enkele 'praktijkmensen'. Om tot veranderingen te komen moeten echter zij die dagelijks met de knelpunten te maken hebben actief bij de discussie en ideeënvorming worden betrokken, zo nodig gevoelig worden gemaakt voor de problematiek en de noodzaak van verbetering. Daarbij dienen vooral de beroepsorganisaties hun verantwoordelijkheid te nemen. Een levendig debat leidt misschien op zich al tot verbetering, zeker als dat wordt gevoerd over de schuttinkjes heen van de behandelende, verzekerings- en bedrijfsartsen en samen met hen wier belang het meest op het spel staat. Voor de ene arts zijn dat de patiënten, voor een ander verzekerden, voor weer een ander zieke werknemers en voor een vierde arts belanghebbenden; zij die als enigen nog zicht kunnen hebben op wat er allemaal met hen gebeurt, maar die zich eerder in een doolhof wanen, of tussen wal en schip belanden: zij die ziek geworden zijn van of op het werk. □

Dr. P. C. Buijs, sociaal-geneeskundige, als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA, ontstaan uit een fusie tussen de Stichting CCOZ en het Veiligheidsinstituut), promoveerde in 1984 op het onderwerp 'Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid'.

Noten

1. Zie Buijs PC. Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. CCOZ, Amsterdam, 1985. p 79.
- 2-4. Op cit 79-98, resp 98, 99, resp 219-24.
5. Zie o.a. Van Haselen DA, Lenshoek DE, Van Dijk F ea. Weer aan 't werk. NIA, Amsterdam, april 1988.
6. Querido (1963), Cremers (1974), Tordoir (1978) en Soeters (1983), aangehaald door Buijs (1985), 102 (zie noot 1).
7. Zie bijlagen van het NRV-Advies SMB, Zoetermeer, 1987.
8. Buijs PC en De Keijzer JAL, Samenwerking van artsen bij langerdurend verzuim. MC 39 (1984) nr 11 (16 maart), 331-4.
9. Zie bijvoorbeeld Nota 2000 (Kamerstuk 19.500, 1985-1986), p. 31.
10. NRV-Advies inzake BGZ, Zoetermeer, 1987, p. 24-6; zie ook noot 9.
11. De Graaf bij het 25-jarig bestaan van het College voor Bijstand en advies voor de bedrijfsgezondheidszorg, dd. 5-2-1988.
- 12-14. Zie Buijs (1985) (zie noot 1), p 102 en 103.
15. Lamers HJ en Groot-Buchli KE. Communicatie tussen huisarts en verzekeringsgeneeskundige. Utrecht, NHI, december 1983.
16. Leenen HJJ. Gezondheidszorg en recht, Samson, Alphen a/d Rijn, 1981, p 179, 180, 185, 204.
17. Lamers L, als directeur-generaal op SoZaWe de adviesaanvraag toelichtend op de NVAB-najaarsvergadering in 1983.
18. Interimrapport van de gezamenlijke commissie van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgezondheidszorg en die voor verzekeringsgeneeskunde. Zie NVAB-bulletin nr. 1, 1988, 9-15.
19. GMD-NVAB. BGZ en WAGW, Amsterdam, 1988.
20. Hamers P en Kamphuis P. Sociaal-medische begeleiding, Den Haag, 1985.
21. Graaf A de. Sociaal-medische begeleiding van arbeidsongeschikte werknemers. TvVg 25 (1987) nr. 3, 70-75.
22. Lunshof T. Meerwaarde van BGZ bij ziekteverzuim. TSG 2 (1988) nr 2 (febr.), 51-55.
23. Buijs PC en Knepper S. Beperkingen en mogelijkheden voor arbeid bij de ziekte van Crohn, nog te publiceren. Datum symposium: 10-6-88.
24. Epker, W. Vg en curatieve sector, GAK, Amsterdam, 1986.
25. Brief van SoZaWe aan de Stichting van de Arbeid, 7-7-1988, getiteld: 'Terugdringing ziekteverzuim', p. 3.
26. Graaf L de. Verzuimbestrjding en humanisering van de arbeid. TvSG 58 (1980) nr. 13 (25 juni), 490-493.
- 27 en 28. NRC 23 juli 1988, respectievelijk 19 juli 1988.

Databank Ambulante Psychiatrie

Een hulpinstrument voor exploratieve studies en selfmonitoring

In dit artikel wordt een databanksysteem beschreven dat werd ontworpen in de ambulante sector en daarom de naam Databank Ambulante Psychiatrie (de DAP) kreeg, maar dat – met enige aanpassingen – ongetwijfeld ook in de klinische sector kan worden toegepast. Een volledige beschrijving over het ontwikkelingsproces, de structuur en de gebruikswijze van dit systeem werd elders gepubliceerd¹.

Van welke motieven werd uitgegaan bij het ontwerpen van de DAP? De vijf voornaamste waren:

1. Het mogelijk maken op zodanig gesystematiseerde manier data te verzamelen, dat wetenschappelijke bewerking ervan kan plaatsvinden en dat deze – zowel voor kleinere als voor grotere onderzoekpopulaties – kunnen dienen voor exploratieve studies. Terwille van een goede bewerkingsmogelijkheid werden de variabelen zoveel mogelijk in numerieke codes weergegeven.
2. Het versnellen en verhogen van de kwaliteit van de intake-anamnese met daarbij een selfmonitoringsfunctie. Daartoe wordt een met behulp van een commandfile uit te printen overzicht van de DAP, de zogeheten werklíst, als basis voor een gestructureerd intake-interview gebruikt.
3. Het aan verwijzers periodiek of ook incidenteel op aanvraag kunnen verschaffen van voor hen belangrijke gegevens, waarbij voor de nodige anonimiteit kan worden zorg gedragen. Tijdens de ontwikkeling van de DAP werd hierover met enige huisartsen overleg gepleegd.
4. Het evalueren van behandelresultaten in relatie tot de hoeveelheid en de aard van de geboden hulp, en het op grond van deze evaluatie zonodig bijsturen van de behandelingsmethode.
5. Het vervaardigen van compacte, minder privacy-gevoelige files, in plaats van de dosiers oude stijl. De geschreven dossiers worden vervangen door vrijwel uitsluitend in numerieke code weergegeven data, die per patiënt slechts anderhalf vel A4-formaat groot zijn. De tijdens de behandeling gemaakte aantekeningen op de werkaantekeningenkaart worden bij ontslag vernietigd. De papierstapel is aanzienlijk minder groot van omvang. Het materiaal is steeds 'leesbaar'. Bij de intake wordt de patiënt op de hoogte gebracht van het gebruik van de computer, die duidelijk zichtbaar voor in de werkkamer is opgesteld. Vaak worden de anamnestiche gegevens direct ingevoerd in aanwezigheid van de patiënt, en er wordt gewezen op het zodoende ontbreken van geschreven documenten en op het bestaan van de aan het einde van de behandelingen te vernietigen werkaantekeningenkaart. Behalve deze nieuwe-stijlfiles worden alleen brieven over de patiënt bewaard. Van eigen ge-

F. van Ree

schreven brieven en/of rapporten krijgt de patiënt altijd een copie.

GEbruikte HARD- EN SOFTWARE

Hardware

1. Er werd uitgegaan van een (MS-TOS-gestuurde) Atari 1040 STf home computer met 1024 KbRAM- en 192 KbROM-geheugen met ingebouwde double-sided double-density Disk Drive met een opslagcapaciteit van 726 Kbytes met een Atari Hard Disk van 20 Mbyte.
2. Later werd de DAP ook op de (MS-DOS-gestuurde, IBM-compatible Atari (personal)-computer ontwikkeld, eveneens met gebruikmaking van een Hard Disk van 20 Mbyte.

Software

1. Bij de uitgangsversie werd gebruik gemaakt van de zelf programmeerbare database DB-MAN van VersaSoft California (clone van dBASE-III).
2. Voor MS-DOS-gestuurde computers werd gebruik gemaakt van de database waaruit DB-MAN werd ontwikkeld, namelijk DBIII-plus van Ashton Tate.

Het zelfprogrammeerbare karakter van de beide gebruikte databasesystemen maakt eventueel gewenste uitbreidingen of veranderingen door gebruikers vrij eenvoudig mogelijk. Adviseur voor de gebruikte hardware was elektrotechnisch ingenieur L. Meyers, programmeur was G. E. T. Ponjee.

BASISPRINCIPES

Juist in de psychiatrie zijn veel gegevens moeilijk als discrete variabelen te operationaliseren. Voor computerbewerkingsprocedures bestaat grote behoefte aan coderingen in cijfers. Er zal daarom steeds sprake moeten zijn van compromissen. Enkele data zijn eenvoudig getalsmatig te coderen, zoals de leeftijd in jaren, het aantal kinderen, het geslacht ($vr=1$; $m=2$). Voor een andere groep variabelen werd – al dan niet met enige wijzigingen en/of aanvullingen – gebruik gemaakt van reeds bestaande indelingssystemen, zoals het DSM-III-R-systeem voor klinische diagnostiek², en de indeling van de opleidings- en beroepsniveaus. Aangezien het DSM-III-R-systeem echter zeer vele, moeilijk te bewerken coderingen oplevert (meer dan 350 diagnoses, elk in vijf digits³), werden deze data ter vereenvoudiging nog verder bewerkt (zie verder). Voor de klachten bij aanmelding (probleemdiagnostiek genoemd), en de 'life events' wer-

den eigen (voorlopige) groepsindelingen ontworpen. Uitgangspunt was verder bepaalde data cliëntcentered te bewerken. Bedoeld wordt dat klachten en 'life events' werden opgenomen op 'face value', dat wil zeggen zoveel mogelijk zonder interpretatie van de zijde van de diagnosticus. Als een patiënt een 'life event' als zodanig benoemde (een onaangename en belastende gebeurtenis die naar zijn of haar mening van betekenis was voor het ontstaan of voortbestaan van de gepresenteerde klachten) dan werd die gebeurtenis als 'life event' beschouwd. Wanneer de patiënt maagpijn noemde werd deze klacht gecodeerd als lichamelijke (psychosomatische of somato-psychische) klacht en niet als bijvoorbeeld angstsymptoom. Daarnaast werd dus ruimte gecreëerd voor klinische diagnostische variabelen (DSM-III-R) die zeker meer interpretatief van aard van zijn. Door van beide methoden gebruik te maken, worden ook vergelijkende onderzoeken mogelijk.

Voor de somatische diagnostiek werd een eigen indeling gemaakt: van de ICD-9-classificatie die op AS III van de DSM wordt gebruikt, werd afgezien omdat de omvang daarvan voor praktische toepassingen in de psychiatrische praktijk veel te omslachtig is (zie verder). Naast al deze in getallencodes weergegeven data is er beperkte ruimte voor het in tekst noteren van bepaalde bijzonderheden, het geven van korte omschrijvingen van klachten, 'life events', diagnoses en veranderingen die tijdens de therapie optreden. Deze tekstuele gegevens zijn niet bruikbaar voor tel-, selectie- en sorteerprocedures, maar maken opslag van belangrijke 'softe' data mogelijk.

STRUCTUUR

Nadat in 1984 was begonnen met de ontwikkeling van het systeem, waarbij gebruik werd gemaakt van de data van honderd tussen medio 1984 tot en met einde 1986 behandelde patiënten in de eigen ambulante praktijk, werd einde 1987 de eerste DAP-uitvoering voltooid en verscheen de uitvoering ervan op discette en de beschrijving in boekvorm¹. Alvorens tot publikaties werd overgegaan, werd met een aantal psychiaters, huisartsen en anderen overlegd over inhoud en structuur. Een aantal adviezen en latere ervaringen werd inmiddels verwerkt en zal hier worden beschreven. Het ging bij deze verbeteringen niet om structurele wijzigingen, maar om enkele toevoegingen.

De DAP werd in navolging van Ritchie in diverse databasefiles (sub-databanken) onderverdeeld⁴. Ik koos voor deling in tien databasefiles. Slechts over een beperkt aantal van de te noemen variabelen kan in het korte bestek van deze publikatie iets uitvoeriger informatie worden gegeven.

1. NMADRWPL-DBF (naam, adres, woonplaats).

Deze sub-databank heeft een capaciteit van 188 karakters* en bestaat uit 12 velden. Hierin worden ongecodeerde personalia van de patiënt opgenomen, zoals naam, geboortedatum, adres en dergelijke. Het eerste veld – zoals trouwens elk eerste veld van de diverse sub-databanken – betreft het cliëntcodenummer. Met behulp daarvan is het mogelijk diverse sub-databanken gezamenlijk te activeren voor bepaalde bewerkingen.

2. HUISARTS-DBF (Huisarts).

Capaciteit: 137 karakters. Omvang: 9 velden. Hierin worden ongecodeerde personalia van de huisarts (naam, adres, telefoonnummer etc.) opgenomen, met op veld 1 het cliëntcodenummer en op veld 2 het codenummer van de huisarts.

Doordat ook elke huisarts een codenummer kreeg, werd uitwisseling van data van de overige acht databanken met geheel geanonimiseerde gegevens mogelijk, zodat de huisartsen – die alleen hun eigen codenummer ter beschikking krijgen – elkaar niet kunnen herkennen.

Deze beide eerste databasefiles bevatten dus zeer privacygevoelige data, en zijn in een afzonderlijke folder opgeborgen om te gemakkelijk zichtbaar maken op de monitor te voorkomen. Zij komen alleen aan de databankbeheerder ter inzage.

3. CLIENT-DBF (gecodeerde cliëntgegevens).

Capaciteit: 10 karakters. Omvang 4 velden. In deze databasefile worden de leeftijd in jaren, het codenummer van de woonplaatsregio (gezondheidszorgregio), en het geslacht (vr=1, m=2) aangegeven. Deze geanonimiseerde personalia kunnen in onderzoek en publikaties worden gebruikt, in plaats van de gegevens uit de eerste databasefile.

4. ADMINDAT-DBF ('administratieve' gegevens: administratief als 'administratieve' bedoeld).

Capaciteit: 86 karakters. Omvang: 30 velden**. Hierin zijn gegevens over verwijzer, aanmeldings- en ontslagdata, eventuele herhalingen van aanmelding, vroegere behandelingen, redenen van ontslag, aantal en aard van de behandelingen, en duur per zitting opgenomen. Hierdoor wordt een indruk verkregen over duur en aard van de hulpverlening.

Wat de aard van de behandeling betreft werd voor een systeemindeling gekozen, dat wil zeggen begrippen als individuele dan wel gezins-, familie-, partner-therapie en dergelijke. Andere indelingen zoals psychoanalyse, gedragstherapie, Gestalttherapie en dergelijke zijn ook mogelijk. Het gaat hier om de voorkeur van de gebruiker van het systeem.

5. SOCIADAT-DBF (sociale gegevens).

Capaciteit: 66 karakters. Omvang: 29 velden. In deze databasefile vinden we gegevens over:

hoeveel kinderen er waren in het gezin van oorsprong en de plaats (rangorde) van patiënt daarin, het al of niet in leven zijn van de ouders, eventuele bijzondere relaties van patiënt met één of beide ouders (stiefkind e.d.)*, burgerlijke staat in het verleden en heden, de verwachte vormen van steun (sociale netwerk)*, kindertal, relatie van patiënt met eventuele eigen kinderen (stiefkinderen, etc.)*, opleidingsniveau, actuele studie(s), beroep en arbeidssituatie (werkloosheid, WAO etc.), huishoudelijke arbeid en daarbij horende werksituatie, overtuiging in het milieu van oorsprong, en actuele overtuiging en overtuigingswijze.

Ik acht de wijze waarop in het DSM-III-classificatiesysteem de ernst van de psychosociale stressfactoren (AS IV)⁵ en het hoogste niveau van sociaal functioneren gedurende het afgelopen jaar (AS V)⁶ worden gescoord niet bruikbaar^{7,8}. Er worden op veel te simpele en positivistische wijze 'pseudometingen' gehanteerd. In de DAP zijn gegevens te vinden (life events, sociale netwerk e.a.) die gezamenlijk wel informatie geven over psychosociale stress, die in plaats van de AS IV-data gesteld zijn. Zo geven gegevens over de arbeidssituatie, relatieproblemen e.a. enige indruk van het niveau van sociaal functioneren (i.p.v. AS V).

6. KLINIDAT-DBF ('klinische' gegevens). Capaciteit: 372 karakters. Omvang: 46 velden. Hierin zijn gegevens ondergebracht over: klachten, duur van het bestaan van de klachten tot aan het tijdstip van aanmelding, type (zie verder) van de klachten, afhankelijkheidsproblemen (indeling in 10 categorieën), intermenselijke problemen (relatieproblemen, relatieconflicten en relatietekorten c.q. 'eenzaamheid'), seksuele problemen, criminaliteit, psychiatrische stoornissen in de familie, diagnosegroepen afgeleid van de Assen I, II en III van de DSM-III-R classificatie², aantal en aard van life events en tijdstip vóór aanmelding van optreden, alsook het type daarvan, zelf (bij aanmelding en ontslag) en door anderen voorgeschreven medicatie (indeling in 6 categorieën). Verder zijn er vier velden (elk met een capaciteit van 65 karakters) waarin ruimte voor het in tekst noteren van overige bijzonderheden is gecreëerd.

De klachten werden in 8 groepen verdeeld, terwijl per patiënt tot maximaal vijf klachten kunnen worden gecodeerd. De verdeling ontstond nadat bij de eerste honderd patiënten de omschrijvingen zoals door de patiënt gegeven werden genoteerd, dus zonder eventuele verdere interpretatie. Het gaat hierbij dus om 'problemdiagnostiek' zoals door patiënt aangegeven. Vervolgens werden de klachten in de 8 groepen ondergebracht, waarbij groep 8 een restgroep vertegenwoordigt. De (voorlopige) indeling is als volgt:

1. depressiviteit;
2. angst;
3. omgangsproblemen;
4. afhankelijkheidsproblemen;

5. psychosomatische en somatopsychische klachten;
6. werkproblemen;
7. agressieregulatieproblemen;
8. overige problemen;
9. niet van toepassing (bij de 2e tot en met 5e klacht).

Er werd onderscheid gemaakt tussen type-1 en type-2 klachten en type-1 en type-2 life events. Type-1 klachten worden bij aanmelding genoemd evenals type-1 life events. Worden die mededelingen pas in latere zittingen gedaan, dan wordt van type-2 gesproken. Deze onderverdeling werd vooral om onderzoekstechnische redenen gemaakt.

De indeling in diagnosegroepen kwam als volgt tot stand. Er werd voor AS I voor drie diagnosemogelijkheden ruimte gemaakt. Naam en nummers volgens het DSM-III-R systeem werden in een afzonderlijke DIAGN-DBF (zie verder) genoteerd. De diagnostische gegevens van de eerste 100 patiënten werden vervolgens op eigen wijze over 8 (voorlopige) groepen verdeeld:

1. depressieve stoornissen;
2. angststoornissen;
3. seksuele stoornissen;
4. psychosociale problemen;
5. gedragsafwijkingen;
6. afhankelijkheid van middelen en bijzonder gedrag*;
7. psychosen;
8. lichamelijke klachten.

Door deze werkwijze werden de AS I diagnoses bewerkbaar gemaakt, terwijl deze klinische diagnostiek zodoende ook vergelijkbaar werd met de problemdiagnostiek. De bewerking van de life events van de eerste 100 patiënten voerde tot een (voorlopige) onderverdeling in 16 groepen, waarvan één een restgroep en één 'geen life events vermeld' aangeeft. Voor elke cliënt is er plaats gemaakt voor notering van maximaal 5 life events. De indeling is als volgt:

- 01 echtscheiding(sdreiging), verlating(sdreiging, (dreiging met) ontrouw door partner;
- 02 overlijden van partner;
- 03 overlijden van eigen kinderen;
- 04 echtscheiding van ouders of verlating door één of beide ouders;
- 05 hevige conflicten tussen ouders zonder echtscheiding of vertrek van één van beiden;
- 06 overlijden van één of beide ouder(s);
- 07 overlijden van andere familieleden;
- 08 vertrek van voor cliënt zeer belangrijke persoon(en); niet overlijden;
- 09 ernstige problemen, ziekten, afwijkingen of letsels van voor cliënt belangrijke personen;
- 10 traumatische seksuele ervaringen;

* Karakters kunnen al dan niet numeriek zijn: N staat voor numeriek, C van characters voor de overige tekens.

** Vanaf DBF IV worden aan het einde telkens twee reservevelden, elk groot 10 karakters gereserveerd.

* Deze items werden op advies van Prof. Dr. Ph. D. A. Treffers de DAP toegevoegd.

* Tot afhankelijkheden van bijzonder gedrag worden hier ook stoornissen als boulimie, kleptomanie e.d. gerekend, wegens de gedragsovereenkomsten met verslavingsgedrag.

- 11 eigen lichamelijke ziekten, afwijkingen of letsels;
- 12 eerste bevalling;
- 13 ernstige arbeidsproblemen en/of conflicten;
- 14 verblijf in 'totaal instituut' (psychiatrisch ziekenhuis of detentie);
- 15 oorlogsproblematiek, andere dan overlijden van voor cliënt belangrijke persoon(en);
- 16 overige;
- 99 niet van toepassing.

Bij de klachten-, diagnose- en life event-groepsindelingen moet het voorlopige karakter daarvan worden benadrukt. De verdere dataverzameling zal waarschijnlijk aanvullingen en/of wijzigingen laten zien.

Van de AS II-diagnosen werden de DSM-III-R-codenummers vermeld. Ik acht de betrouwbaarheid van deze persoonlijkheidsdiagnostiek (nog?) te gering voor verdere bewerking. Voor de AS III-diagnosen (lichamelijke ziekten en afwijkingen) werd het volgende (meer globale) indelingssysteem gebruikt:

1. 'organisch beeld' (psychiatrische ontregeling bij herkenbare hersenziekte en/of functiestoornis);
2. somatopsychische klachten (lichamelijke ziekte of afwijking buiten de hersenen waarvoor de aandacht wordt gevraagd);
3. psychosomatische klachten (lichamelijke klachten zonder aantoonbare lichamelijke ziekte of afwijking herkenbaar, samenhangend met psychische spanningen en/of problemen);
4. geen diagnose;
5. bijkomende somatische afwijkingen (lichamelijke ziekten en/of afwijkingen als bijkomende bevinding);
6. onbekend (door niet navragen en/of ontbrekend onderzoek);
7. combinaties.

Over de voorkomende afgrenzingsmoeilijkheden en de kwetsbaarheid van zo'n indeling werd onder anderen door Rooijmans geschreven⁹.

7. VERANDAT-DBF (veranderingen gedurende de behandeling opgetreden). Capaciteit: 420 karakters. Omvang: 13 velden. Hierin wordt allereerst aangegeven of er al dan niet sprake is van een nieuwe behandelserie (dat is een behandelhervatting na een onderbreking van meer dan een jaar, die voert tot nieuwe intake met verandering van data zoals leeftijd bij aanmelding, tijdsverloop sedert optreden life events en andere). Verder is er ruimte voor notities over regio en/of huisarts-wijzigingen, het al dan niet opgetreden zijn van nieuwe life events en/of klachten, zijn er drie velden voor tekstuele omschrijvingen over veranderingen die optreden tijdens de behandeling, en zijn er twee velden voor korte omschrijvingen van de eventuele nieuwe life events en/of klachten.

8. LIFEIV-DBF (life events omschrijvingen).

Capaciteit: 351 karakters. Omvang: 8 velden. Er zijn vijf velden, elk met een capaciteit van 65 karakters waarop de life events kort kunnen worden omschreven.

9. KLACHTEN-DBF (klachten omschrijvingen).

Capaciteit: 351 karakters. Omvang: 8 velden. Er zijn vijf velden, elk met een capaciteit van 65 karakters waarop de klachten kort kunnen worden omschreven.

10. DIAGN.-DBF (omschrijvingen van diagnosen op AS I).

Capaciteit: 221 karakters. Omvang: 6 velden. Er zijn 3 velden, elk met een capaciteit van 65 karakters, waarop diagnosecodenummers van de DSM-III-R, gevolgd door hun naam worden genoteerd.

DB-MAN en DBIII-plus kennen uiteraard net als alle databases een aantal standaardprocedures voor de dataverwerking, zoals voor tellen, sorteren en selecteren. Daarnaast programmeerde Ponjee meer dan zestig commandfiles waarvan de resultaten snel (na 12 seconden tot enkele minuten), duidelijk en overzichtelijk op het monitorscherm verschijnen. Daarbij is er een aantal dat uitsluitend bewerkingen binnen één sub-databank uitvoert (intra-dbf commandfiles) en andere die gegevens uit meerdere subdatabanken tegelijk gebruiken (inter-dbf commandfiles). Zulke commandfiles hebben ieder afzonderlijk een naam, bestaande uit maximaal tien letters elk. Een enkel voorbeeld tot slot. Om te zien welke de actuele burgerlijke staat is toetst men het commando BRGSTAKT in. Binnen enkele seconden verschijnt het volgende overzicht: Actuele burgerlijke staat:

ongehuwd bij ouders wonend	(code 1): 7
ongehuwd zelfstandig wonend	(code 2): 31
LAT-relatie	(code 3): 3
ongehuwd samenwonend	(code 4): 13
gehuwd alleen wonend	(code 5): 1
gehuwd met wettige partner wonend	(code 6): 43
gehuwd maar met andere partner wonend	(code 7): 1
anderszins (leefgemeenschap, pleeggezin, etc.	(code 8): 1
onbekend	(code 9): 1
totaal aantal getelde records:	100

Het gebruik van de commandfiles heeft als prettig bijkomend gevolg, dat deze doorgaans een goede controle geven op de accuratesse van de data-invoering in de files!

Van belang is tenslotte te vermelden dat de commandfiles zodanig werden geprogrammeerd, dat de gegevens desgewenst ieder jaar per aanmeldingsjaar van de betreffende patiënten afzonderlijk kunnen worden geselecteerd en bewerkt, waardoor ook cohortonderzoek mogelijk is.

Hiermee beëindig ik deze kort introductie van de DAP.

Literatuur

1. Ree F. van, Ponjee GET. DAP, Databank Ambulante Psychiatrie; een hulpmiddel voor kliniek en praktijk. Lisse: Swets & Zeitlinger BV, 1988.
2. APA. Diagnostic Criteria from DSM-III-R: second printing. Washington DC, 1987.
3. Koster van Groos GAS. COBO-Bulletin: diagnoseschema's. Utrecht: Ziekenhuiscentrum, 1982.
4. Ritchie LD. Computers in Primary Care. London: W. Heinemann Medical Books Ltd., 1984.
5. Werkgroep DSM-III. Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-III. (vertaling: F. van Ree, G. A. S. Koster van Groos e.a.). 2e verbeterde druk, pp16-21.
6. Id. 5, pp. 27-30.
7. Koerseman GF. Life event onderzoek en het positivistisch misverstand. Tijdschrift voor Psychiatrie 1985; 26: 314-30.
8. Oei TI. Life events, no's 1, 2 en 3. Soma & Psyche, November 86, Februari 87 en September 87.
9. Rooijmans HGM. Onbegrepen lichamelijke klachten en conversie. Ned Tijdschr v Geneesk 1986; 130: 2174-8.

Speciale dank voor hun hulp aan de totstandkoming van de DAP aan Ph. D. A. Treffers, hoogleraar kinderpsychiatrie te Oegstgeest, G. Kuiper, psychiater te Bennebroek, de huisartsen P. M. Gaillard en H. Steensma te Bennebroek, A. H. D. Wepster, cultureel werker te Haarlem, G. E. T. Ponjee, programmeur te Haarlem, en L. Meyers, elektrotechnisch ingenieur te Haarlem.

Uitspraak Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage

Gynaecoloog één jaar geschorst wegens seksueel misbruik

Het College voor de beslissing in Eerste Aanleg in zaken van het Medisch Tuchtrecht en Medische Geschillen te 's-Gravenhage heeft op woensdag 10 februari 1988 de navolgende uitspraak gedaan inzake de klacht van: A te V, klaagster, tegen B te W, de persoon over wie geklaagd wordt, hierna aan te duiden als 'de arts'.

1. Inleiding

Bij brief van 19 maart 1986 diende Mr. C, advocate te X, namens klaagster een klacht in tegen de arts. De arts heeft hierop geantwoord middels een brief van 13 mei 1986 van zijn raadsman Mr. D, eveneens advocaat te X. Op 17 oktober 1986 heeft Mr. C het standpunt van klaagster nader schriftelijk toegelicht. Mr. D reageerde hierop bij brief van 24 november 1986. Het college heeft verder de beschikking gekregen over een gedeelte van het tegen de arts opgemaakte strafdossier, terwijl Mr. D de pleitnota heeft toegezonden van het pleidooi dat hij in de strafzaak voor de rechtbank te IJ heeft gehouden.

Op 10 februari 1988 is de klacht behandeld. De arts is verschenen evenals de beide genoemde advocaten. Mr. C heeft de zaak nog eens mondeling toegelicht, mede aan de hand van door haar overgelegde pleitnotities. Mr. D heeft hier mondeling op geantwoord.

2. De feiten

Sinds december 1969 is de arts als gynaecoloog verbonden geweest aan het ziekenhuis E te Z. In mei 1985 heeft klaagster zich tot hem gewend. Dit heeft ertoe geleid dat de arts op 19 juli 1985 de vagina van klaagster operatief heeft verwijd. Nadien is klaagster onder behandeling van de arts gebleven.

In het kader van deze behandeling is klaagster op 5 februari 1986 bij de arts gekomen. Zij was toen wegens buikklachten en een verhoogde bezinking in het ziekenhuis opgenomen. Klaagster is op laatstgenoemde datum op de onderzoektafel van de arts gaan liggen met haar benen in de daarvoor bestemde steunen. De arts heeft haar zo inwendig onderzocht. Daarbij heeft hij haar vagina inwendig gemasseerd. De arts is toen opgewonden geraakt, heeft klaagster op haar mond gezoend, haar nachthemd naar boven geschoven en haar borsten gestreeld en gezoend. Hij is hierna aan het eind van de onderzoektafel gaan staan en heeft zijn broek open gemaakt. Hij heeft zijn penis in de vagina van klaagster gedaan en aldus gemeenschap met haar gehad.

Op 27 februari 1986 kwam klaagster voor controle, omdat haar temperatuur iets te hoog was en haar menstruatie gedurende een week nog niet was gekomen. Er werd een zwangerschapsreactie gedaan. Deze was negatief. Op 5 maart 1986 is klaagster onderzocht met behulp van een echograaf. De uitslag was vermoedelijke zwangerschap van 5 à 6 weken. Op

4 en 5 maart 1986 is klaagster ook op haar urine onderzocht. Beide keren was de uitslag negatief. De arts heeft na de uitslag van de echografie tot curettage besloten. Zo kon definitief worden vastgesteld dat klaagster niet zwanger was. De curettage is op 6 maart 1986 uitgevoerd. Het gecuretteerde weefsel is onderzocht. Klaagster was niet zwanger.

Zaterdag 15 maart 1986 is klaagster rond 14.00 uur bij de arts gekomen, na daartoe een afspraak gemaakt te hebben. Tijdens het gesprek van klaagster met de arts is er een sfeer ontstaan die de arts als erotisch heeft omschreven. In de behandelkamer is klaagster naakt op de onderzoektafel komen te liggen. De arts heeft zich ook uitgetkleed. Hij heeft klaagster gezoend en gestreeld en daarna geslachtsgemeenschap met haar gehad. Diezelfde dag nog heeft klaagster tegen de arts aangifte gedaan bij de politie.

3. De klachten

De klacht houdt allereerst in dat de arts klaagster meermalen seksueel heeft misbruikt op de onderzoektafel in zijn behandelkamer in het ziekenhuis.

Verder wordt de arts verweten dat hij begin maart 1986 een abortus bij klaagster heeft proberen op te wekken teneinde een vermoedelijke zwangerschap te beëindigen.

In haar nadere brief van 17 oktober 1986 stelt klaagster tenslotte nog de vraag aan de orde of de op haar toegepaste verwijdingsplastiek medisch gezien verantwoord was.

4. Beoordeling van de klachten

De eerste klacht betreft het feit dat de arts tenminste twee keer seksuele gemeenschap met klaagster heeft gehad in zijn behandelkamer in het ziekenhuis. Deze klacht is gegrond. Door dit te doen heeft de arts in ernstig mate het vertrouwen in de geneeskundigen ondermijnd. Daarbij doet het er in beginsel niet toe of klaagster initiatieven heeft ontwikkeld om die gemeenschap te doen plaatsvinden. Ook als dat het geval is geweest, zoals de arts aanvoert, had hij ervoor zorg moeten dragen dat het zo ver niet kwam.

Overigens kan het college de arts niet volgen in zijn stellingname dat klaagster de gebeurtenissen heeft uitgelokt. De enige die dit verklaart, is de arts zelf. Klaagster heeft dit steeds ontkend. Zij heeft een en ander naar haar zeggen 'als verstaand' ondergaan. In de verklaringen die door de politie zijn opgenomen, is geen steun te vinden voor de stellingname van de arts. Er is eerder aanleiding om het tegendeel aan te nemen. Klaagster was nog jong en in meerdere opzichten onzeker en naïef. Zij heeft kennelijk en niet onbegrijpelijk zeer tegen de arts opgezien. Na de gemeenschap op 15 maart 1986 heeft zij zich zeer emotioneel en overstuurd betoond. Het college beschikt niet over aanwijzingen dat klaagster

de arts kapot zou hebben willen maken. Het kan de stellingname van de arts dan ook niet aannemen.

De tweede klacht betreft het opwekken van een abortus bij klaagster. Klaagster heeft zich eind februari 1986 zorgen gemaakt dat zij in verwachting was. Zij meende dat dit het gevolg was van de gemeenschap die de arts begin die maand met haar had gehad. De arts achtte dit onmogelijk, omdat het zijns inziens toen niet tot een zaadlozing in klaagster was gekomen. Om haar gerust te stellen heeft de arts toen het beschreven onderzoek laten doen. Hiertoe behoorde de curettage, die de arts onder volledige narcose van klaagster uitvoerde. De arts gaf als reden hiervoor op dat hij klaagster wilde tonen dat zij niet zwanger was. Het college kan dit niet billijken. De enkele wens om klaagster gerust te stellen was onvoldoende reden om de curettage uit te voeren. Daartoe stonden de arts minder ingrijpende mogelijkheden ten dienste. Hij had bovendien ook heel goed de ontwikkelingen even kunnen aanzien. De arts wist voorts dat klaagster ernstige bezwaren tegen abortus had. De curettage hield het risico in dat de arts een eventueel aanwezige vrucht zou verwijderen. De arts had zich dit moeten bedenken en om die reden niet dan na uitdrukkelijke toestemming van klaagster tot de ingreep mogen overgaan. Het college vraagt zich af of de arts de ingreep niet mede heeft verricht in zijn eigen belang. Ook deze klacht is gegrond.

Tenslotte is er geklaagd over de verwijdingsplastiek. Toen deze ingreep werd uitgevoerd, was klaagster net 20 jaar oud. Bij een meisje van deze leeftijd lijkt het verrichten van een dergelijke plastiek niet direct aangewezen. Anderzijds kan daartoe wel voldoende aanleiding zijn geweest. Het college beschikt niet over gegevens die tot de conclusie moeten leiden dat er onvoldoende indicaties waren voor deze ingreep. De klacht moet daarom worden verworpen.

5. Conclusies

De eerste en de tweede klacht zijn gegrond. Beide houden zeer ernstige verwijten aan de arts in. Deze heeft door zijn handelen het vertrouwen in de stand der geneeskundigen in hoge mate ondermijnd. Het college zal de arts op grond van een en ander een schorsing opleggen voor de duur van één jaar.

Het college zal verder bepalen dat deze beslissing met weglating van de namen en woonplaatsen van de daarin genoemde personen alsmede van andere gegevens welke omtrent die personen een aanwijzing bevatten, wordt gepubliceerd in na te noemen bladen. Het algemeen belang is hiermee gediend.

Beslissing: Legt aan de arts een schorsing op van één jaar. □

Medische behandeling van benigne prostaathyperplasie

Meer dan één op de tien mannen boven de 60 jaar lopen de kans een prostatectomie te moeten ondergaan, een operatie die verantwoordelijk is voor een groot deel van de werkbelasting van urologen¹. Postmortaal onderzoek heeft uitgewezen dat de frequentie van benigne prostaathyperplasie (BPH) toeneemt van 30% in het zevende decennium tot 100% in het tiende decennium², maar de incidentie van symptomatische obstructies als gevolg van BPH is niet bekend. In de Verenigde Staten heeft 75% van de mannen boven de leeftijd van 50 jaar symptomen van BPH; daar worden elk jaar meer dan 350.000 prostatectomieën uitgevoerd³. Een therapie voor BPH zou niet alleen veel chirurgische ingrepen overbodig maken, maar zou ook een aanzienlijke kostenbesparing opleveren.

We weten nog weinig over de pathogenese van BPH. De aandoening komt voor zover bekend niet voor bij patiënten die vóór hun 40e levensjaar zijn gecastreerd en zou dus verband kunnen houden met een stoornis van het androgene metabolisme^{4,6}. Aan het eind van de 19e eeuw is castratie bij BPH even en vogue geweest. Ondanks het feit dat 80% tot 90% van de patiënten een subjectieve verbetering rapporteerde⁷, is deze ingreep nooit erg populair geworden. De belangstelling voor androgene deprivatie als middel voor de behandeling van BPH nam af na de ontwikkeling van een veilige en effectieve endoscopische methode voor het doen van prostatectomieën, maar de introductie van 'luteïnizing hormone-releasing hormone' (LHRH)-agonisten zorgde voor een opleving van de belangstelling voor het effect van androgenen op de prostaat, alsmede voor het mogelijke the-

rapeutische effect van genoemde preparaten. Een open onderzoek van Peters en Walsh⁸, verbonden aan de Johns Hopkins University School of Medicine, wijst erop dat het dagelijks subcutaan toedienen van 400 µg nafareline-acetaat, een LHRH-agonist, de omvang van de prostaat met 24% doet afnemen en de urineflow objectief met 30% doet toenemen, met een overeenkomstige subjectieve verbetering. Binnen zes maanden nadat de behandeling was stopgezet, bereikte de prostaat weer de omvang van vóór de behandeling. Andere onderzoekers hebben nog grotere reducties van de prostaatomvang gerapporteerd bij het gebruik van andere LHRH-agonisten, leuprolide en busereline^{9,10}.

Intussen deed de ontdekking van hoge concentraties cholesterol bij BPH, door Swyer¹¹, de belangstelling uitgaan naar de rol van cholesterol en cholesterolmetabolieten bij de pathogenese van deze aandoening. Met wisselend succes heeft men talloze cholesterolverlagende middelen voorgeschreven aan patiënten met symptomen van benigne prostaathyperplasie¹². Het meest gebruikt is candicine^{13,14}, in sommige landen van Europa zijn preparaten die dit middel bevatten in de handel verkrijgbaar en worden ze voor de behandeling van BPH gebruikt. De uitkomsten van proefnemingen met deze agentia zijn echter niet eenduidig. Bij behandeling van BPH lijken ze geen rol te spelen.

De afgelopen tien jaar is verreweg de meeste aandacht uitgegaan naar de rol van de alfa-receptorblokkering. De farmacologische aspecten en de distributie van alfa-adrenerge receptoren in blaashals en trigonum vesicae zijn uitgebreid beschreven¹⁵. Er zijn

nogal wat verslagen waaruit valt op te maken, dat blokkering van deze receptoren zowel objectief als subjectief verlichting geeft bij patiënten met een obstructieve BPH. Caine en Abrahams zijn twee van de vele onderzoekers die de doeltreffende werking van fenoxibenzamine, een niet-specifieke alfa-blokker, bij patiënten met de symptomen van BPH hebben gedocumenteerd in zorgvuldig gecontroleerde dubbelblinde experimenten^{16,17}. Omdat de blokkering in dit geval niet-selectief is, traden bij 30% van de patiënten bijwerkingen op, met name orthostatische hypotensie en impotentie. De frequentie van de complicaties, alsmede rapporten over het optreden van kanker bij ratten die fenoxibenzamine toegediend hadden gekregen, leidde ertoe dat men ervan afzag deze stof in te zetten bij de behandeling van patiënten met symptomen van BPH¹⁸. Van de ontwikkeling van selectieve alfa-adrenerge receptor-antagonisten zoals prazosine mogen vergelijkbare klinische resultaten worden verwacht, maar dan zonder het nadeel van de orthostatische hypotensie, omdat de via de α_2 -adrenerge-receptor overgedragen feedbackcontrole van de noradrenaline-afgifte in stand wordt gehouden. Zowel Hedlund als Martorana hebben het effect van prazosine aangetoond in dubbelblinde placebo-gecontroleerde onderzoeken^{19,20}. Kirby en zijn collega's uit het Middlesex Hospital hebben deze bevindingen nu bevestigd aan de hand van een objectieve urodynamische test²¹. Maar hoewel er sprake was van een aanzienlijk verbeterde mictieflow en van minder frequente urinelozen, trad in geen van de cystografische variabelen verandering op. Bovendien trok een groot aan-

tal proefpersonen zich terug, hoewel het daarbij meestal ging om redenen die geen verband hielden met bijwerkingen.

'Nieuwe geneesmiddelen en nieuwe behandelmethoden doen het de eerste tijd altijd wonderbaarlijk goed', merkte William Heberden al op. Willen we het lange-termijneffect van de medische behandeling van patiënten met BPH kunnen beoordelen, dan moet er aan bepaalde voorwaarden worden voldaan. Goed opgezette dubbelblinde placebo-gecontroleerde onderzoeken, waarbij is gekeken naar statistische validiteit en 'patient compliance', zijn hier van wezenlijk belang²². Wat het beoordelen van patiënten met benigne prostaathyperplasie vooral moeilijk maakt is het met de tijd wisselen van symptomen, alsmede de moeizame identificatie van objectief definieerbare afwijkingen. De gemakkelijkst verkrijgbare en statistisch vergelijkbare gegevens levert een urodynamisch onderzoek. Zo'n onderzoek vertelt vooral iets over de gemiddelde flow en de peak flow²³. Desalniettemin is het mogelijk dat wat er statistisch gesproken als een verbetering uitkomt, klinisch gesproken geen significante verbetering inhoudt. Ook de residuale urine is belangrijk, maar men is het er niet over eens hoe belangrijk; immers, sommige patiënten met een ernstige obstructie van de urineflow hebben erg weinig residu en andere patiënten met een zeer geringe obstructie veel, vanwege een gestoorde contractiliteit van de blaas die geen verband hoeft te houden met de mate van obstructie. Na correctie van de infravesicale obstructie verdwijnt de hyperreflexie van de detrusor bij 50% tot 75% van de patiënten²⁴. Bepaling van de detrusorfunctie kan dus nuttig zijn om de verbetering te meten. Hoe sterk de druk van de detrusor moet toenemen voordat er sprake is van een obstructie, moet echter nog worden gedefinieerd. De meest objectieve beoordelingswijze is wellicht het meten van de urethrale weerstand²⁴. Veel gebruikt wordt de P/Q²max-methode (het bereikte intra-

vesicale drukverschil gedeeld door het kwadraat van de maximum-flow in centimeters vocht). Over de exacte waarde die aangeeft dat er obstructie ontstaat, heerst echter geen overeenstemming. Kwantificering van de symptomen is moeilijk, zo niet onmogelijk; veel onderzoekers hebben hiervoor hun toevlucht gezocht tot de dagboekmethode, zij het met wisselend succes¹⁷.

Prazosine en vergelijkbare α_1 -adrenerge antagonisten lijken zeker een rol te spelen in de korte-termijnbehandeling van BPH, met name om de symptomen te verlichten bij patiënten die op een operatie wachten of bij patiënten die om de een of andere reden niet kunnen worden geopereerd. Bij gebrek aan algemeen aanvaarde objectieve criteria met behulp waarvan zou kunnen worden uitgemakd dat een behandeling met medicijnen beter is dan een prostatectomie, moeten we voorzichtig zijn met het beoordelen van de resultaten van welke niet-chirurgische behandeling van benigne prostaathyperplasie dan ook, hoe aantrekkelijk de uitkomst daarvan op het eerste gezicht ook mag zijn.

Anonymous. Medical Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia. *Lancet* 1988; i: 1083-4.

Literatuur

1. Blandy JP. Benign prostatic enlargement. *Br Med J* 1971; i: 31-5.
2. Randall A, Hinman F Jr. Surgical anatomy of the prostatic lobes. In: Hinman F Jr (ed). *Benign prostatic hypertrophy*. New York: Springer, 1983: 672-7.
3. Walsh PC. Human benign prostatic hyperplasia: etiological considerations. In: Kimball FA, Buhl AE, Carter DB (eds). *New approaches to the study of benign prostatic hyperplasia: proceedings of the Ninth Brook Lodge Workshop on Problems in Reproductive Physiology*, Augusta, Michigan, Sept. 26-27, 1983. New York: Alan R Liss, 1984: 1-25.
4. Huggins C, Stevens RA. The effect of castration on benign hypertrophy of the prostate in man. *J Urol* 1940; 43: 705-14.
5. Wendel EF, Brannen GE, Putong PB, Grayhack JT. The effect of orchiectomy and estrogens on benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 1972; 108: 116-9.
6. Geller J, Bora R, Roberts T, Newman H, Lin A, Silva R. Treatment of benign prostatic hypertrophy with hydroxy-

progesterone caproate; effect on clinical symptoms, morphology, and endocrine function. *JAMA* 1965; 193: 21-8.

7. White JW. The results of double castration in hypertrophy of the prostate. *Ann Surg* 1895; 22: 1-80.
8. Peters CA, Walsh PC. The effect of natorelin acetate, a luteinizing-hormone-releasing hormone agonist, on benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 1987; 317: 599-604.
9. Gabrilove JL, Levine AC, Kirschenbaum A, Droller M. Effect of a GnRH analogue (leuprolide) on benign prostatic hypertrophy. *J Clin Endocrinol Metab* 1987; 64: 133-3.
10. Bosch RJJH, Griffiths DJ, Schroeder FH. Urodynamic effects of prostate size reduction in benign prostatic hyperplasia (BPH) patients treated by androgen deprivation. *J Urol* 1987; 137: 226 (abstr.).
11. Swyer GIM. The cholesterol content of normal and enlarged prostates. *Cancer Res* 1942; 2: 372-5.
12. Reanick MI, Jackson JE, Watts LE, Boyce WH. Assessment of the antihypercholesterolemic drug, probucol, in benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 1983; 129: 206-9.
13. Abrams PH. A double-blind trial of the effects of candicidin on patients with benign prostatic hypertrophy. *Br J Urol* 1977; 49: 67-71.
14. Jensen KME, Madsen PO. Candicidin treatment of prostatism: A prospective double-blind placebo-controlled study. *Urol Res* 1983; 11: 7-10.
15. Gosling JA. The distribution of noradrenergic nerves in the human lower urinary tract. *Clin Sci* 1986; 70 (suppl. 14): 3s-6s.
16. Caine M, Perlberg S, Shapiro A. Phenoxybenzamine for benign prostatic obstruction. *Urology* 1981; 17: 542-6.
17. Abrams PH, Shah PJR, Stone R, Choa RG. Bladder outflow obstruction treated with phenoxybenzamine. *Br J Urol* 1982; 54: 527-30.
18. Anon. Phenoxybenzamine for the symptoms of bladder neck obstruction. *Drug Ther Bull* 1983; 21: 15-6.
19. Hedlund H, Andersson K-E, Ek A. Effects of prazosin in patients with benign prostatic obstruction. *J Urol* 1983; 130: 275-8.
20. Martorana G, Gilberti C, Damonte P, Ciprandi G, Dirienzo W, Giuliani L. The effect of prazosin in benign prostatic hypertrophy, a placebo controlled double-blind study. *IRCS Med Sci* 1984; 12: 11-2.
21. Kirby RS, Coppinger SWC, Corcoran MO, Chapple CR, Flannigan M, Milroy EJG. Prazosin in the treatment of prostatic obstruction: a placebo-controlled study. *Br J Urol* 1987; 60: 136-42.
22. Castro JE. Trial designs. *Proc R Soc Med* 1972; 65: 126-7.
23. Abrams PH, Griffiths DJ. The assessment of prostatic obstruction from urodynamic measurements and from residual urine. *Br J Urol* 1979; 129-34.
24. Andersen JT. Detrusor hyperreflexia in benign infravesical obstruction: a cystometric study. *J Urol* 1976; 115: 532-4.

Transplantatie van foetale hersencellen: ethische problemen

Operaties waarbij men foetale hersencellen transplanteert in de hersenen van patiënten met de ziekte van Parkinson, stellen ons voor ethische vragen. Om die uit te diepen in relatie tot de verschillende betrokken partijen kunnen we onze toevlucht nemen tot vier algemeen aanvaarde morele noties, te weten: respect voor de mens en zijn autonomie; *beneficentia*, dat wil zeggen: het goede doen; *non-maleficientia*, dat wil zeggen: het kwade nalaten; en rechtvaardigheid (een eerlijke verdeling van de beschikbare middelen, eerbied voor ieders rechten en respect voor moreel aanvaardbare wetten)^{1,2}. Bij een dergelijke analyse kunnen wij ons voordeel doen met discussies die over dit onderwerp zijn gehouden tijdens het eerste Britse multidisciplinaire congres over filosofie en ethiek met betrekking tot geneeskunde en voortplanting, dat dit voorjaar in Leeds is gehouden. Het lijkt erop dat jegens de ontvangers van de foetale hersencellen aan alle verplichtingen is voldaan. Zo verklaarde Dr. Richard West, voorzitter van de ethische commissie die het betrokken wetenschappelijk onderzoek goedkeurde, op het congres dat zijn commissie zich had gehouden aan de standaardrichtlijnen voor ethische commissies van het Royal College of Physicians. Op grond van theoretische overwegingen zowel als van dierproeven en de voorlopige uitkomsten van klinisch onderzoek in het buitenland viel met een redelijke mate van zekerheid aan te nemen dat de betrokken patiënten door de operatie vooruit zouden gaan (*beneficentia*) en dat het risico dat ze erdoor zouden worden geschaad aanvaardbaar laag

was (*non-maleficientia*). Door het vereiste van 'informed consent' zou hun autonomie worden gewaarborgd. De rechtvaardige verdeling van middelen noch de rechten van de patiënt zou geweld worden aangedaan en met de te volgen procedure zou men binnen de wettelijke kaders blijven. Op het congres werden de nodige morele bedenkingen geuit ten aanzien van de vrouwen wier geaborteerde foetus was gebruikt. Weliswaar hadden deze vrouwen een formulier ondertekend waarin zij verklaarden afstand te doen van elke zeggenschap over wat er met de foetus zou gebeuren, maar sommige deelnemers waren beslist van oordeel dat men, als er een kans bestond dat het foetale weefsel zou worden gebruikt voor transplantatie- of onderzoekdoeleinden, de betrokken vrouwen duidelijker zou moeten informeren en expliciet zou moeten vragen om hun toestemming op basis van vrijwilligheid. Daartegenover stond de visie van een vrouwelijke advocaat, die betoogde dat het wel erg paternalistisch en seksistisch zou zijn een volwassen vrouw niet op haar schriftelijk gegeven woord te geloven. Bovendien sloot ze zich aan bij de conclusie van een werkgroep van de gezamenlijke Medical Royal Colleges³, dat deze vrouwen er baat bij zouden kunnen hebben als zij zouden vernemen inderdaad iemand te hebben geholpen door hun foetus af te staan. Het welzijn van de vrouwen zou gevaar kunnen lopen als men speciaal riskantere abortustechnieken zou gaan hanteren om de foetale hersenen voor transplantatie te behouden. Zou men op grote schaal foetaal weef-

sel gaan transplanteren, dan is er bovendien een kans dat vrouwen steeds meer commercieel of anderszins onder druk worden gezet om zwanger te worden en zich vervolgens te laten aborteren. Mits er goede controlemogelijkheden worden geschapen om dit soort problemen te voorkomen, lijken zich uit het perspectief van de zwangere vrouw geen onoverkomelijke morele bezwaren aan te dienen: het is heel wel mogelijk haar autonomie te respecteren; er is een goede kans dat zij door de ingreep is geholpen, terwijl ze er waarschijnlijk geen schade van ondervindt; haar rechten worden gerespecteerd, zij kan bijdragen aan een grotere verdelende gerechtigheid door toe te stemmen in het gebruik van haar vrucht ten bate van het medisch heil van andere mensen en als de abortus wordt uitgevoerd overeenkomstig de voorwaarden van de Abortion Act is de procedure ook rechtmatig.

Maar is de Abortion Act een moreel aanvaardbare wet? De voornaamste ethische bezwaren die men op het congres naar voren bracht golden juist deze vraag, en wel met het oog op de derde belanghebbende partij, de geaborteerde foetussen. Een van de inleiders, de gynaecologe Dr. Pamela Sims, die tegen abortus is, betoogde dat aangezien abortus en de Abortion Act moreel onaanvaardbaar zijn, het gebruik van foetaal weefsel voor transplantatiedoeleinden na een abortus evenzeer moreel onaanvaardbaar is: 'Het doel kan de middelen niet heiligen'.

Het is duidelijk, dat het voor wie de foetus een volwaardige morele status toekent onaanvaardbaar is de foetus

te vernielen om iemand anders te helpen. De ethische commissie van haar kant stelde zich op het standpunt, dat commissieleden hun persoonlijke bedenkingen tegen abortus niet in de besluitvorming moeten betrekken. Evenals de commissie-Peel⁴, aan wier advies zij zich nauwgezet heeft gehouden, nam deze commissie als haar uitgangspunt dat er nu eenmaal abortussen moeten worden uitgevoerd. De morele vraag luidt dan: is het, ervan uitgaande dat er abortussen zijn uitgevoerd, moreel aanvaardbaar foetaal weefsel te gebruiken ten bate van andere mensen? Waar het om draait is, aldus filosofe Jennifer Jackson, dat men weefsel transplanteert van foetussen die al geaborteerd zijn; zelfs tegenstanders van abortus en Abortion Act moeten daarin kunnen meegaan. Dr. Wendy Greengross, huisarts en lid van de commissie-Warnock, verduidelijkte dit kort en bondig: het feit dat iemand bij wie de hersendood is ingetreden en die aan het beademingsapparaat is aangesloten, daar ligt omdat er een aanslag op zijn leven is gepleegd, impliceert niet dat het moreel onaanvaardbaar is zijn organen te gebruiken voor transplantatie.

Worden, tenslotte, de belangen van de samenleving bedreigd door deze ontwikkeling? Op het congres viel enige bezorgdheid te beluisteren over de omstandigheid dat men plaatselijk ethische commissies kan tegenkomen die maatschappelijk omstreden beslissingen kunnen nemen, onder andere over transplantaties van 'menseleke hersenen', met in hun gelederen slechts één commissielid-niet-arts en geen enkel commissielid dat officieel is geschoold in het oplossen van ethische vragen. Jean Robinson, niet-medisch lid van de General Medical Council, drong er sterk op aan altijd minstens twee leken deel te laten uitmaken van ethische commissies, welke commissies voorts te allen tijde bereid zouden moeten zijn (zoals in het onderhavige geval) publiekelijk verantwoording af te leggen van hun be-

slissingen. Verschillende bezoekers uit het buitenland vonden het merkwaardig dat er geen landelijke medisch-ethische commissie in het leven is geroepen, al was het maar om bijzonder controversiële of problematische medisch-ethische kwesties te analyseren en er advies over uit te brengen. Zo'n commissie zou, als zij daarnaast tot opdracht zou krijgen te anticiperen op ontwikkelingen binnen de medische ethiek, een houvast kunnen bieden op het 'hellende vlak' waar mevrouw Sims voor heeft gewaarschuwd.

Gillon R. Ethics of fetal brain cell transplants. *Br Med J* 1988; 296: 1212-3.

Literatuur

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press 1983.
2. Gillon R. Philosophical medical ethics. Chichester: Wiley, 1986.
3. Conference of Medical Royal Colleges. Report of the working party on the supply of donor organs for transplantation. London, 1987. (Available from DHSS.)
4. Committee on the Use of Fetuses and Fetal Material for Research. Report. London: HMSO, 1972. (Peel report.)

Seksuele dysfuncties

Van een aselechte steekproef van vijfhonderd bij twee groepspraktijken ingeschreven vrouwen van tussen de 34 en 59 jaar werden de 436 vrouwen die een partner hadden apart ondervraagd over hun seksueel functioneren. Van deze vrouwen bleek één op de drie seksueel te dysfunctioneren: 17% (68/406) had een verminderde interesse in sex, eveneens 17% (73/434) had last van een droge vagina, 16% (60/379) van anorgasmie en 8% (30/379) van dispareunie. Hoe ouder, hoe meer klachten die in verband kunnen worden gebracht met seksueel dysfunctioneren. Voorts is er een statistisch significant verband tussen seksueel dysfunctioneren en psychiatrische stoornissen, een neurotische aanleg en een weinig harmonisch huwelijk. Eén op de tien vrouwen was van mening een seksueel probleem te hebben. De betrokken vrouwen waren niet ouder dan de seksueel dysfunctionerende vrouwen die niet van zichzelf vonden dat zij een seksueel pro-

bleem hadden. Wel werden bij hen in vergelijking met de rest van de steekproef vaker psychiatrische stoornissen, een neurotische aanleg en een weinig harmonieus huwelijk gevonden, alsmede bij vrouwen die nog menstrueerden bij het premenstrueel syndroom behorende psychologische symptomen. Van alle ondervraagde vrouwen zeiden er 16 (4%) dat zij graag hulp wilden hebben voor een seksueel probleem. De prevalentie van seksueel dysfunctioneren in de ondervraagde groep vrouwen wijst erop dat huisartsen meer oog zouden moeten hebben voor klachten op dit terrein.

Osborn M, Hawton K, Gath D. Sexual dysfunction among middle aged women in the community. *Br Med J* 1988; 296: 959-62. Abstract.

KNMG

Afscheid secretaris-generaal J. Diepersloot

Na 19 jaar neemt collega J. Diepersloot (62) afscheid van de KNMG, zijn KNMG. Het geloof in het belang van één hechte artsenorganisatie was voor hem een belangrijke reden om in te gaan op het verzoek om zijn functie bij de Rotterdamse GG en GD te verruilen voor de KNMG. Als bestuurslid van de LAD had hij sinds 1963 al in de KNMG-keuken kunnen kijken. Van meet af aan was collega Diepersloot voorstander van goede en open contacten met de media. De eerste persconferentie van het hoofdbestuur tijdens het eerste jaar van zijn secretaris-generaalschap, is daarvan een voorbeeld. Illustratief is ook zijn uitnodiging aan de toenmalige ombudsman Marcel van Dam voor een gesprek naar aanleiding van klachtbrieven van patiënten. Resultante: de KNMG heeft al die brieven afgehandeld en waar nodig met succes bemiddeld. Toch is hij er de man niet naar om zelf in de schijnwerpers te treden. Het tegendeel lijkt eerder waar.

Een hechte artsenorganisatie. Wat stond u destijds met betrekking tot de KNMG voor ogen?

'Eerlijk gezegd wist ik dat niet precies op het moment dat men mij voor de functie van secretaris-generaal polste. Voor mij stond echter het belang van één hechte artsenorganisatie centraal. Die overtuiging heb ik nog steeds. En waarom? Omdat de arts een centrale rol in de gezondheidszorg vervult. Daarmee wil ik overigens niets afdoen aan het vele en goede werk van anderen binnen die gezondheidszorg. Bij het vervullen van die centrale rol heeft de arts individueel en collectief hulp en steun nodig van een krachtige, professionele beroepsorganisatie. Ik zag het derhalve als mijn primaire taak ervoor te zorgen dat de tent bleef draaien en goed zou blijven draaien. Niet minder belangrijk achtte ik daarbij het bieden van een goede dienstverlening aan de leden. En in de derde plaats wilde ik de KNMG naar buiten profileren door opbouwen en verbeteren van contacten met de media.

Waarmee werd u bij uw komst bij de KNMG geconfronteerd?

'Het is duidelijk dat wat er in de samenleving gebeurt, ook zijn weerslag op de artsen heeft. In die eerste jaren had ik te maken met de periode van maatschappijkritiek en dus ook met kritiek op de KNMG. Het ik-tijdperk was volop in ontwikkeling, evenals het democratiseringsproces. Het studentenverenigingsleven liep holend achteruit. Sterker nog: zich verenigen was uit. De KNMG, en dus ook de secretaris-generaal, werd geconfronteerd met het verschijnsel kritische artsen. Die confrontaties waren niet altijd even plezierig. Ik heb altijd geprobeerd om me zowel begripvol als zakelijk op te stellen. Het geloof in één hechte artsenorganisatie heb ik echter nooit verloren. Mijn indruk is dat die overtuiging zo langzamerhand weer een breed draagvlak krijgt. Zeker nu de gezondheidszorg opnieuw sterk in ontwikkeling raakt'.

Wat is er van uw verwachtingen uitgekomen?

'Zonder onbescheiden te willen zijn meen ik erin geslaagd te zijn een goed draaiende tent achter te laten. De organisatie en het functioneren zijn op een moderne leest geschoeid. De KNMG is financieel gezond en kan een stootje velen. Met de publiciteitsmedia bestaan goede contacten. Journalisten weten de weg naar de



KNMG gemakkelijk te vinden in de wetenschap dat hun steeds een willig oor wordt geboden. Omgekeerd zien ook de bestuursleden het belang van goede verhoudingen met de media steeds meer in. Sterker nog, hierop wordt bewust ingespeeld. Ondanks de soms niet malse kritiek op de arts, meen ik echter dat deze nog steeds een voorname rol in de gezondheidszorg vervult en nog immer een centrale positie inneemt. Dat neemt niet weg dat in het kader van het professionaliseringsproces andere groeperingen hun plek in de gezondheidszorg met verve opeisen. De invloed van de medische professie op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg is nog steeds – en naar mijn mening terecht – groot. De tijd dat decibellen op het Binnenhof zonder meer succes hebben, lijkt evenwel voorbij', aldus collega Diepersloot.

Het aantal KNMG-leden is van 13.750 in 1970 gestegen tot ruim 22.500 nu. Ondanks dat is in die periode de dienstverlening aan de leden verbeterd. Ook bestuurlijk wordt meer dan destijds getracht het perifere lid bij het beleid te betrekken. De verbeterde informatievoorziening acht Diepersloot daarbij een belangrijke factor.

Door een wijziging in het verenigingsrecht zijn de maatschappelijke verenigingen (LAD, LHV, LSV en later LVSG) organisaties met een eigen rechtspersoonlijkheid. Is het bij een puur juridische verandering gebleven?

'Ik ben ervan overtuigd dat het verkrijgen van die juridische zelfstandigheid het totale verzelfstandigingsstreven heeft versneld. De positie van de KNMG als de representatieve artsenorganisatie en als spreekbuis van de Nederlandse arts, zou hierdoor in het gedrang kunnen komen. Van harte hoop ik dat het streven naar een federatieve structuur deze – in mijn ogen negatieve – ontwikkeling weer in een positieve zal doen omslaan. Een andere ontwikkeling is de met de verzelfstandiging gepaard gaande groei van de bureaus van de maatschappelijke verenigingen. Dat zet zowel de onderlinge communicatie, als de interne coördinatie en de efficiency onder druk. Mede daardoor is de KNMG meer als facilitair bedrijf gaan optreden. Zo is de administratie gemoderniseerd en worden de technische ontwikkelingen in deze sector steeds op de voet gevolgd. De verbeterde efficiency binnen de KNMG is mede af te leiden uit het feit dat de contributie sinds 1978 niet meer is verhoogd'.

U kunt terugzien op ruim 19 jaar ervaring. Welke lessen kunt u uit die periode trekken?

'De belangrijkste les daaruit betreft de organisatiestructuur van de KNMG. De gedachte van één overkoepelende artsenorganisatie die voor algemene artsenbelangen, volksgezondheidsvraagstukken, medisch onderwijs en medisch-ethische zaken als dé spreekbuis van de Nederlandse arts optreedt, is alleen goed uitvoerbaar met één gezamenlijk secretariaal apparaat. Zusterorganisaties die over één apparaat beschikken heb ik dan ook steeds ernstig gewaarschuwd voor de consequenties van het ontstaan van zelfstandige bureaus voor deelverenigingen of secties. Splitsing in zelfstandige bureaus creëert niet alleen inefficiëntie maar schept vooral afstand. Dat merk je dagelijks aan voorvallen die elk op zich misschien niet zo vreselijk belangrijk lijken, maar in toto hun negatieve uitwerking niet missen.

De tweede les is geweest dat de KNMG uiteindelijk meer na- dan voordeel ondervindt van een terughoudende, al te nette opstelling. Snel reageren met een krachtige stellingname, zo enigszins mogelijk zelfs met ludieke acties, zou meer mogen gebeuren dan tot nu toe het geval is geweest. Daarmee wil ik allerminst zeggen dat de KNMG haar waardigheid en respect voor anderen zou moeten verliezen.

Als derde les, die overigens nauw samenhangt met de eerste, wijs ik op het belang van de directe betrokkenheid van artsen – dus onze leden – voor zaken op het gebied van de medische ethiek, gedragsleer, medisch onderwijs, volksgezondheid en kwaliteit van het medisch handelen. Natuurlijk weet ik best dat veel artsen het erg druk hebben. Niettemin is tijdsbesteding ook een kwestie van prioriteiten stellen.

Het is van buitengewoon belang dat in de zojuist vermelde zaken tot een afgewogen oordeel kan worden gekomen dat vervolgens als algemeen geldend beleid kan worden geaccepteerd. Binnen de huidige organisatiestructuur is dit laatste redelijk gewaarborgd. Of dit ook in de toekomst zo zal blijven bij een nieuwe federatieve



De scheidende secretaris-generaal der KNMG, J. Diepersloot (links) en zijn opvolger W. van Hof.

structuur, betwijfel ik eerlijk gezegd. Heel in het bijzonder doel ik daarbij op de samenstelling van het federatief bestuur. Mijns inziens zou de KNMG evenveel zetels dienen te hebben als de vier maatschappelijke verenigingen te zamen. Daarmee zou een gezonde scheiding tussen materiële en immateriële belangenbehartigingen goed tot zijn recht kunnen komen', aldus de vertrekkende secretaris-generaal.

In het nagesprek blijkt nog eens duidelijk hoezeer collega Diepersloot bij het wel en wee van de KNMG is betrokken en ongetwijfeld zal blijven. Wij wensen hem en de zijnen nog een hele lange, gezonde en gelukkige toekomst. En dat is ook precies wat hij zijn KNMG toewenst.

KNMG

De nieuwe secretaris-generaal W. van Hof

'Kijk dit is nu preventie' zegt collega W. van Hof (46). Hij wijst op een artikel in de krant. Een foto van het transportsysteem van Nederlands grootste cementproducent begeleidt het artikel. Het transportsysteem vervoert zakken cement van 25 kilo. Het onderschrift vermeldt dat deze producent zijn produkt niet meer in 50 maar in 25 kilo-zakken zal afleveren. Sinds 1979 heeft Van Hof als directeur van de bedrijfsgezondheidsdienst voor de bouwrijverheid eraan gewerkt zware gewichten in de bouwrijverheid – en met name de zak cement van 50 kilo – uit de bouw te weren. In de laatste CAO-besprekingen zijn werknemers en werkgevers in de bouwrijverheid overeengekomen het gebruik van zakken cement van meer dan 25 kilo te verbieden. Nu past ook de grootste producent zijn produktielijnen aan. Primaire preventie in optima forma: 45% van het ziekteverzuim in de bouwrijverheid wordt veroorzaakt door rugklachten. Naast het persoonlijk leed kosten rugklachten in de bouwrijverheid de maatschappij 1,7 miljard gulden aan uitkeringen per jaar. Zo kunt u zich voorstellen dat een ingrijpende verandering in de werkwijze van vele decennia door het vervangen van 50 kilo-zakken cement door zakken van 25 kilo op zijn plaats is'.

Illustratief vindt Van Hof deze wijze van werken ook voor de KNMG. 'Immers, willen de Nederlandse artsen werkelijk invloed hebben op de organisatie en uitvoering van de gezondheidszorg, dan zal men moeten kunnen vertrouwen op een krachtige beroepsorganisatie



UIT DE VERENIGINGEN

die op lange termijn successen boekt'. Een tweede parallel ziet Van Hof in de wijze waarop het resultaat is bereikt. 'Let wel, het is niet de overheid die een verbod op het gebruik van cement in te grote verpakking heeft uitgevaardigd. Neen, werkgevers en werknemers hebben zelf het initiatief genomen de arbeidsomstandigheden in hun bedrijfstak te verbeteren. Ook in de gezondheidszorg zullen de veranderingen met name dienen te worden bepaald door constructief overleg van de direct betrokken partijen'.

Structuur KNMG

De structuur van de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen is opnieuw fors in discussie. Hoe kijkt de nieuwe secretaris-generaal aan tegen de idee van een federatie?

De directe belangenbehartiging van groepen KNMG-leden op nationaal niveau door de maatschappelijke verenigingen met daarnaast de behartiging van algemene belangen door de KNMG, vindt Van Hof effectief: 'Op deze manier kunnen huisartsen, specialisten, sociaal-geneeskundigen en dienstverbanders zich direct vanuit hun specifieke belangen herkennen in hun maatschappelijke vereniging. De algemene – en niet materiële – belangen, die een optimale uitvoering van de geneeskunde moeten bewerkstelligen, kunnen hierdoor met de hiervoor benodigde vrijheid door het centrale bestuur (in casu het hoofdbestuur der KNMG) worden bevorderd'. Van Hof is van mening dat deze scheiding ook in de nieuwe federatiestructuur dient te worden bewaard. Terzijde merkt Van Hof op dat de KNMG in zijn ogen reeds lang als een federatie handelt: 'De scheiding van specifieke groepsbelangen en algemene belangen maakt het wenselijk dat er een directe invloed van individuele leden op het federatiebestuur blijft. In de praktijk zal hiervoor bij de samenstelling van dit bestuur een modus moeten worden gevonden'.

De secretaris-generaal van de KNMG krijgt te maken met een zeer breed werktein. Welk gebied heeft heel in het bijzonder uw interesse?

'Binnen het aandachtsveld van de KNMG gaat mijn persoonlijke interesse vooral uit naar de organisatie van de gezondheidszorg. Op dit terrein heb ik door het organiseren van de bedrijfsgezondheidszorg voor de bouwrijverheid een redelijke ervaring opgebouwd. Bij het organiseren van zorg spelen begrippen als doelmatigheid, kwaliteit, toetsing, toetsingscriteria en kosten een grote rol'. Het ervaringstraject van Van Hof ligt in het bedrijfsleven. Het is dan ook niet te verwonderen dat hij frequent termen als een zakelijke benadering, dienstverlening, non-profit en cliëntgerichtheid laat vallen.

Cliëntgerichtheid

Artsen fronsen nog wel eens hun wenkbrauwen bij verwijzen naar commercie en/of bedrijfsleven. Hoe ziet u tegen die achtergronden cliëntgerichtheid vertaald naar de KNMG?

'Cliëntgerichtheid is in KNMG-verband op tweeërlei wijze aan de orde. In de eerste plaats in de relatie arts-patiënt c.q. cliënt of consument'. Van Hof benadrukt de groeiende invloed van de patiëntenorganisaties. Vanuit zijn bedrijfsachtergrond wijst hij op het belang van een goede band met de consument en vooral op een goede terugkoppeling. 'Dit geldt met name voor een dienstverlenend bedrijf als een artspraktijk of een ziekenhuis. Indien in het kader van het plan Dekker over kwaliteit wordt gesproken, dan zal bij het beoordelen van de kwaliteit van het medisch dienstbetoon de patiënt(enorganisatie) direct betrokken zijn. In de tweede plaats

W. van Hof begon zijn carrière als bedrijfsarts direct na zijn militaire diensttijd. Hij werd in 1972 benoemd tot bedrijfsarts van de GGD te Leeuwarden; in die hoedanigheid zou hij tevens de bedrijfsgezondheidszorg voor de ambtenaren van de provincie Friesland op zich nemen. In afstemming met de lokale industrie bereidde hij een gezamenlijke bedrijfsgezondheidsdienst voor voor overheid en industrie in Friesland. Om de lokale en provinciale overheid tot participatie te bewegen nam hij bij de presentatie van de ontwerpnota aan B en W van Leeuwarden en Gedeputeerde Staten van Friesland zelf ontslag. Een jaar later werd de Bedrijfsgezondheidsdienst Friesland volgens zijn ontwerp opgericht door de industrie en de lokale overheid.

Na deze Friese periode ging Van Hof bij de chemische en petrochemische industrie in het Botlekgebied werken. In 1974 werd hij bedrijfsarts bij de gezamenlijke bedrijfsgezondheidsdienst voor het Europoort/Botlekgebied. Hier had hij de bedrijfsgeneeskundige verzorging van het personeel van een tiental chemische fabrieken. Deze fabrieken vormden de bedrijfscomplexen van ICI en Cyanamid in het Europoort/Botlekgebied. Veel ervaring deed Van Hof hier op met chemische intoxicaties en verbrandingen alsmede allergische reacties. In 1976 werd Van Hof lid van het hoofdbestuur van de Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Zijn vierjarige bestuursperiode bracht hij grotendeels door onder voorzitterschap van oud-KNMG-voorzitter Dr. A. E. Leuftink.

In 1976 werd Van Hof uitgenodigd de eerste full-time medisch adviseur van de bedrijfsgezondheidsdienst voor de bouwrijverheid (Stg. BG Bouw) te worden. In 1977 trad hij als zodanig in dienst. In 1978 werd Van Hof directeur van deze bedrijfsgezondheidsdienst. Zijn taak was om in opdracht van werkgevers en werknemers een effectieve bedrijfsgezondheidsdienst voor de gehele bedrijfstak bouwrijverheid te organiseren. De bedrijfstak bouwrijverheid met nevenbedrijfstakken als schilders en stuka-dors telde destijds ongeveer 350.000 werknemers. In 1982 bestonden er voor iedere bouwvakker in Nederland bedrijfsgeneeskundige voorzieningen binnen een straal van 20 km van woon- of werkplek. In 1985 vond de laatste reorganisatie van het pakket bedrijfsgezondheidszorg plaats. In hetzelfde jaar werd Van Hof uitgenodigd een fusie van de bedrijfsgezondheidsdienst en de veiligheidsdienst van de bouwrijverheid voor te bereiden en uit te voeren.

Per 1 mei 1986 vond de oprichting van de nieuwe stichting plaats (Stg. Arbouw). Per 1 september 1986 werd de stichting operationeel. Per 1 september 1987 verliet Van Hof de bouwrijverheid om een eigen adviesbureau op te richten met als doel organisatievormen te ontwerpen voor de organisatie van gezondheids- en veiligheidszorg op macroniveau. Ondanks het slagen van dit initiatief koos hij in maart jl. voor de KNMG.

komt cliëntgerichtheid aan bod bij de KNMG indien het over de relatie tussen de KNMG en haar leden gaat'. Van Hof meent dat de KNMG zich in de toekomst meer zal moeten richten op haar individuele leden. Hij spreekt de hoop uit dat de in het kader van de herstructurering van de KNMG lopende discussie over een nieuwe regiostructuur zal leiden tot een grotere herkenbaarheid van de individuele leden bij de KNMG dan nu het geval is. 'Als één van de mogelijkheden hiertoe zie ik individueel dienstbetoon aan individuele leden vanuit regionale KNMG-vestigingen. Dit dienstbetoon dient in mijn ogen te variëren van het verstrekken van KNMG-standpunten en -gedragsregels tot daadwerkelijke steun bij financieringsproblemen, personeelsproblemen, verzekeringen, inves-

UIT DE VERENIGINGEN

teringen etc. Kortom het KNMG-lid dient in zijn directe omgeving een professioneel apparaat te hebben dat hem of haar kan bijstaan bij alle problemen die zich in de artspraktijk van alledag kunnen voordoen', aldus de nieuwe secretaris-generaal.

Organisatiegraad

In absolute zin is het ledental hoger dan ooit. In percentages uitgedrukt is de organisatiegraad van de KNMG teruggelopen. Is dat geen teken aan de wand? En wat denkt u te kunnen doen?

'Of de KNMG haar werk naar behoren doet is te meten aan het percentage artsen dat binnen haar gelederen is georganiseerd'. In de ogen van Van Hof dient dit rond de 80% te liggen. De huidige percentages variëren van 90% bij de huisartsen en 'vrijgevestigde' specialisten tot 50% bij de sociaal-geneeskundigen. Gericht zullen er volgens Van Hof acties ondernomen dienen te worden die de KNMG meer betekenis moeten geven voor in organisatiegraad achterblijvende groeperingen artsen. Hierbij denkt Van Hof vooral aan jonge artsen en sociaal-geneeskundigen.

Toekomst

Hoe ziet Van Hof de toekomst voor de gezondheidszorg in Nederland?

'Een vraag die kan worden verwacht,' reageert Van Hof. 'Maar eenvoudiger gesteld dan beantwoord. Sleutelbegrippen voor de gezondheidszorg van de toekomst zijn in mijn ogen: kwaliteit, normering, toetsing en preventie. In de fundamentele discussie over de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg in

Nederland is het van het grootste belang dat de KNMG zich slagvaardig opstelt in het ontwikkelen van de vermelde sleutelbegrippen. Haar primaire aandacht zal gericht dienen te zijn op het ondanks alle veranderingen handhaven van de kwaliteit van het medisch handelen en het vanuit deze basis – uiteraard met alle andere bij de gezondheidszorg betrokken groeperingen – ontwikkelen van die aanpassingen van het medisch dienstverleningspakket die eventueel noodzakelijk zijn in een nieuwe structuur. Ook dient de KNMG erop toe te zien dat een nieuwe organisatie- en financieringsstructuur voldoende ruimte biedt voor het bieden van gezondheidszorg van goede kwaliteit'.

Hoe zit het met de KNMG en de toekomst van de medische professie?

'Na de vraag naar de toekomst van het gezondheidszorgbestel is inderdaad de vraag aan de orde hoe de Nederlandse arts hierbinnen zal gaan functioneren. Ik denk dat het de leden van de KNMG er vooral om is te doen om na een langdurige, zeer intensieve scholing in alle rust hun beroep uit te kunnen oefenen. Het beroep van arts is een van de mooiste beroepen die een mens zich kan wensen. Echter ook een van de meest belastende, zowel voor de arts zelf als voor zijn directe omgeving'. Met dit laatste bedoelt hij desgevraagd het thuisfront.

'Ik zie het als de taak van de KNMG ervoor zorg te dragen dat deze rust de medische beroepsbeoefenaren in de toekomst wordt gegund. Dit in tegenstelling tot de situatie van dit moment. Naast het ontwikkelen van medisch-ethische standpunten, gedragsregels, kwaliteitscriteria, opleidingseisen en individuele hulp wordt deze rust met name ook bevorderd door het scheppen van voldoende organisatorische en financiële ruimte.'

KNMG

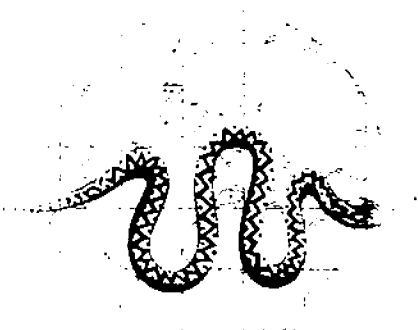
Positie huisarts in de toekomst

Het hoofdbestuur heeft begrepen dat een merkwaardig misverstand is ontstaan over zijn bijdrage aan de discussie over de nota 'De positie van de huisarts in de toekomst' (MC nr. 33/34 van 28.8.1988, blz. 981-982). Het hoofdbestuur geeft in zijn commen-

taar geen standpunt weer. Zoals gezegd is het uitsluitend bedoeld als bijdrage aan de discussie.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal

Het 40ste KNMG-Ledencongres – 6, 7 en 8 oktober 1988 te Haarlem



**Voor programma en
inschrijfformulier
zie Medisch Contact nr. 33/34
van 26 augustus 1988**