

MEDISCH CONTACT

Nummer 48 – 2 december – 43e jaargang

Wanneer alle huisartsen zelf een basishoeveelheid geneesmiddelen zouden voorschrijven, zou dit tot een besparing van f 122 miljoen kunnen leiden. Samen met een verlaging in de kostensfeer zou dit neerkomen op een besparing van f 150 miljoen. Dit concluderen Dr. D. Post en Drs. P. Been, adviserend geneeskundigen van de ziekenfondsen RZZ te Zwolle en DNO te Meppel.

De RIAGG 's-Hertogenbosch en omstreken en het algemeen psychiatrisch ziekenhuis Reinier van Arkel hebben een samenwerkingsproject opgezet om aan de in 1983 aan de RIAGG's verplicht gestelde 24-uursbereikbaarheidsdienst gestalte te geven. Het project loopt nog steeds. Een verslag van de ontwikkelingen tussen mei 1983 en december 1986.

Een wanverhouding tussen psychische belasting en belastbaarheid kan leiden tot een (sub)acute psychische decompensatie ('surmenage') bij mensen die tevoren normaal functioneerden. B. Terluin, huisarts te Almere, geeft een beschrijving van 92 patiënten met surmenage die in één jaar in een huisartspraktijk werden gezien.

Hoe het herstellingsoordwerk zich in het komende decennium zal ontwikkelen is afhankelijk van vele factoren. Dat de reeds zo lang bestaande onduidelijkheid omtrent de taakstelling van het herstellingsoordwerk door de organisatorische inpassing in de geestelijke gezondheidszorg voorbij is, wordt toegelicht door de klinisch psycholoog Drs. A. Jansen en de arts Drs. O. van Heukelom, respectievelijk directeur-coördinator en medisch adviseur-behandelend arts van het herstellingsoord 'Mens en Samenleving' te Lunteren.

Over de specifieke bevoegdheden van (wijk)verpleegkundigen wordt nog heel wat afgepraat. In het zuidoosten van de provincie Noord-Brabant zijn de kruisverenigingen vast aan de slag gegaan, in de vorm van een regeling met betrekking tot de zorg voor patiënten thuis.

INHOUD

Kostenontwikkeling van prescriptie. Apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen met elkaar vergeleken

Dr. D. Post en Drs. P. Been – 1485

Arts en recht. 'Artsen mogen geen actie voeren'. Kort geding rechtbank Utrecht, 13 oktober 1988 – 1488

Uit de Gezondheidsraad. Voorbehouden handelingen in de individuele gezondheidszorg – 1490

Ambulante crisisinterventie in de geestelijke gezondheidszorg

W. J. M. van Hezewijk, C. Visser en G. W. M. M. de Wilde – 1491

Surmenage in een huisartspraktijk. Over de wanverhouding tussen psychische belasting en belastbaarheid

B. Terluin – 1495

Het herstellingsoord: indicaties en werkwijze

Drs. A. Jansen en Drs. R. O. van Heukelom – 1499

Huisartsen over hypertensie

R. P. de Groot en Dr. U. Zuiderveld – 1501

Delegatie van medische handelingen aan wijkverpleegkundigen

Mw. Drs. A. Theunissen en Mw. Drs. I. Jacobs – 1505

Colofon 1478 – Colofon officieel 1478 – Hoofdredactioneel commentaar 1479 – Boeken 1480 – Brieven 1481 – Dagboek van een waarnemer 1503 – Buitenland 1507 – Uit de Verenigingen 1511

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

Bestuur Medisch Contact

Dr. P. van Rosevelt, voorzitter
E. Iwema Bakker, secretaris
Funke 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 verantwoording verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 136,99 (inclusief BTW); overige landen f 242,—

Administratie: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam

telefoon 020-5182.828, telex 15230.

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

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Opgave: Tijl Tijdschriften BV

Jacques Veltmanstraat 29

1065 EG Amsterdam

telefoon 020-5182.828, telex 15230.

Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

Het sterfbed van Leonardo da Vinci (1818) door Jean Auguste Dominique Ingres (1780-1867). In 1517 is da Vinci op uitnodiging van koning Frans I naar Frankrijk gegaan, waar hij in 1519 stierf. Petit Palais, Parijs.

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht, telefoon 030-823911.

Postgironummer 58083-AMRO banknummer 45 64 48 969.

KNMG-informatielijn 030-823339; KNMG-antwoordapparaat 030-823201; telefax 030-823326.

Dagelijks bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

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

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

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

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Bibliotheek

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

Stichting Dienstverlening Medici

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

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

Fundamentele rechten van het kind

Enkele weken geleden werd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een klinische les gepresenteerd over de gang van zaken rond een pasgeboren baby met een trisomie 21 en een atresie van het duodenum. Het kind was niet levensvatbaar, tenzij zou worden ingegrepen¹. Aan de orde waren de niet altijd even adequate rol die hulpverleners hadden gespeeld in het beslissingsproces van de ouders en de vraag of aan de wens van de ouders de baby niet te opereren had kunnen worden voldaan.

Dankzij de vorderingen van de kinderchirurgie kunnen veel pasgeborenen met multiple handicaps tegenwoordig immers in leven blijven. Het resultaat van operaties kan echter tevoren niet worden voorspeld, waardoor de kans reëel is dat het kind ten gevolge van het handelen van de arts als een ernstig gehandicapte zal moeten voortleven. De ter zake doende vragen zijn, of wij ons in zo'n situatie moeten of mogen laten leiden door de adagia 'primum non nocere' en 'in dubiis abstinere' en welke rol, een allesbepalende of geen enkele, de ouders in zo'n beslissingsituatie mogen spelen.

In de eerste discussienota van de KNMG-commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen (zie MC nr. 22/1988, blz. 697), over levensbeëindigend handelen bij zwaar-defecte pasgeborenen, werd niet alleen het nalaten van een medische behandeling, maar ook actieve levensbeëindiging aan de orde gesteld. Uit het vele stof dat deze deelnota en het genoemde artikel hebben doen opwaaien, blijkt dat het hier gaat om een uiterst belangrijke en gevoelige problematiek. Met name de toch niet gemakkelijk van orthodoxe standpunten te beschuldigen hoogleraren Leenen en Sporken hebben niet malse kritiek geleverd op het standpunt van de KNMG-commissie^{2,3}. Uit de provocerende ondertitel 'Van neonatologie naar neothanatologie?' van de eerstgenoemde valt af te leiden dat het niet om 'zo maar' een meningsverschil gaat, maar dat er sprake is van diepe bezorgdheid over de ontwikkelingen op dit gebied.

Uit de reacties blijkt dat er ten aanzien van zwaar-defecte pasgeborenen heel verschillend wordt gedacht over het doen van ingrepen met een onzeker resultaat en over het levensbeëindigend handelen. De verwarring wordt nog vergroot doordat men niet altijd goed in de gaten blijkt te hebben wat nu de status is van

juridische en ethische regels met betrekking tot het concrete handelen.

Zowel de jurist Leenen als de ethicus Sporken staat erom bekend geen absolute tegenstander te zijn van levensbeëindiging. Zo acht Sporken 'ingrijpen' in bepaalde gevallen geoorloofd, omdat een mens in een conflictsituatie van normen en waarden kan terecht komen waarin hij móét en mág kiezen. Het kernprobleem waar de KNMG-commissie mee heeft geworsteld en waarover beide genoemden zijn gevallen, betreft de vraag of enig mens – ouder, arts of representant van onze samenleving – de bevoegdheid heeft een beslissing te nemen over het leven van een onmondig mens.

Wellicht is het voor een goed begrip juist te rade te gaan bij Leenen, die in zijn jongste 'Handboek gezondheidsrecht'

Dr. C. Spreeuwenberg

zijn juridische benadering helder heeft uiteengezet⁴. Zijn bezwaar tegen levensbeëindigend handelen bij kinderen is terug te voeren tot het basisprincipe van van het gezondheidsrecht. Het laatste berust op twee rechtsbeginselen: het recht op gezondheidszorg en het zelfbeschikkingsrecht van de mens. Zo'n rechtsbeginsel is een voorrechtelijk recht, dat aan het recht met zijn rechtsregels voorafgaat. Rechtsbeginselen leiden in een aantal gevallen tot de formulering van grondrechten. Het rechtsbeginsel dat er sprake is van zelfbeschikkingsrecht, heeft door zijn individuele aard een vrij absoluut karakter met verstrekkende reikwijdte. Dit zelfbeschikkingsrecht vangt aan als een mens voor het recht als persoon wordt erkend, in de praktijk dus met de geboorte.

Het zelfbeschikkingsrecht onderstreept het recht van de individuele persoon over zijn eigen aangelegenheden te beschikken. Zeker waar het gaat om beëindiging van leven, biedt het recht niet de mogelijkheid dat ouders voor hun kind beslissen of dat artsen actief handelen. Het genoemde voorbeeld van de trisomie 21 met duodenum-atresie biedt wat meer ruimte, omdat er onzekerheid is over de prognose en de verhouding tussen doel en middelen moet worden afgewogen. Rechtsens kan alleen van operatie wor-

den afgezien op grond van medische overwegingen, niet op grond van de gevoelens van ouders.

Deze strenge juridische feitelijkheid wil niet zeggen dat er geen situaties zijn waarin het ethisch of religieus oordeel anders luidt. Zo zijn er binnen de ethiek uiteenlopende stromingen met ieder een eigen systematiek van weging van normen en waarden en wordt het zelfbeschikkingsrecht in de godsdienst meestal gerelativeerd⁵. Uit de discussie over het actief doden van ernstig gehandicapte pasgeborenen blijkt dat men daar in de kring van ethici en theologen verschillend over denkt.

Wat betekent dit voor de praktijk? Rechtsregels hebben een imperatief karakter, waarvan men alleen kan afwijken als men zich in een overmachtsituatie bevindt; dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij een conflict van juridische plichten. Als beroepsbeoefenaren menen op grond van hun overtuiging over het gebodene in een bepaalde situatie afwijkend van het recht te moeten handelen, dan hebben ze de consequentie te aanvaarden zich rechtens te verantwoorden. Zij zullen zich dan bijvoorbeeld moeten verantwoorden over de vraag waarom zij meenden dat levensbeëindiging meer in het belang van het kind was dan het in leven houden of waarom zij wel rekening hebben gehouden met de wensen van ouders; opvattingen waarvan ik me persoonlijk kan voorstellen dat die in uitzonderlijke gevallen te verdedigen zijn.

Blijft de vraag hoe het eigenlijk zit met het zelfbeschikkingsrecht van de mens. In onze samenleving moet plaats blijven voor welke beschadigde dan ook. Maar klopt het wel dat er in 1988 een voorrechtelijke norm is, dat ook zeer ernstig gehandicapte pasgeborenen een zelfbeschikkingsrecht hebben met genoemde strekking en reikwijdte? Moeten we ons daarop toch niet bezinnen? □

1. Molenaar JC, Gill K, Dupuis HM. Geneeskunde, dienaar der barmhartigheid. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 1913-7.

2. Leenen HJJ. Levensbeëindiging bij ernstig gehandicapte pasgeborenen. Medisch Contact 1988; 43: 1050-2.

3. Sporken P. Actief doden van ernstig gehandicapte pasgeborenen. Medisch Contact 1988; 43: 1238-40.

4. Leenen HJJ. Handboek gezondheidsrecht. Alphen aan den Rijn: Samson, 1988.

5. Kuitert HM. Euthanasie als moreel en godsdienstig probleem. In: Spreeuwenberg C (red.). Verantwoorde levensbeëindiging. Delft: Meinema, 1986: 23-33.

E. J. Boutens, Dr. B. C. Eikelboom, Dr. J. A. Lawson, *Perifere vaataandoeningen* (Practicum Huisartsgeneeskunde). Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, Utrecht, 1988. 56 blz. ISBN 90 6348 8444. Prijs: f 35,— (bij abonnement f 29,—).

Voor de opleiding en nascholing van huisartsen worden in negen hoofdstukken perifere arteriële en veneuse afwijkingen beschreven. Elk der besproken ziektegevallen is zonder meer te gebruiken als huisartsgeneeskundige les. Epidemiologische gegevens, verwijsindicaties en behandelingsmogelijkheden zijn helder geformuleerd.

In een klinische les naar aanleiding van een ziektegeval probeert de lezer tot een diagnose te komen en kan hij zijn kennis over de aandoening toetsen en bijstellen.

Het bundelen van casusbesprekingen over aandoeningen die veelal een uiting zijn van algemene atherosclerose geeft een wat teleurstellend resultaat. De spanning om een diagnose te stellen bij een patiënt met bijvoorbeeld 'barstende buikpijn' is weggenomen als de casus wordt gepresenteerd in een boekje met als titel perifere vaataandoeningen.

Wil men het als boek gebruiken over perifere vaataandoeningen dan zijn beschouwingen en literatuurverwijzingen te veel versnipperd per casus en daardoor niet makkelijk toegankelijk. Indien men deze bezwaren voor lief neemt kan men het zeker gebruiken voor het vergroten van kennis. Het beste recept hiervoor is 1 casus per week.

A. Prins

Dr. J. M. J. Dony, Prof. Dr. G. G. M. Essed, Dr. M. J. Heineman, *Oefenboek Gynaecologie en Obstetrie*, Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, Utrecht, 1988. 287 blz. Prijs: f 49,50.

Bij uitgeverij Bunge is verschenen het 'Oefenboek Gynaecologie en Obstetrie'. Het boek is in de eerste plaats bestemd voor medisch studenten en co-assistenten, maar het bevat ook casuïstiek die in principe geschikt is voor aanstaande huisartsen, Rutgerhuisartsen en verloskundigen.

In het boek staan 29 casussen beschreven die volgens een stap voor stap-methode worden opgelost. Vragen worden steeds op de volgende bladzijde beantwoord, en daarbij worden de overwegingen om tot een juiste diagnose en behandeling te komen uitvoerig beargumenteerd. Zowel de opzet als de probleemkeuze nodigen uit om verder te lezen en het ene 'geval' na het andere op te lossen. De casuïstiek sluit heel goed aan bij de dagelijkse huisartspraktijk: een dreigende miskraam, de plas niet goed kunnen ophouden, buikpijn bij een spiraaltje, onregelmatige menstruaties bij een jonge vrouw. Maar in de probleemoplossing is duidelijk te merken dat de auteurs alle drie

BOEKEN

gynaecoloog zijn, en dat zij niet – of althans te weinig – te rade zijn gegaan bij hun collegae huisartsen. Er wordt uitvoerig ingegaan op zeldzame ziektebeelden, maar de meeste simpele vragen worden soms niet gesteld. Zo ook bij casus 5: 'uitblijvende menstruaties bij een 38-jarige vrouw'. Deze vrouw is bang dat ze zwanger is en vertelt dat ze niet altijd even nauwkeurig met anticonceptie is omgesprongen. Stap voor stap wordt ingegaan op de kans om op oudere leeftijd zwanger te worden, de mogelijke obstetrische problemen en de kans op het krijgen van een kind met aangeboren afwijkingen. Bij de patiënt wordt hormonaal onderzoek verricht waaruit blijkt dat er sprake is van een climacterium praecox. Op advies van een gynaecoloog wordt nog een chromosomenonderzoek gedaan (om te zien of er sprake is van een normaal vrouwelijk karyogram) en een laparoscopie met ovariumbiopsie (teneinde het resistent-ovariumsyndroom uit te sluiten). Uiteindelijk krijgt de vrouw het advies de pil te gaan gebruiken om de kans op versnelde osteoporose te verkleinen. Er wordt niet ingegaan op de prevalentie van deze zeldzame ziektebeelden, noch op de overwegingen om in dit geval verdere diagnostiek te bedrijven. De meest voor de hand liggende vraag blijft intussen onbeantwoord: waarom heeft ze geen sluitende anticonceptie toegepast terwijl ze kennelijk niet zwanger wil worden?

Juist nu er in het medisch curriculum wordt gewerkt aan een geïntegreerde benadering van problemen met een grotere inbreng van huisartsgeneeskunde, zou ik eenzelfde aanpak bij dergelijke oefenboeken willen bepleiten. Zou overigens in een volgende druk de opmerking op blz. 66 kunnen verdwijnen dat 'de patiënte met urge-incontinentie als regel iemand is met psychosociale problematiek die zij niet aankan'??

De prijs lijkt mij overigens voor studenten wat aan de hoge kant.

D. M. Dukkers van Emden

Prof. Dr. T. van der Werf en Prof. Dr. A. C. Arntzenius (red.), *Atherosclerose en coronaire insufficiëntie*. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge in samenwerking met het Interuniversitair Cardiologisch Instituut Nederland, 1988. ISBN 90 63480059/cip. 254 blz. Prijs: f 65,—.

Dit boek werd geschreven voor de opleidingscursus cardiologie die wordt gegeven onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor cardiologie. Het boek verschilt in belangrijke mate van het cursusboek 'Atherosclerose en hypertensie' van 1985. Nieuwe gegevens over cholesterol metabolisme, de therapie van

hypertensie, de uitkomsten van primaire en secundaire preventie van atherosclerose, maakte een nieuwe uitgave noodzakelijk.

In 12 hoofdstukken wordt steeds door een andere docent-auteur een onderwerp besproken. Aan de orde komen onder andere epidemiologische gegevens, pathofysiologie van atherosclerose, lipidenmetabolisme, hypertensie, myocard ischaemie. Ook de achtergronden van behandeling en therapiekeuze van afwijkingen als myocard ischaemie, lipidenstoornissen en hypertensie worden besproken. In het laatste hoofdstuk geeft Arntzenius een overzicht van preventiedoelen en mogelijkheden.

De inhoud van het boek zou tot de wetenschappelijke bagage moeten horen van elke in 1988 afstuderende basisarts. Deze opmerking wordt gerechtvaardigd door de enorme omvang van de morbiditeit en mortaliteit van ziekten ten gevolge van atherosclerose. Iedere curatief of preventief werkzame arts moet bijdragen tot de bestrijding van de ziekte. Uiteraard dienen eerder afgestudeerde artsen in verband met deze taak steeds te worden bijgeschoold. Daarvoor is dit cursusboek goed bruikbaar. Afhankelijk van de plaats van de arts in de gezondheidszorg kan de intensiteit van de bestudering van elk hoofdstuk verschillen.

De eerste 32 bladzijden, handelend over epidemiologie voor de cardiologie zijn zeker even nuttig voor zowel internist als huisarts. Het boek geeft geen praktische oplossingen voor het handelen van de arts, daarvoor is de materie te complex en ontbreekt nog vaak de wetenschappelijke basis. Op blz. 95 wordt bijvoorbeeld gesteld dat een eenmalige cholesterolbepaling niet voldoende is om zekerheid te krijgen over het gehalte, omdat het niet doenlijk zou zijn bij iedereen nuchter bloed te verkrijgen en het interval tussen de volgende bepaling kan variëren van enkele dagen tot weken.

Zoals te verwachten bij een cursusboek dat geschreven is door verschillende docenten is de inhoud van de verschillende hoofdstukken niet steeds voldoende op elkaar afgestemd. In het hoofdstuk over behandeling van lipidenstoornissen wordt wel gewezen op de negatieve invloed van diuretica en bèta-adrenergeblokkers op het lipidenprofiel, maar niet gesproken over de rol van ACE-remmers, terwijl in het hoofdstuk over de behandeling van hypertensie op blz. 219 wordt geadviseerd te beginnen met medicamenten die in grote trials zijn toegepast, met name bèta-blokkeers en diuretica, en de negatieve invloed op het lipidenprofiel niet wordt genoemd.

Bestudering van het boek is een goede tijdsbesteding, vooral nu het zich laat aanzien dat in 1989 ook in Nederland nieuwe medicamenten worden geregistreerd, de HMG-CaU-reductase remmers genoemd, waarvan is aangetoond dat ze het i.d.l. cholesterol 30%-50% kunnen verlagen. Deze ontwikkeling zal opnieuw een dimensie toevoegen aan de strijd tegen atherosclerose.

A. Prins

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.

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN (1)

Na het lezen van het artikel 'Nog eens alternatieve geneeswijzen' door C. P. van der Smagt in MC nr. 42/1988, blz. 1281, bekwam mij een gevoel van onbehagen. Het is een artikel met onbewezen stellingen en verdachtmakingen.

Als verklaring voor de enorme bloei van de alternatieve geneeswijzen voert de heer Van der Smagt twee mogelijkheden aan, te weten een wijdverbreid onbehagen met de reguliere geneeskunde en de democratiseringsprocessen die zich in de maatschappij afspelen. Volgens mij is er nog een derde verklaring. In de tijd dat ik afstudeerde mocht de jonge arts de gehele geneeskundige praktijk uitoefenen. Van het toespraakje na de eedsaflegging is mij het volgende bijgebleven: 'U bent nu na het behalen van het artsexamen alleen maar arts. De volgende stap die u moet nemen is dokter te worden. Met het artsexamen heeft u de wetenschappelijke opleiding in de geneeskunde beëindigd, nu moet u zich nog bekwamen in de geneeskunst.' Na het lezen van het artikel van Wagener¹, ging ik bij mijzelf na hoe ik heb gefunctioneerd. In een aantal gevallen ben ik niet als dokter, maar als arts opgetreden. Als derde mogelijkheid voor de vlucht naar alternatieve genezers moet zeker worden overwogen dat er veel artsen en maar weinig dokters zijn. Dit is een pijnlijke constatering, omdat hierbij de hand in eigen boezem moet worden gestoken en er geen plaats bestaat voor het verwijtende vingertje naar de ander.

Na de constatering, dat onder de term 'alternatieve geneeswijzen' een enorme verscheidenheid van diagnostische en therapeutische systemen schuilgaat, schuift de heer Van der Smagt alles op één hoop. Dit kan wetenschappelijk niet, wat ik met een eenvoudig voorbeeld zal aantonen: Wanneer ik het heb over de dieren op een boerderij zoals een poes, een hond, koeien, schapen, dan mag ik deze dieren niet samenrapen onder de naam 'vee', omdat zij alleen vier poten en een staart gemeen hebben. Men hoeft niet te hebben gestudeerd om te begrijpen dat de uitgangsstelling voor het betoog van de heer Van der Smagt aanvechtbaar is en in mijn ogen fout.

Vervolgens poneert de heer Van der Smagt de stelling, dat het niet zelden gaat om al zeer oude stelsels, die net als godsdiensten vaak zijn gefundeerd door één leraar of zijn gebaseerd op oude geschriften. In de gauwigheid wordt dan vergeten dat de reguliere geneeskunde en de homeopathie stelen op het Grieks filosofisch denken en dat zeker de oudere artsen de eed van Hippocrates hebben afgelegd. De stelling, dat het duidelijk is dat dit beeld de mondige, zelfstandige patiënt, die in

BRIEVEN

staat is zelf verantwoordelijkheid te dragen voor zijn welzijn, niet past, is in tegenspraak met de constatering van de enorme bloei van de alternatieve geneeswijzen. In de laatste regel van het hoofdstuk 'Religie' geeft de auteur een sprekend voorbeeld van de patiënt die stoppen wil met roken. De heer Van der Smagt is er waarschijnlijk niet van op de hoogte dat slechts relatief weinigen dit wilsbesluit tot stoppen met roken zonder hulp kunnen nemen. De nadruk wordt gelegd op de medewerking van de omgeving. Het nicotinekauwgom is een ander hulpmiddel. Mag dan de alternatieve genezer niet helpen?

Na de religie volgt de schadelijkheid. Voor de schadelijkheid van de alternatieve geneespraktijken geeft de heer Van der Smagt een viertal redenen. In de eerste plaats wordt aangevoerd dat adequate therapie niet of te laat wordt ingesteld. Is het een toeval dat het artikel van de heer Van der Smagt voorafgegaan wordt door een uitspraak van het Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage? Een arts, werkzaam in de reguliere of universitaire geneeskunde werd berispt wegens onjuist handelen bij een bevalling. Uitspraken van medische tuchtcolleges verschijnen regelmatig in Medisch Contact. Hier geldt dus: de pot verwijt de ketel dat hij zwart ziet.

Het tweede bezwaar hangt samen met de visie op mens en ziekte in de meeste alternatieve geneeswijzen en die een andere is dan de visie van de schrijver op mens en ziekte. Als het waar is dat psychosomatische patiënten wegvlugten van de reguliere, universitaire geneeskunde, dan vormt dit opnieuw een reden tot zelfonderzoek en moet worden begonnen met de hand in eigen boezem te steken. Wat de auteur verder ongenueanceerd zegt over psychosomatische klachten en somatische fixatie door alternatieve geneeswijzen, kan alleen het gevolg zijn van het foutief op één hoop vegen, wat reeds is besproken: Voor alle duidelijkheid wil ik stellen – om niet dezelfde fout te maken als de heer Van der Smagt – dat ik, sprekend over alternatieve geneeswijzen, het slechts over homeopathie heb. Het derde bezwaar is voor de auteur bepaald onthullend. Het betreft de hulp die alternatieve genezers aan ongeneeslijk zieken bieden. Wat de schrijver signaleert komt voor, maar vormt geen rechtvaardiging om het als een generaliserende stelling te poneren. Ook in deze ernstige en gevoelige materie worden fouten door hulpverleners uit de niet alternatieve hoek gemaakt. Radio Gelderland gaf het bericht door

dat de huisartsen in Winterswijk hadden besloten een lijst van betrouwbare en onbetrouwbare alternatieve genezers op te stellen. In het licht van het derde bezwaar verdient het initiatief van deze huisartsen navolging. Het laatste bezwaar hangt samen met de kolosale publiciteit in diverse media. Dit bezwaar kunnen we het best combineren met wat de heer Van der Smagt in het hoofdstuk 'Medicalisering' schrijft over de rol van fabrikanten van homeopathische preparaten. Deze maken op grote schaal reclame onder leken en medici, geven tijdschriften uit, organiseren en subsidiëren symposia en cursussen. Waarin verschilt dit met de allopathische farmaceutische industrie, die congressen mogelijk maakt, voorlichtingsavonden met een hapje en een snapje organiseert en reclameboodschappen op de TV uitzendt? Ook hier weer blijkt de pot de ketel te verwijten dat hij zwart ziet.

Onder het kopje 'Tolerantie' signaleert de heer Van der Smagt een verbazingwekkend fenomeen, namelijk een verre gaande tolerantie door veel medici jegens alternatieve geneesmethoden. Zelf heeft hij daar geen last van, zoals we in de conclusie kunnen lezen. De verklaring is wellicht de a-religiositeit van de schrijver.

Ook het hoofdstuk 'Placebowerking' wemelt van de onbewezen stellingen en beweringen. Slechts enkele zal ik eruit lichten: '... om de goede resultaten aan te tonen, wat per definitie ook zinloos is'. De schrijver meent dat hij de lezer niet op de hoogte hoeft te brengen van deze definitie. De vooronderstelling wordt zonder meer als waarheid aangenomen. De volgende variatie op een uitspraak van de heer Van der Smagt is hier op zijn plaats: door al deze onbewezen stellingen en beweringen geeft de schrijver blijk van gebrek aan respect, ja zelfs minachting voor en onderschatting van zijn lezers. De uitspraken, dat alternatieve geneeswijzen geen nuttige aanvulling zouden kunnen vormen op de universitaire geneeskunde, dat alles suggestieve therapie zou zijn en over het verzwijgen in de reclame dat geloof in de therapie een voorwaarde is, wil ik samen behandelen. De allopathische farmaceutische industrie heeft de reguliere, universitaire geneeskunde trachten duidelijk te maken dat slechts 30% van de zieken te genezen is; geen reden om je als genezer hiervoor op de borst te slaan; beter is bescheidenheid.

Dat alles op suggestie en geloof zou berusten, wordt tegengesproken door feiten dat homeopathische middelen ook met goed succes aan baby's en dieren kunnen worden gegeven, waarbij geen sprake is van geloof of suggestie. Dat het schijnbare effect van alternatieve geneesmiddelen het grootst is bij 'selflimiting diseases', hebben ze gemeen met de allopathische geneesmiddelen.

De bespreking van de financiële kant van de alternatieve artsen maakt op mij een vreemde indruk. In de maand oktober 1988 hebben de kranten bol gestaan van het conflict tussen specialisten en overheid, een conflict dat ging over financiële belangen. Het wordt wat een-tonig, maar opnieuw verwijt de pot de ketel dat hij zwart ziet.

Tenslotte schrijft de heer Van der Smagt: 'Wanneer gezaghebbende medici, in het bijzonder van de faculteiten der geneeskunde en de KNMG, zich zouden uitspreken tegen alternatieve geneeswijzen zouden dezen veel van hun populariteit verliezen.' Ik wil hierbij mijn vreugde uitspreken dat KNMG staat voor:

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der *Geneeskunst*. Mijn vurige hoop is dat deze letters nooit zullen staan voor:

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der *Geneeskunde*.

Oosterbeek, november 1988

A. W. Abbo, internist

Literatuur

1. Wagener DJTH. De arts-patiëntrelatie bezien door een specialist: 'Ben ik mijn broeders hoeder?' Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 1984-8.

Naschrift

Te oordelen naar de lengte en inhoud van zijn reactie op mijn stukje houdt collega Abbo meer van schrijven dan zorgvuldig lezen.

1. Een verdachtmaking is volgens Van Dale: het verdacht maken (in enig opzicht), insinuatie. In mijn bijdrage wordt openlijk kritiek geleverd; er komen geen verdachtmakingen in voor.

2. De verklaringen in mijn stuk voor de bloei van de alternatieve geneeswijzen zijn niet van mij. Met de eerste ben ik het eens, met de tweede niet. Er zijn waarschijnlijk nog veel meer verklaringen te bedenken, maar dat was niet de opzet van mijn artikel. Overigens is het steken van de hand in eigen boezem uitstekend te combineren met een verwijtend vingertje.

3. Ik 'schuif alle alternatieve geneeswijzen op een hoop', omdat ze allemaal één kenmerk gemeen hebben dat ze onderscheidt van universitaire geneeskunde. Om dat kenmerk gaat het nu juist in mijn stukje; ik heb dat voldoende geadstrueerd. Het uitstapje van collega Abbo naar de boerderij is overbodig en verwarrend.

4. Hoewel de moderne wetenschap veel te danken heeft aan het klassiek-Helleense denken, is het toch moeilijk vol te houden dat de universitaire geneeskunde is gefundeerd door één leraar zoals de homeopathie. De medische wetenschap heeft zich door de eeuwen heen vrij kunnen ontwikkelen, de homeopathische leer is gebonden aan een dogma en de inhoud is sinds Hahnemann dan ook nauwelijks veranderd. Universitaire geneeskunde en homeo-

pathie hebben uiteindelijk slechts weinig gemeen; juist die twee mogen niet op één hoop worden geveegd.

5. Echt mondige, onafhankelijke patiënten maken maar zelden gebruik van alternatieve geneesmethoden. Dat is niet in tegenspraak met de enorme bloei van die methoden. Helaas bestaan er veel onmondige patiënten. De roker in mijn opstel is daar slechts een voorbeeld van. Een roker die besluit zijn gewoonte op te geven verdient alle hulp die hij nodig heeft. Wie echter de rookbehoefte voorstelt als een boze demon die in een atavistisch ritueel moet worden uitgedreven door een moderne medicijnman, levert geen bijdrage aan het mondig maken van het publiek.

6. Collega Abbo bestrijdt mijn mening over de schadelijkheid van alternatieve geneesmethoden door erop te wijzen dat niet-alternatieve medici soms laakbaar gedrag vertonen, een moeizame manier van discussiëren. Later blijkt dat hij slechts de homeopathie verdedigt. Zijn de andere alternatieve geneeswijzen wel schadelijk?

7. Inderdaad vertonen 'allopathische' farmaceutische industrieën een even grote zucht naar publiciteit als fabrikanten van homeopathische preparaten. Het verschil zit hem ook niet in de motieven, die waarschijnlijk identiek zijn, maar in de effecten op het publiek. Door de publikaties van aanhangers van alternatieve geneeswijzen krijgen leken absurde ideeën over anatomie, fysiologie en pathologie. Gebrekkige kennis bevordert onmondigheid en gebrekkige voorlichting is daarom schadelijk.

8. De definitie die collega Abbo mist staat in het begin van mijn stukje. Het is voor alternatieve genezers zinloos eventuele goede resultaten aan te tonen van een behandeling die op geloof is gebaseerd. Als dat, mirabile dictu, zou lukken, dan zou die behandeling ophouden alternatief te zijn.

9. Om te kunnen tegenspreken dat het effect van homeopathische middelen berust op suggestie is het onvoldoende ze aan baby's en dieren te geven, maar dient men ook aan te tonen dat ze werkzamer zijn dan een placebo. Dit is nooit afdoende gebeurd.

10. Ik versta onder geneeskunst het optimaal toepassen van geneeskunde. Het verbaast me altijd te merken dat sommige collega's de kunde pas in kunst zien overgaan als er iets bovenzinnelijks aan te pas komt.

De Bilt, november 1988

C. P. van der Smagt

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN (2)

In zijn pleidooi tegen alternatieve geneeswijzen (MC nr. 42/1988, blz. 1281) heeft collega Van der Smagt een aantal behartenswaardige dingen gezegd. Hij heeft volkomen gelijk wanneer hij wijst op de gevaren van medicalisering, het wekken van valse hoop en het bevorderen van onmondigheid van de patiënt door

magisch aandoend ritueel. Ook ik vind het vaak zorgelijk wanneer een patiënt, beladen met een flink aantal nogal bedreigende 'alternatief' gestelde en niet regulier te verifiëren diagnoses en een flink aantal medicijnen, aankomt. Als er al alternatief wordt behandeld, dan behoort de diagnostiek klinisch zorgvuldig en verifieerbaar te zijn en de therapie liefst zo bescheiden dat kritische evaluatie van het effect mogelijk is. In de regel betekent dit dat naar monotherapie moet worden gestreefd.

Jammer is, dat collega Van der Smagt alles op een hoop gooit, voorbijgaat aan het inmiddels verrichte en nog lopende gedegen wetenschappelijk onderzoek en een inderdaad hier en daar aan te treffen religieuze neiging tot algemene geldigheid verheft. Ook wordt voorbijgegaan aan modern fundamenteel onderzoek, zoals dat van Dr. F. Popp, Prof. Gutmann en – in ons land – de onderzoekers van de vakgroep Moleculaire Celbiologie te Utrecht.

Waar bovendien de universitaire geneeskunde de medicus de instrumenten verschaft die hem kunnen behoeden voor somatische fixatie en medicalisatie, is mij niet duidelijk. De universitaire geneeskunde kan de patiënt alleen wijzen op de grenzen van haar mogelijkheden. 'Alternatieve' werkers menen dan in sommige gevallen die grenzen wat ruimer te kunnen nemen – quod est demonstrandum.

Inmiddels is er wel licht al genoeg gebekvecht over alternatieve geneeswijzen. Er is daar zeker veel kaf onder het koren en er wordt veel onzin gedebiteerd. Er is echter ook veel waardevols bij, de moeite van zorgvuldig nader onderzoek waard. Voor- en tegenstanders kunnen er naar mijn mening toe bijdragen dit waardevolle uit te zeven.

Rotterdam, november 1988

H. G. Bodde, voorzitter Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland

Naschrift

1. Met collega Bodde verheug ik me over gedegen wetenschappelijk onderzoek naar de betekenis van alternatieve geneesmethoden, omdat alleen ondubbelzinnige onderzoeksresultaten een eind kunnen maken aan de zinloze discussies tussen voor- en tegenstanders. Ik ben in mijn stukje aan dat onderzoek voorbijgegaan omdat wat er tot dusver aan resultaten beschikbaar is in de verste verte het systematische toepassen van alternatieve therapieën niet rechtvaardigt. Maar ook in de toekomst zal dat uitgesloten zijn. Als na zorgvuldig onderzoek een alternatieve therapie waardevol blijkt te zijn, dan moet deze zelfs door alternatieve genezers worden verworpen, maar mocht de therapie toch een aanwinst blijken dan gaat vanzelf het alternatieve karakter ervan verloren.

2. De universitaire geneeskunde geeft de medicus inzicht in de pathogenese van functionele en psychosociale klachten. Met dit inzicht kan hij streven naar een causale therapie,

waardoor somatische fixatie en medicalisering kunnen worden beperkt. De alternatieve genezer laat deze mogelijkheid willens en wetens onbenut. Zijn doctrine eist dat ook. Hij kan niet anders dan zijn patiënt, ongeacht de geneze van de klachten, onderwerpen aan een suggestieve therapie, wat neerkomt op symptoombestrijding. Hierdoor worden somatische fixatie en medicalisering bevorderd.

De Bilt, november 1988
C. P. van der Smagt

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN (3)

Niet zonder waardering las ik het artikel van collega C. D. van der Smagt: 'Nog eens alternatieve geneeswijzen' (MC nr. 42/1988, blz. 1281). Inderdaad is het waar dat er veel kwakzalverij wordt gepleegd onder het mom van alternatieve geneeswijzen. Ook dienen wij ons te hoeden voor medicalisering.

Toch gaat het te ver om alle alternatieve geneeswijzen te veroordelen. Wat goede homeopathie en acupunctuur voor een patiënt *kan* doen, gaat men pas een klein beetje beseffen als men vele jaren intensief heeft gestudeerd en geoefend. Dit behoeft beslist niet strijdig te zijn met de reguliere geneeskunde en evenmin met het beleid van de huisarts.

Het rücksichtlos bestrijden van alle niet-reguliere geneeswijzen is behalve ondemocratisch ook in strijd met de belangen van de patiënt.

Voorschoten, november 1988
F. Koopmans

Naschrift

Collega Koopmans wijst erop dat men de gunstige effecten van een geneeswijze pas goed gaat beseffen als men die langere tijd heeft toegepast. Waarschijnlijk geldt dat evenzeer voor veel reguliere therapieën. Het verschijnsel berust op wat onder praktiserenden medici 'ervaring' wordt genoemd, een nuttig instrument, dat geacht wordt oudere artsen een voorsprong te geven op pas afgestudeerden. Hoewel men zonder ervaring als medicus niet goed kan functioneren, moet men toch oppassen voor overwaardering ervan.

Indrukken van het effect van een behandeling dienen altijd uiterst kritisch aan zoveel mogelijk objectieve criteria te worden getoetst. Wanneer het verlangen te genezen heel groot is, neigt men er gemakkelijk toe wat minder kritisch te worden. Zo kan 'ervaring' vervallen tot zelfbedrog. Medici kunnen zich wapenen tegen dat gevaar door hun handelen uitsluitend te baseren op de resultaten van goed onderzoek, of, als die ontbreken, het onderzoek zelf ter hand te nemen.

De Bilt, november 1988
C. P. van der Smagt

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN (4)

Een pleidooi voor iets anders

Collega Van der Smagt schreef in MC nr. 42/1988, blz. 1281, een lezenswaardige beschouwing over *alternatieve geneeswijzen*. (Overigens ware het beter te spreken over '*alternatieve behandelwijzen*', omdat pas zodra de effectiviteit van een behandelwijze wetenschappelijk vaststaat, kan worden gesproken van 'geneeswijze' en het adjectief 'alternatief' dan uiteraard kan vervallen. Dat individuele patiënten zich genezen kunnen voelen na een alternatieve behandeling, doet aan deze stelling niets af.) Enige kritische kanttekeningen lijken niettemin gewenst.

Van der Smagt geeft twee aannemelijke oorzaken aan voor de enorme bloei van de alternatieve behandelwijzen. Allereerst noemt hij een wijdverbreid gevoel van onbehagen met de reguliere geneeskunde, die tendeeft naar dehumanisering. Ten tweede staat hij stil bij de democratiseringsprocessen, die de patiënt mondiger en minder gevoelig voor het traditionele gezag van de universitaire geneeskunde maken.

Onder het hoofdje 'Religie' schetst Van der Smagt later de parallellen tussen alternatieve geneeskunde enerzijds en godsdiensten en religieus getinte levensbeschouwingen anderzijds. Hij postuleert terecht dat alternatieve geneeskunde is gebaseerd op geloof. Merkwaardigerwijs wijst hij in dit verband niet op de massale ontkerkelijking van onze samenleving en het daarmee gepaard gaande verlies van mystiek bij de kerkverlaters. Een derde oorzaak voor de bloei van de alternatieve geneeskunde? Is het immers niet voor de hand liggend dat onder meer de alternatieve geneeskunde, waarin je moet 'gelooven' en die vaak wordt gekenmerkt door veelsoortige rituelen en magische handelingen, als het ware gereedstond om als compensatie te dienen voor de verloren mystieke waarden van vroeger?

Rest dan de vraag waarom zovelen de keuze maakten voor de alternatieve geneeskunde als vorm van 'alternatief geloof'. Een antwoord gaf Van der Smagt eigenlijk al aan toen hij het had over de eerste oorzaak van de bloei der alternatieve geneeskunde: onbehagen met de reguliere geneeskunde! Hij noemt de toeneemende invloed van de techniek (dehumanisering) een aannemelijke reden daarvoor. Als hij dan echter even verder stelt dat de alternatieve genezers zich voornamelijk bewegen op het terrein van de huisartsgeneeskunde, raken we het spoor bijster: de 'techniek' die door de huisarts anno 1988 wordt toegepast is misschien nog 10% van die van enige tientallen jaren geleden.

Weliswaar is de huisarts de sluiswachter geworden naar de oceaan van techniek (en wellicht staat zijn sluis vaak te ver open), maar die oceaan is niet het werkterrein van de huisartsgeneeskunde, waarop de alternatieve genezer zich begeeft; er moet dus iets anders zijn dat

tot dehumanisering leidt. Waarom zouden zoveel patiënten geneigd zijn meer 'geloof' te schenken aan de alternatieve behandelaar, met zijn inderdaad vaak mystisch aandoende behandelwijze, dan aan de reguliere huisarts, die in potentie méér te bieden heeft? Deze expliciete vraag en vooral het expliciete antwoord daarop mis ik node in het artikel van Van der Smagt. Deze hadden mijns inziens de essentie van zijn betoog moeten uitmaken.

In ander verband wijst hij wel op de 'bedside manners' van de alternatieve genezers: altijd geduldig, altijd bereid tot luisteren, immer tijd voor hun patiënten! Maar zich als het ware excuserend, pakt hij dit vervolgens in in het gammele verband tussen beschikbare tijd en honorarium. Hij onderkent het niet als een etiologisch moment voor het vraagstuk dat ons bezighoudt. Was het hier niet de plaats geweest om zelf eens aan handoplegging te doen of althans de vinger op de wérkelijk zere plek te leggen? Het mag toch niet waar zijn dat de alternatieve geneeskunde mede floreert op basis van ongeduld, weinig bereid zijn tot luisteren en het feit dat de reguliere huisarts zelden tijd voor zijn patiënt heeft? Honorariumvergelijkingen zijn dan een trieste en weinig principiële benadering van het probleem.

Als Van der Smagt gaat concluderen, beschrijft hij eerst enkele van de huisartsentaken. Uitstekend omschreven onderdelen uit het veelzijdige takenpakket van de huisarts. Maar zij eisen wel alle geduld, luisterbereidheid, tijd en liefde voor de vaak als lastig ervaren categorie patiënten.

Misschien 'gelooven' vele, nu eenmaal tot 'gelooven' geneigde patiënten zo gemakkelijk in alternatieve genezers, omdat zij op goede gronden hun 'geloof' in de reguliere artsen hebben verloren. Dat is een voor artsen moeilijk te erkennen traumatische ervaring. Maar indien de beroepstaken zorgvuldig worden opgepakt, *kán* het niet zo zijn dat de vervulling daarvan wordt gehinderd door de praktijken van alternatieve genezers, zoals Van der Smagt schrijft. Een beter uitgangspunt is dat goed toegepaste geneeskunde (en zeker ook geneeskunst!) nooit zal worden gehinderd door wie of wat dan ook! Als van daaruit wordt gedacht en gehandeld, is er véél te doen, maar kan er ook meer worden bereikt om het 'geloof' van die patiënten te herwinnen. Méér in ieder geval dan via de armoedetherapie van Van der Smagt, die simpelweg een intolerante houding van gezaghebbende medici, in het bijzonder van de faculteiten en de KNMG aanbeveelt.

Opvoeding en voorlichting van het publiek door intolerante uitspraken over de alternatieve geneeskunde vanuit de gevestigde ivorentorens zullen slechts een averechts effect bewerkstelligen. Ik denk dat wij positiever bezig kunnen zijn. Met de hulp van onze leermeesters uit de faculteiten en onze collegae in de KNMG (die immers allen tot taak hebben de geneeskunde en -kunst te bevorderen in plaats van om intolerant te zijn) dienen wij massaal de hand in eigen boezem te steken, onze eigen geneeskunde en -kunst te bevorderen en waar nodig onze bakens te verzetten. Dan zullen die

weer voor iedereen van verre herkenbaar zijn en schitteren in de oceaan van onze nationale gezondheidszorg.

Breda, november 1988
F. A. C. M. Mol

Naschrift

Ik ben collega Mol dankbaar voor zijn reactie op mijn stuk. Ik ben het in grote lijnen met hem eens. In mijn editie van 'Het Blauwe Boekje' wordt niet voor niets de kwakzalver het geweten van de arts genoemd¹. Ik mis echter het optimisme van collega Mol, dat we het geloof van 'afgedwaalde' patiënten in ons zouden kunnen terugwinnen uitsluitend door een betere vervulling van onze beroepstaken. Daarvoor zijn de druk van de mode en de invloed van hen die commercieel belang hebben bij een verkeerde voorlichting van het publiek, te groot. Wie dat niet beseft hoeft slechts geregeld allerlei weekblaadjes in te zien en geregeld populaire televisieprogramma's te volgen om tot dezelfde overtuiging te komen.

Zeker moeten wij ons bezinnen op onze taakopvatting; huisartsen zijn daar ook mee bezig. Ik vrees zelfs, dat veel huisartsen in een poging tot begrip voor hun patiënten wat alternatieve geneeswijze in huis halen, niet beseffend dat ze daarmee die patiënten in laatste instantie geen dienst bewijzen. Deze collega's moeten we uit de droom helpen; tolerantie is dan niet langer op zijn plaats. De bestuurders van onze organisaties en de leermeesters van komende generaties artsen moeten ons voorhouden dat het een medicus niet past zijn patiënten, anders dan bij uitzondering, bloot te stellen aan diagnostische en therapeutische methoden waarvan de effecten niet zijn onderzocht. En we moeten ophouden toenadering te zoeken tot 'genees'praktijken die de volksgezondheid schaden. Tenslotte moeten we eindelijk eens werk gaan maken van een van onze voornaamste taken: goede voorlichting en opvoeding van het publiek.

De Bilt, november 1988
C. P. van der Smagt

Literatuur

1. Medische ethiek en gedragsleer. 3e dr. Utrecht: KNMG, 1959.

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN (5)

Het artikel van collega C. P. van der Smagt in MC nr. 42/1988, blz. 1281, vraagt om enige kanttekeningen.

Wie een pleidooi houdt tegen alternatieve geneeswijzen moet toch in de eerste plaats ter zake kundig zijn en weten waar hij het over heeft. Heeft collega Van der Smagt na zijn medische studie ook nog homeotherapie en acupunctuur gestudeerd en deze methoden in

de praktijk toegepast? Ik meen dat in een discussie alleen zulke collegae zich mogen mengen, omdat zij dan pas met kennis van zaken spreken. Onkunde spreekt ook uit de bewering dat 'de alternatieve genezer echter iedere hulpvrager, ongeacht diens persoonlijkheidsstructuur en ongeacht de diagnose, systematisch behandelt met een placebo'. Wie iets weet van homeotherapie zal erkennen dat wij juist door een zorgvuldige anamnese in staat zijn zowel een klinische als een homeopathische diagnose te stellen om daarna een causale, individuele therapie te kunnen beginnen. Wanneer we dan ook nog met een methode als de elektroacupunctuur volgens Voll, naast het gewone somatische onderzoek, onze diagnostiek kunnen verfijnen, zijn we nog beter in staat de patiënt te helpen.

Dat collega Van der Smagt ons aftekent als malafide artsen die zich schuldig maken aan misleiding van hun patiënten gaat mijns inziens toch alle perken te buiten. Het verhaal over tarieven slaat nergens op. De suggestie dat wij de kassa zouden horen rinkelen is beneden alle peil. Wat het geloven in de behandeling betreft: waarom reageren baby's en kleine kinderen op homeotherapie en waarom zijn er in ons land zoveel dierenartsen, ook binnen de KNMG, die homeotherapeutisch werken?

Tenslotte spreekt collega Van der Smagt steeds over de mondigheid van de patiënt, die wij niet zouden bevorderen. Mij treft het altijd weer hoe mondig mijn patiënten zijn. Zij komen uit vrije wil en zoeken mij op omdat ze een bewuste keus hebben gemaakt, vaak ook in hun levenswijze, niet alleen ten aanzien van zichzelf, maar ook ten opzichte van de medemens en het milieu.

Wat de tolerantie van onze collegae betreft wil ik nog opmerken dat ook dit een gezonde ontwikkeling is. Ik krijg vele patiënten toegestuurd door collegae met alle informatie die ik nodig heb en ik schrijf die collegae dan terug met mijn visie en mijn voorstel voor een therapie. Het woord 'alternatief' is overigens sterk verouderd. Wij spreken liever van 'additieve therapie'; ook wij benutten onze kennis van de universitaire geneeswijzen, met laboratoriumonderzoek, röntgenfoto's, etc.

Tenslotte: een pleidooi tégen had een betere pleitbezorger verdiend.

Zaandam, november 1988

Dr. P. A. Hoogenkamp,
arts voor homeotherapie en acupunctuur,
oud-huisarts

Naschrift

De stelling dat men zich, alvorens zich in een discussie over ongewenst gedrag te mogen mengen, zelf aan dat gedrag moet hebben schuldig gemaakt, lijkt me moeilijk houdbaar. Collega Hoogenkamp heeft gelijk wanneer hij veronderstelt dat ik geen homeopathie of acupunctuur heb gestudeerd. Ik zou er ook niet veel aan hebben gehad. Ik zou hebben geleerd

op grond van willekeurige criteria patiënten te onderscheiden in constitutietypen waarvan de relevantie volstrekt niet vaststaat en ik zou een groot aantal medicamenten hebben leren kennen, geselecteerd op basis van het similia-beginsel, dat niet aansluit bij enig principe uit de fysiologie, pathologie of farmacologie, waarvan de werking vrijwel nooit is onderzocht. Op de acupunctuurs cursus zou ik de topografie van een groot aantal, op geen enkele wijze zichtbaar te maken lijnen in het menselijk lichaam hebben geleerd, waarlangs metafysische energie wordt geacht te stromen, die, door op eveneens onzichtbare punten van die lijnen te prikken, kan worden aan- of afgevoerd teneinde het evenwicht tussen Yin en Yang te herstellen.

Hiermee zou ik bij mijn patiënten niet kunnen aankomen. Omdat ik geneeskunde heb gestudeerd en mijzelf arts noem, verwachten ze van mij – en terecht – dat ik ze zal helpen hun gezondheidsproblemen op te lossen met alle middelen die me ten dienste staan op grond van de medische wetenschap. Niet op grond van onbewezen veronderstellingen van Hahnemann uit 1810 of duizenden jaren oude Chinese bronnen. Zou ik mijn patiënten willen onderwerpen aan homeopathie of acupunctuur zonder ze duidelijk te maken het terrein van de wetenschap te hebben verlaten en op het gebied van het geloof te zijn aangeland, dan zou ik me aan misleiding schuldig maken. Dat zuigelingen, kleine kinderen en dieren daarentegen niet protesteren, kan onmogelijk een excuus vormen voor een dergelijke handelwijze.

Ik ben het overigens met de laatste zin van collega Hoogenkamp's brief volkomen eens, hoewel hij mij in de context enigszins verbaast. De zaak tegen alternatieve geneeswijzen is zo belangrijk dat ze inderdaad de best mogelijke pleitbezorger verdient en ik twijfel er niet aan dat er betere te vinden zijn dan ik.

De Bilt, november 1988
C. P. van der Smagt

TERMINALE ZORG

Euthanasie op een klinisch-geriatrische afdeling

Met verbazing heb ik het artikel van Dr. C. van Proosdij gelezen (MC nr. 44/1988, blz. 1355), doorspekt met klassieke citaten en zelfs een 'godelijk gebod'. Hoe kan hij in een delicate en moeilijke kwestie als euthanasie politici en regeerders met een enkele pennestreek beschuldigen van ondeskundigheid, gevoelloosheid en besluiteloosheid? Geldt voor hen ook niet 'in dubiis abstinere'?

Het niet naleven van de wet, die wat de euthanasie aangaat toch wel enige ruimte laat onder bepaalde omstandigheden, vind ik onjuist, zeker als dat gepaard gaat met de door hem voorgestelde valsheid in geschrifte.

Sneek, november 1988
B. Moussault, verpleeghuisarts

Kostenontwikkeling van prescriptie

Apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen met elkaar vergeleken

Dr. D. Post en
Drs. P. Been

Wanneer alle huisartsen zelf een basisshoeveelheid geneesmiddelen zouden voorschrijven zou dit tot een besparing van om en nabij 10% op het geneesmiddelenbudget kunnen leiden, ofte wel tot een bedrag van f 122 miljoen. Samen met een verlaging in de kostensfeer zou dit neerkomen op een besparing van f 150 miljoen. Dit concluderen Dr. D. Post en Drs. P. Been, respectievelijk adviseur geneeskundigen van de ziekenfondsen RZZ te Zwolle en DNO te Meppel.

Ten aanzien van de kosten stelt de LHV, dat 'het dagelijks afleveren van geneesmiddelen en de dagelijkse confrontatie met de kosten ervan de huisarts bewuster zal maken van de financiële gevolgen van zijn voorschrijfgedrag'. De LHV kwam op grond van gegevens van de Ziekenfondsraad en op grond van ervaringen in de provincie Drente tot de conclusie, dat door een zuiniger voorschrijfbeleid dankzij gestructureerd overleg tussen artsen en apothekers en door het constante kostenverschil tussen medicijn-afleverende huisarts en apotheker, een besparing van gemiddeld f 101.000 per huisarts kan worden bereikt.

VRAAGSTELLING

De gegevens van Kerkhoff en die uit het LHV-rapport zijn strijdig met elkaar. Om na te gaan op welke wijze de kostenontwikkelingen de laatste jaren zijn verlopen ten aanzien van apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende artsen, hebben wij een onderzoek ingesteld bij twee ziekenfondsen: het Regionaal Ziekenfonds Zwolle (RZZ) en het Ziekenfonds DNO te Meppel. Landelijke gegevens werden verkregen uit het jaarverslag van de Ziekenfondsraad 1986⁶. Als vraagstelling formuleerden wij:

1. Welke veranderingen zijn opgetreden in de kosten voor prescriptie van genees-

middelen bij apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen?

2. Hoe groot is het verschil tussen deze beide categorieën voorschrijvers?

Op landelijk niveau nemen we alle apotheekhoudende versus alle niet-apotheekhoudende huisartsen. De urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging wordt niet in ogenschouw genomen.

Omdat er een verschil in voorschrijven is tussen stad en platteland en we het voorschrijfgedrag van huisartsen met en zonder apotheek willen vergelijken⁷, hebben we van de onderzochte ziekenfondsen alleen de gegevens verzameld van huisartsen met en zonder apotheek ten plattelande. Voor het RZZ zijn dat de huisartsen in het werkgebied exclusief Zwolle en Lelystad, voor DNO zijn dat de huisartsen exclusief Emmen, Assen, Hoogeveen en Meppel.

RESULTATEN

Landelijke gegevens

In ons land waren per ultimo 1986 5.843 huisartspraktijken. Van deze praktijken is 16% oftewel 962 apotheekhoudend. *Figuur 1* geeft de ontwikkeling sinds 1982 aan. Er is sinds 1982 een daling van 11% te constateren in het aantal apotheekhoudende praktijken. Het fenomeen van de apotheekhoudende praktijk wordt nog steeds verder teruggedrongen (*tabel 1*). Uit *tabel 2* blijkt dat er in de jaren 1982 tot 1986 een toename in kosten is te constateren van 27%. De totale kosten zijn inclusief die van fondsapotheken en bijzondere betalingen (mobiele groepen). De kosten van de apotheekhoudende praktijken zijn iets meer gestegen dan die van de niet-apotheekhoudende. Het gaat hier om de totale kosten voor farmaceutische hulp: inclusief honorarium, kosten, BTW. Er blijkt in 1986 een verschil in kosten van farmaceutische hulp tussen apotheekhoudenden en niet-apotheekhoudenden van f 66,00 te bestaan. In 1982 was dit f 58,00.

Wanneer we naar de genees- en verbandmiddelen sec kijken, blijkt dat er een verschil wordt gevonden van f 27,00: de apotheekhoudende huisarts is 28% goedkoper dan zijn niet-apotheekhoudende collega (*tabel 3*). De kosten bij de niet-apotheekhoudende zijn iets meer geste-

De kosten van het voorschrijven van geneesmiddelen zijn de laatste tien jaar fors gestegen. De eigen-bijdragemaatregel, die in 1983 van kracht is geworden, heeft een verhogend effect gehad door de verschuiving naar duurder middelen¹. Ook de maatregel van oktober 1982, waarbij een aantal middelen slechts op aanvraag voor ziekenfondsrekening kon worden voorgeschreven, heeft een rol gespeeld in deze substitutie naar duurder middelen en een opwaartse druk op het kosten-niveau veroorzaakt^{2,3}. Deze kostenstijging is zowel voor apotheekhoudende als voor niet-apotheekhoudende artsen aantoonbaar geweest.

Lange tijd heeft gegolden, dat apotheekhoudende huisartsen minder kosten genereerden ten aanzien van de prescriptie dan niet-apotheekhoudende huisartsen. Kerkhoff signaleerde in 1983 in een analyse van gegevens van het ziekenfonds in Brielle dat er een wijziging optrad in dit patroon⁴. In 1980 kruisten de lijnen elkaar: de apotheekhoudende huisarts maakte meer kosten dan de niet-apotheekhoudende. Kerkhoff stelde vast dat de volumedaling van prescriptie bij niet-apotheekhoudende huisartsen de oorzaak was van de verandering van apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen ten opzichte van elkaar. Bij zijn analyses hield hij geen rekening met de specialistische receptuur die de apotheekhoudende huisarts aflevert en die in de ziekenfondscijfers op naam van de huisarts komt. Ook de eventuele verschillen in praktijkopbouw ten aanzien van leeftijdsverdeling zouden nog een beïnvloedende factor kunnen zijn.

De verschillen in kosten van geneesmiddelenprescriptie tussen huisartsen met en zonder apotheek is onder meer onderwerp in de onlangs verschenen LHV-nota 'Geneesmiddelenvoorziening en de huisarts'⁵. In deze nota pleit de LHV voor een verandering in het distributiesysteem van de geneesmiddelen. Zij stelt voor, alle artsen als distributiepunten te gebruiken voor vijftig van de meest voorgeschreven geneesmiddelen. De apotheker zou zich op deze wijze meer kunnen verdiepen in taken met betrekking waartoe hij als deskundig wordt beschouwd en zou zich meer met medicatiebewaking kunnen bemoeien in plaats van als 'winkelier' te fungeren.

gen dan bij de apotheekhoudende huisartsen.

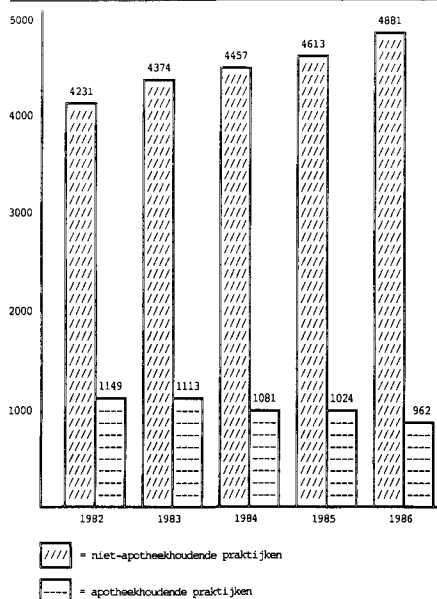
Gegevens RZZ en DNO

De kosten van prescriptie zijn berekend op basis van de declaraties van apothekers en apotheekhoudende artsen. We hebben ze weergegeven in guldens per verzekerde per jaar. Het gaat hier om genees- en verbandmiddelen berekend via de KNMP-tax, exclusief honoreringskosten en BTW. De eigen bijdrage van f 2,50 per voorschrift is wel meegeteld in de geneesmiddelenprijs. We hebben voor de ontwikkeling van kosten de beschikking over de gegevens van 1978 tot en met 1986.

De figuren 2 en 3 geven de ontwikkelingen weer bij de twee ziekenfondsen. Het blijkt dat de lijn die de kosten van farmaceutische hulp per verzekerde per jaar van apotheekhoudende artsen bij ziekenfonds I in 1979 en bij ziekenfonds II in 1980 weergeeft de lijn van de kosten van de niet-apotheekhoudenden heeft gekruist en daar sindsdien boven is gebleven. In 1986 was het verschil bij ziekenfonds I 6,4% en bij ziekenfonds II 4,7% ten nadele van de apotheekhoudende artsen.

In figuur 2 valt eveneens op dat de forse kostenstijgingen zijn opgetreden na 1982, na de invoering van de overheidsmaatregelen, zowel bij apotheekhoudende als bij niet-apotheekhoudende artsen. In de

Figuur 1. Veranderingen in aantal apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende praktijken.



Tabel 1. Toe/afname van het aantal huisartspraktijken.

| | 1982 | 1986 | toe/afname |
|--------------------------------------|-------|-------|------------|
| apotheekhoudende praktijken | 1.149 | 962 | - 16,3% |
| niet-apotheekhoudende praktijken ... | 4.231 | 4.881 | + 15,4% |
| totaal aantal | 5.380 | 5.843 | + 8,6% |

Tabel 2. Verandering in kosten van farmaceutische hulp ziekenfondsverzekerden bij apothekers en apotheekhoudende artsen.

| | 1982 | 1986 | toename |
|-------------------------------|----------------|----------------|---------|
| apothekers | f 1,38 miljard | f 1,71 miljard | |
| per verzekerde | f 184,00 | f 228,00 | +24% |
| apotheekhoudende artsen | f 0,25 miljard | f 0,23 miljard | |
| per verzekerde | f 126,00 | f 162,00 | + 29% |
| totale kosten* | f 1,70 miljard | f 2,00 miljard | |
| per verzekerde | f 175,00 | f 222,00 | + 27% |

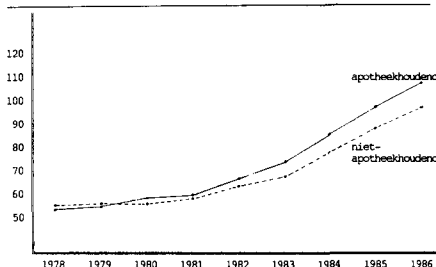
* Inclusief fondsapotheken en bijzondere betalingen (mobiele groepen)

tabellen 4 en 5 worden deze stijgingen getoond. Het blijkt dat bij de apotheekhoudenden de stijging groter is geweest dan bij de niet-apotheekhoudenden. In alle gevallen blijken de kosten van farmaceutische hulp tussen 1978 en 1982 zowel bij ziekenfonds I als bij ziekenfonds II geringer te zijn gestegen dan tussen 1982 en 1986.

Correcties

Absoluut gezien blijken apotheekhoudende huisartsen duurder voor te schrijven dan niet-apotheekhoudende. We dienen echter nog twee factoren die een vertekend beeld van de kosten van de prescriptie geven in ogenschouw te nemen, te weten de specialistische receptuur en de leeftijdsopbouw van de populatie.

Figuur 2. Kostenontwikkeling apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen per verzekerde per jaar; ziekenfonds I.



Tabel 3. Verschil in kosten genees- en verbandmiddelen tussen apotheek en apotheekhoudend huisarts.

| | 1982 | 1986 | toename |
|---|---------------|-----------------|---------|
| apothekers | f 860 miljoen | f 1.042 miljoen | |
| per verzekerde | f 115,00 | f 134,00 | + 21% |
| apotheekhoudende artsen | f 180 miljoen | f 175 miljoen | |
| per verzekerde | f 90,00 | f 107,00 | + 18% |
| verschil apotheek-apotheekhoudende arts | f 25,00 = 22% | f 27,00 = 20% | |

Tabel 4. Kostenstijgingen bij ziekenfonds I.

| | apotheekhoudend | | niet-apotheekhoudend | |
|---------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| | kosten/ verzeker- de | stijgings- percen- tage | kosten/ verzeker- de | stijgings- percen- tage |
| 1978 | 55,54 | | 55,13 | |
| 1982 | 66,31 | 23,9% | 63,47 | 15,1% |
| 1985 | 97,03 | 46,3% | 87,99 | 38,6% |
| 1986 | 103,22 | 6,4% | 96,60 | 8,9% |
| 1978-1986 ... | | 92,8% | | 75,2% |

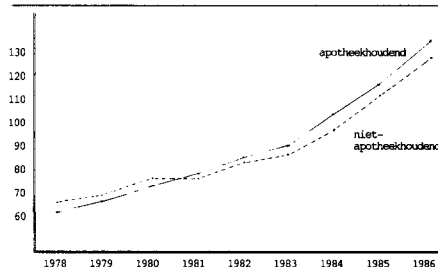
Tabel 5. Kostenstijgingen bij ziekenfonds II.

| | apotheekhoudend | | niet-apotheekhoudend | |
|---------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| | kosten/ verzeker- de | stijgings- percen- tage | kosten/ verzeker- de | stijgings- percen- tage |
| 1978 | 61,81 | | 66,74 | |
| 1982 | 84,97 | 37,5% | 82,91 | 24,2% |
| 1985 | 115,65 | 36,1% | 110,74 | 33,6% |
| 1986 | 134,41 | 16,2% | 128,05 | 15,6% |
| 1978-1986 ... | | 117,5% | | 91,9% |

men, te weten de specialistische receptuur en de leeftijdsopbouw van de populatie.

Specialistische receptuur. Een specialist schrijft recepten uit, die de patiënt betreft bij de apotheek. Ingeval de patiënt is ingeschreven bij een apotheekhoudende

Figuur 3. Kostenontwikkeling apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen per verzekerde per jaar; ziekenfonds II.



de huisarts worden die specialistische recepten afgeleverd uit de apotheek van de huisarts; de huisarts fungeert dan dus als afleveraar. Om apotheekhoudende en niet-apotheekhoudende huisartsen te kunnen vergelijken dienen de kosten van specialistische recepten die de apotheker levert bij de kosten van de niet-apotheekhoudende huisarts te worden opgeteld. Het blijkt dat de specialistische receptuur in de loop van 1978 tot 1986 is toegenomen tot ongeveer 11% van het door de apotheker per verzekerde gedeclareerde bedrag. In 1985 waren de kosten per verzekerde bij beide ziekenfondsen ongeveer gelijk: respectievelijk f 12,43 en f 12,78 per verzekerde. De kosten voor de specialistische recepten zijn in de periode van 1978 tot 1986 bij beide ziekenfondsen verdubbeld.

De tabellen 6 en 7 geven een nieuwe vergelijking tussen de apotheekhoudenden en niet-apotheekhoudenden, wanneer we de kosten van de specialistische receptuur erin verwerken. Het blijkt dan dat de apotheekhoudende huisartsen bij beide ziekenfondsen goedkoper zijn, maar dat sinds 1978 de afstand tussen beide groepen wel steeds kleiner is geworden. In 1985 is de apotheekhoudende huisarts bij ziekenfonds I nog 3,4% en bij ziekenfonds II nog 6,4% goedkoper dan de niet-apotheekhoudende.

Leeftijdsopbouw Bij beide ziekenfondsen blijkt het percentage bejaarden bij apotheekhoudende huisartsen in 1985 gemiddeld 2% hoger te zijn dan bij niet-apotheekhoudende. Uit eerder onderzoek is bekend geworden dat bejaarden gemiddeld 3,5 maal zoveel medicijnkosten meebrengen dan mensen beneden de 65 jaar⁶.

Tabel 8 geeft aan dat de kosten bij apotheekhoudende huisartsen bij ziekenfonds I en II respectievelijk 6% en 11% lager zijn dan bij de niet-apotheekhoudende, wanneer we rekening houden met de leeftijdsopbouw van de praktijk en wanneer we een correctie toepassen op de specialistische receptuur. Bij ziekenfonds II zijn de kosten per patiënt voor genees- en verbandmiddelen bij apotheekhoudenden f 14,00 lager; bij ziekenfonds I is dat f 6,00. Dit verschil is voor een deel toe te schrijven aan de hoogte van de kosten per verzekerde, die verschillend is bij de twee ziekenfondsen. In het werkgebied van ziekenfonds I wordt, ook gelet op landelijke gemiddelden, vrij zuinig voorgeschreven.

Tabel 6. Vergelijking tussen apotheekhoudenden en niet-apotheekhoudenden bij ziekenfonds I na correctie op specialistische receptuur.

| | 1978 | 1982 | 1985 |
|---|-------|-------|--------|
| apotheekhoudend | 53,54 | 66,31 | 97,03 |
| niet-apotheekhoudend exclusief specialisten-receptuur | 61,93 | 71,05 | 100,42 |
| verschil | 13,5% | 6,7% | 3,4% |

Tabel 7. Vergelijking tussen apotheekhoudenden en niet-apotheekhoudenden bij ziekenfonds II na correctie op specialistische receptuur.

| | 1978 | 1982 | 1985 |
|---|-------|-------|--------|
| apotheekhoudend | 61,81 | 84,97 | 115,65 |
| niet-apotheekhoudend exclusief specialisten-receptuur | 72,84 | 92,18 | 123,52 |
| verschil | 15,1% | 7,8% | 6,4% |

Tabel 8. Verschil in kosten tussen apotheekhoudenden en niet-apotheekhoudenden met correctie op specialistische receptuur en leeftijdsopbouw van de praktijk.

| | ziekenfonds I | ziekenfonds II |
|----------------------------|---------------|----------------|
| apotheekhoudend | 94,48 | 109,75 |
| niet-apotheekhoudend | 100,42 | 123,52 |
| verschil | 6% | 11% |

BESCHOUWING

De kosten voor prescriptie zijn in de afgelopen acht jaar sterk gestegen. Deze stijging is sneller verlopen bij de apotheekhoudende huisartsen dan bij de niet-apotheekhoudende huisartsen, waardoor de apotheekhoudende huisarts de niet-apotheekhoudende collega in absolute zin heeft ingehaald, ja zelfs is voorbijgestreefd. Wanneer we echter de cijfers nader analyseren, blijkt dat de apotheekhoudende huisarts toch nog steeds goedkoper is dan de niet-apotheekhoudende. Het effect van de sterke stijging is voor een groot deel toe te schrijven aan de specialistische receptuur die in de apotheek van de huisarts wordt afgeleverd.

Uit de gegevens van de Ziekenfondsraad blijkt dat op landelijk niveau hetzelfde kan worden geconstateerd. De apotheekhoudende huisarts is voor de kosten van genees- en verbandmiddelen veel goedkoper dan de niet-apotheekhoudende, namelijk 20%. Dit getal geeft echter niet

de realiteit weer, omdat dan alle niet-apotheekhoudenden, ook die in de steden, worden vergeleken met de apotheekhoudende plattelandsartsen. Een vergelijking van plattelandsartsen zonder en met apotheek geeft aan dat er een verschil van 6%-10% gevonden wordt ten gunste van de apotheekhoudenden.

De kostenbesparingen die de LHV in haar rapport over de geneesmiddelen-distributie aangeeft zullen zeker niet de hoogte bereiken die daarin wordt aangegeven. Wel is het juist, dat het meer betrokken zijn bij de medicatievoorziening tot een goedkoper voorschrijfdrag leidt.

Wanneer we alle huisartsen een basis-hoeveelheid geneesmiddelen zelf zouden laten afleveren, en daardoor hun betrokkenheid op de prescriptie vergroten, zou dit tot een besparing van om en nabij 10% op het geneesmiddelenbudget kunnen leiden, oftewel op basis van de getallen 1985 een bedrag van f 122 miljoen. Ook in de kostensfeer zal een verlaging optreden, zodat we toch op een besparing van f 150 miljoen mogen rekenen. Naast deze niet te verwaarlozen kostenbesparing geldt natuurlijk nog sterker, dat de LHV de deskundigheid van de apotheker beter meent te kunnen benutten wanneer deze zich minder met de distributie bezighoudt.

De optie van de LHV lijkt irreëel waar zij voorstelt de distributiefunctie bij alle huisartsen te leggen. Toch is het, gelet op de kosten en op de inhoudelijke argumenten, niet bij voorbaat onzinnig de discussie hierover tussen apothekers en huisartsen te stimuleren. □

Literatuur

1. Post D. Eigen bijdrage in prescrip-tien. Medisch Contact 1985; 40: 687-9.
2. Ziekenfondsraad. Evaluatie Besluit Farmaceutische Hulp ziekenfondsverzekerden. Februari 1983.
3. Mantel AF et al. De Nederlandse geneesmiddelenmarkt in observatie. Delft: Eburon, 1987.
4. Kerkhoff AHN. Veranderingen in het prescriptiepatroon. Medisch Contact 1983; 38: 1164-8.
5. LHV-nota. Geneesmiddelenvoorziening en de huisarts. 1988.
6. Jaarverslag Ziekenfondsraad 1986. Financieel Deel.
7. Post D. Vijf jaar prescriptie. Medisch Contact 1986; 41: 1103-4.

Arts en Recht

‘Artsen mogen geen actie voeren’

Kort geding rechtbank Utrecht, 13 oktober 1988

Op 13 oktober heeft de president van de Utrechtse rechtbank in het door het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform en de Nationale Ziekenhuisraad aangespannen geding tegen de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) bijgaand vonnis uitgesproken.

De aanleiding tot het geding waren de door de LSV georganiseerde acties tegen de regeringsbesluiten welke het specialisteninkomen en de normkostenvergoeding aanzienlijk verlagen. Zo werd het COTG-besluit, waarin een specialist bijvoorbeeld maar een halve secretaresse vergoed krijgt, geacordeerd. De actie van de specialisten bestond uit het verichten van zondagsdiensten waarbij medische hulp voor spoedgevallen was gewaarborgd.

Het recht op staken, respectievelijk het recht op het voeren van collectieve acties, is in de Nederlandse jurisprudentie algemeen geaccepteerd. Voor specifieke groeperingen met een bijzondere verantwoordelijkheid in onze maatschappij is een oproep tot actie aan speciale eisen gebonden. De actie moet een *ultimum remedium* zijn, er dienen zwaarwegende omstandigheden aan de orde te zijn en de actie vorm en -duur zijn aan strenge zorgvuldigheidseisen gebonden. Hieraan meende de LSV zowel in mei 1987 als in oktober 1988 te voldoen.

Zowel in medische als in juridische kring is verbazing uitgesproken over het harde oordeel van de president en de buitengewoon verstrekkende beslissingen. Hoe kan het, dat een zorgvuldige en voorzichtige actie een dergelijk lot treft? Niet in te zien is waarom de protestactie van de LSV van mei 1987 tegen een *voornemen* van de regering een beperkt aantal dagen geoorloofd werd geacht door de toen fungerend president van de Utrechtse rechtbank, terwijl de acties tegen een regeringsbesluit door haar president nu als voorbarig worden gekwalificeerd. Is de suggestie van de president, dat regeringsbesluiten nog juridisch kunnen worden aangevochten, wel reëel? Heeft de LSV geen gelijk als zij stelt dat het benutten van juridische mogelijkheden om uitvoeringsbesluiten aan te vechten de afgelopen jaren slechts heeft geleid tot het af-

kondigen van nieuwe besluiten ten detrimente van de medisch specialisten? Waarom mag de LSV een politiek besluit niet bestrijden met een politiek middel, te weten collectieve actie?

Belangrijk is natuurlijk de vraag of patiënten ook schade van de acties hebben ondervonden. Hoe hinderlijk de gewraakte acties voor patiënten ook waren, niet is aannemelijk gemaakt dat zij hiervan ook schade hebben ondervonden.

Het vonnis doet de vraag rijzen wanneer de omstandigheden wel zwaarwegend genoeg zijn en wanneer er wel een *ultimum remedium* bestaat. Zeker, de specialisten waren wel erg verhit en geruchten over wilde ‘georganiseerde’ acties deden de ronde – een zorgwekkende ontwikkeling. Maar is dat een reden om geheel medisch Nederland nu en in de toekomst ieder actiemiddel uit handen te slaan? Het is voor de rechtspositie van al degenen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg te hopen dat de verwachting, dat het vonnis in appel geen stand houdt, bewaarheid wordt.

Dr. C. Spreeuwenberg
Mw. Mr. W. R. Kastelein

Kort geding nrs. 616/1988 en 617/1988

(Vonnissen in de zaak van het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform, eiseres, tegen de Landelijke Specialisten Vereniging, gedaagde, en in de zaak van de Nationale Ziekenhuisraad, eiseres, tegen de Landelijke Specialisten Vereniging, gedaagde)

1. VERLOOP PROCEDURES

Eiseressen, hierna te noemen: het Platform respectievelijk de NZR, hebben afzonderlijk de gedaagde, verder te noemen: de LSV, in kort geding doen dagvaarden. (. . .) De president heeft deze zaken in overleg met partijen gevoegd wegens de verknochtheid daarvan. (. . .)

2. HET GESCHIL

2.1. De vaststaande feiten

Als enerzijds gesteld en anderzijds erkend dan wel niet of niet voldoende gemotiveerd weersproken en ten dele door de in zoverre niet betwiste inhoud van overgelegde bescheiden gestaafd, staat in dit geding tussen partijen – voor zover hier van belang – het volgende vast:

- a. Reeds sinds jaren worden tussen enerzijds de regering en anderzijds allerlei organisaties die bij het verlenen van geneeskundige hulp zijn betrokken, besprekingen gevoerd en onderhandeld over het terugdringen van de kosten van medische verzorging.
- b. Ook tussen de regering en de LSV hebben daaromtrent besprekingen en onderhandelingen plaatsgevonden. In 1984 heeft dat overleg geleid tot een door die partijen op 13 juli 1984 ondertekend convenant (het zogenoemde Generaal Akkoord), dat bepalingen bevat over onder andere onderzoeken ter vaststelling van de kosten van medisch specialisten. Die kosten zijn grofweg te splitsen in een bedrag voor norminkomen en een bedrag voor normkostenvergoeding.
- c. In mei 1987 heeft de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid het voornemen kenbaar gemaakt het norminkomen van medisch specialisten vast te stellen op f 148.000,— per jaar.
- d. Daartegen heeft de LSV bezwaar gemaakt. Tussen de LSV en de regering is vervolgens opnieuw onderhandeld.
- e. Bij brief van 13 juli 1988 aan de LSV heeft de regering het convenant opgezegd per 1 augustus 1988.
- f. Op 7 oktober 1988 heeft de regering enkele besluiten genomen met betrekking tot het norminkomen en de normkostenvergoeding van vrijgevestigde medisch specialisten. Die besluiten komen erop neer, dat het huidige voorlopige norminkomen van – in de visie van de regering – f 181.500,— zal worden verlaagd tot f 172.600,— en dat de normkostenvergoeding van f 107.000,— zal worden teruggebracht tot f 65.000,—, met dien verstande dat de desbetreffende wijzigingen niet aanstonds doch gefaseerd in de loop van een aantal jaren – en wellicht ook niet tot de uiterste bedragen – zullen worden doorgevoerd. Van die besluiten heeft de regering mededeling gedaan aan de voorzitter van de Tweede Kamer.
- g. Naar aanleiding van die besluiten heeft de LSV haar leden opgeroepen om met ingang van 10 oktober 1988 voortdurende zondagsdiensten uit te voeren, daarin bestaande dat de

gebruikelijke medische verrichtingen van medisch specialisten achterwege zullen blijven en slechts in spoedeisende gevallen door hen medische hulp zal worden gegeven. De oproep vermeldt geen einddatum.

h. Aan die oproep hebben vrijwel alle leden van de LSV (medisch specialisten) gevolg gegeven.

2.2. De vorderingen en de grondslagen daarvan

Zowel het Platform als de NZR stellen, kort gezegd, dat voormelde actie van de medisch specialisten ten koste gaat van een goede patiëntenzorg en derhalve onrechtmatig jegens hen is. Op grond daarvan vorderen zij, zakelijk weergegeven:

- de LSV te bevelen een persbericht te doen uitgaan waarin de medisch specialisten in Nederland worden opgeroepen af te zien van die actie;

- de LSV te verbieden medewerking aan die actie te verlenen of aan soortgelijke acties, een en ander op straffe van een dwangsom.

Bovendien vordert het Platform:

- de LSV te bevelen aan de medisch specialisten die zich niet houden aan die oproep tot afzegging, mededeling te doen dat het voortzetten van de zondagsdiensten een onrechtmatig handelen van de betrokken specialisten oplevert, dat in beginsel tot schadeplichtigheid leidt, zulks eveneens op straffe van een dwangsom.

2.3. Verweer

Het verweer van de LSV zal, voor zoveel nodig, in het navolgende aan de orde komen.

3. BEOORDELING GESCHIL

3.1. Vooropgesteld moet worden, dat acties van medici waardoor de gebruikelijke patiëntenzorg wordt verminderd, in beginsel onrechtmatig zijn jegens (mogelijke) patiënten.

3.2. Datzelfde punt is aan de orde geweest in een kort geding tussen het Platform en de LSV, dat heeft geleid tot een, thans onherroepelijk, vonnis van de fungerend president te Utrecht van 29 mei 1987 (rolnummer KG 213/87), waarin onder meer is overwogen:

‘3.2. Wat de zaak zelf betreft, wordt allereerst overwogen dat medisch specialisten, hoewel overeenstemmend van een vrij beroep, toch niet de vrijheid genieten om naar eigen goeddunken en op ieder willekeurig moment te beslissen of en, zo ja, wanneer en in welke mate zij hun beroepswerkzaamheden zullen verrichten, zeker niet indien zoals in casu ten gevolge van het collectieve karakter van een dergelijke beslissing in een normale waarneming van hun praktijk niet kan worden voorzien.

‘Ten gevolge van hun bijzondere, wettelijk geregelde, positie in de samenleving en de specifieke aard van hun beroep met de daaraan verbonden maatschappelijke verantwoordelijkheid zijn zij verplicht om het welzijn van

patiënten in het algemeen te bevorderen en aan hen de nodige medische hulp te verlenen. De door iedere arts in Nederland afgelegde eed/belofte bevestigt het bestaan van een dergelijke algemene verplichting.

‘De medisch specialisten zijn voorts krachtens lopende behandelingsovereenkomsten met patiënten verplicht om hen medische hulp in de vorm van onderzoek en behandeling te verschaffen.

‘Ten slotte vloeit de zorgverplichting jegens patiënten voort uit de door de medisch specialisten gesloten medewerkerovereenkomsten met de ziekenfondsen en toelatingsovereenkomsten met de ziekenhuizen waarin zij werkzaam zijn.

‘Wanneer de medisch specialisten zich aan de hier bedoelde verplichtingen onttrekken door gezamenlijk hun werkzaamheden gedurende enige tijd op te schorten, maken zij zich dan ook in beginsel schuldig aan onrechtmatig handelen dan wel wanprestatie jegens de (mogelijke) patiënten.

‘Hieruit vloeit voort dat de oproep van de LSV tot de onderhavige collectieve actie in beginsel eveneens als onrechtmatig kan worden aangemerkt.’

3.3. Dat uitgangspunt dient ook thans volledig te worden gehandhaafd. Dat de situatie nu anders zou zijn dan in mei van het vorige jaar, is geenszins aannemelijk gemaakt. Benadrukt wordt dan ook, dat artsen zullen dienen te aanvaarden dat zij, evenals sommige andere personen met een functie, ambt of beroep waaraan een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid is verbonden, een aanzienlijk mindere vrijheid hebben om tot protestacties over te gaan dan de gemiddelde burger.

3.4. Een en ander neemt niet weg, dat op het hiervoor weergegeven uitgangspunt in beperkte mate uitzonderingen mogelijk zijn. Eén van de maatstaven daarbij is, dat de gekozen actievorm een uiterste redmiddel is omdat de besluiten, waartegen de actievoerders zich keren, niet op andere wijze ongedaan kunnen worden gemaakt.

3.5. Dit laatste is nu uitdrukkelijk wél het geval. Immers, het Platform heeft gesteld, uitgeen de LSV volledig heeft erkend, dat er nog tal van mogelijkheden zijn om door een rechter – al dan niet in kort geding danwel door middel van een andere voorlopige voorziening – de gewraakte regeringsbesluiten buiten werking te stellen.

3.6. Zolang deze wegen niet zijn bewandeld, kan een oproep om over te gaan tot een gevaarscheppende actie, zoals het verrichten van continue zondagsdiensten door medisch specialisten, niet gerechtvaardigd zijn. De LSV heeft betoogd dat deze actie nodig is als reactie op voormelde politieke besluiten van 7 oktober 1988. Dat betoog kan echter niet worden aanvaard, nu allermindst aannemelijk is gemaakt dat slechts deze vorm van actie kan bewerkstelligen dat de regering op haar standpunt terugkomt of dat de Tweede Kamer de

desbetreffende besluiten zal doen herzien.

3.7. Nu de actie van de LSV, blijkens het vorenstaande, onrechtmatig is jegens (mogelijke) patiënten, in het belang van wie het Platform en de NZR optreden, zijn de vorderingen in beginsel toewijsbaar.

3.8. De LSV heeft bij pleidooi nog aangevoerd, dat het te ver zou gaan ook andere actievormen dan de huidige op voorhand met een rechterlijk verbod te treffen.

Dat verweer dient te worden verworpen. Ook andere actievormen die de gebruikelijke medische zorg doen verminderen, zijn ontoelaatbaar te achten, zodat het op te leggen verbod zich ook daarover dient uit te strekken.

3.9. Ten slotte kan ook het derde onderdeel van de vordering van het Platform worden toegewezen, nu volstrekt onbestreden is gebleven, dat – zoals het Platform heeft gesteld – actievoerders van de LSV reeds te kennen hebben gegeven dat – mocht de rechter de huidige actie verbieden – niets en niemand de medisch specialisten belet om dan ‘spontaan’ individueel met diezelfde actie voort te gaan. Het aldus verkapt uitlokken van voortzetting van de uitgeroepen actie is evenzeer onrechtmatig als het uitroepen zelf en de LSV behoort iedere suggestie in dergelijke richting terstond tegen te houden.

3.10. De dwangsom zal worden vastgesteld op een bedrag van f 1.000.000,— voor iedere overtreding van het te geven bevel en/of verbod.

3.11. De LSV zal, als de in het ongelijk gestelde partij, in de kosten van dit geding worden veroordeeld.

4. BESLISSING

De president: rechtdoende in beide zaken

4.1. *beveelt* de LSV om binnen zes uur na betekening van dit vonnis een persbericht te doen uitgaan aan het Algemeen Nederlands Persbureau en aan de landelijke dagbladen, waarin aan de medisch specialisten in Nederland wordt medegedeeld dat alle ‘actieplannen’ van de LSV voor de komende periode zijn ingetrokken en waarin die specialisten worden opgeroepen af te zien van de inmiddels gestarte ‘zondagsdienst-actie’ en van mogelijke andere acties door terstond op de gebruikelijke wijze hun werkzaamheden weer ter hand te nemen en niet deel te nemen aan enigerlei actie die de gebruikelijke medische zorg doet verminderen;

4.2. *verbiedt* de LSV op enigerlei wijze – direct of indirect – mee te werken aan of steun te geven aan de inmiddels gestarte acties, inhoudende het verrichten van zogenoemde zondagsdiensten op normale werkdagen, dan wel acties met een andere inhoud die de gebruikelijke medische zorg doen verminderen;

4.3. *beveelt* de LSV voorts om, indien en voor

zover medisch specialisten zich niet mochten houden aan de hiervoor bedoelde oproep, die medisch specialisten binnen vierentwintig uur nadat zulks is gebleken, schriftelijk op te roepen de gebruikelijke werkzaamheden te hervatten, onder de mededeling dat alle eerder verstrekte informatie over het vervolgen van de zondagsdienst na een eventueel rechterlijk verbod jegens de LSV als ingetrokken moet worden beschouwd en onder de mededeling dat het voortzetten van de zondagsdiensten een onrechtmatig handelen van de betrokken specialisten oplevert dat in beginsel tot schadelijkheid leidt;

4.4. bepaalt, dat de LSV een na betekening van dit vonnis opeisbare dwangsom ten behoeve van zowel het Platform als de NZR zal verbeuren van f 1.000.000,— (één miljoen gulden) voor iedere overtreding van het onder

4.1 gegeven bevel of van het onder 4.2 gegeven verbod;

4.5. bepaalt voorts, dat de LSV een na betekening van dit vonnis opeisbare dwangsom ten behoeve van het Platform zal verbeuren van f 1.000.000,— (één miljoen gulden) voor iedere overtreding van het onder 4.3. gegeven bevel;

4.6. verklaart dit vonnis tot zover uitvoerbaar bij voorraad;

4.7. wijst af het meer of anders gevorderde;

4.8. veroordeelt de LSV in de kosten van beide zaken. (...)

Dit vonnis is gewezen door mr. C. L. baron van Harinxma thoe Slooten, president, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag 13 oktober 1988.

Uit de Gezondheidsraad

Voorbehouden handelingen in de individuele gezondheidszorg

Het rapport 'Voorbehouden handelingen in de toepassing van de individuele gezondheidszorg' vormt het antwoord op een desbetreffend onderzoek om advies van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. De adviesaanvraag houdt verband met de komende Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). In de uit de vorige eeuw stammende Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst is bepaald dat alleen artsen de geneeskunst mogen uitoefenen. Deze beperkende bepaling zal in de Wet BIG komen te vervallen. Daar staat tegenover dat de nieuwe wet voorbehouden handelingen zal noemen. Dat zijn handelingen die, als ze door ondeskundigen worden uitgevoerd, gevaar kunnen opleveren voor de patiënt. De wetgever wil het verrichten van de bewuste handelingen voorbehouden aan met name te noemen groepen van beroepsbeoefenaren.

De Wet BIG treedt in de plaats van de bestaande beroepenwetten, maar niet zonder koerswijziging. De wetten op de uitoefening van de geneeskunst en de tandheelkunde en de wet inzake paramedische beroepen bieden zowel beroeps- als titelbescherming; de Wet BIG zal zich beperken tot titelbescherming. Beroepsbescherming houdt in dat uitsluitend leden van bepaalde groepen beroepsbeoefenaren bevoegd zijn het voor hen geldende terrein van geneeskunst te 'betreden'. Anderen worden als onbevoegd beschouwd; zij zijn strafbaar als zij zich toch op het desbetreffende terrein

wagen. Bij titelbescherming gaat men uit van een andere filosofie. Iemand die een erkende opleiding voor een in de Wet BIG geregeld beroep met goed gevolg heeft afgesloten, kan op verzoek zijn naam in een door de overheid beheerd register laten opnemen. Registratie betekent, dat de betrokkene gerechtigd is de titel van het beroep te voeren. Ongeregistreerden die zich aanprijzen met een beschermde titel handelen tegen de wet. Indien zij daarentegen titelloos of onder onbeschermde titel vormen van geneeskunst anders dan voorbehouden handelingen praktiseren, zullen zij in het kader van de Wet BIG niet langer meer strafbaar zijn, althans zolang zij de gezondheid van de patiënt niet schaden.

In de adviesaanvraag wordt gewezen op ontwikkelingen op medisch-technologisch gebied. De staatssecretaris vraagt of deze ontwikkelingen nopen tot het aanwijzen van nog niet genoemde voorbehouden handelingen. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het nodig over criteria te beschikken voor het aanwijzen van voorbehouden handelingen. De belangrijkste maatstaf, in de woorden van de wetgever, is dat er sprake moet zijn van een aanmerkelijk gevaar voor leven en gezondheid van patiënten bij het betreden van het gebied door ondeskundigen.

In het advies wordt gewezen op conflicterende tendensen. Enerzijds is er reden om de lijst van voorbehouden handelingen uit te breiden, zowel op inhoudelijke gronden als vanwege een streven naar precisie in juridische defini-

ties, anderzijds bestaat de behoefte de lijst beperkt te houden. De adviserende commissie meent dat het dilemma als volgt kan worden opgelost:

– De Wet BIG dient zich te beperken tot globale omschrijvingen van groepen voorbehouden handelingen.

– De omschrijvingen zullen ongetwijfeld 'ruis' omvatten. Aan de beroepsverenigingen en de Gezondheidsraad kan worden gevraagd nuanceren en detaillering aan te brengen in de vorm van aan beroepsbeoefenaren te stellen bekwaamheidseisen. Deze activiteit moet gezien worden in het licht van de zozeer gewenste zelfordening. De bewuste eisen vormen geen onderdeel van de wetstekst; wel zou men kunnen overwegen ze te bekrachtigen in bijvoorbeeld een algemene maatregel van bestuur.

CATEGORIEËN

De commissie meent dat aanvulling gewenst is op de door de wetgever reeds onderscheiden groepen voorbehouden handelingen. Zij heeft haar suggesties voor aanvulling geïntegreerd in de door de wetgever genoemde lijst; op basis daarvan stelt zij voor in de Wet BIG de volgende categorieën voorbehouden handelingen op te nemen:

1. het voor geneeskundige doeleinden met een voorwerp in het lichaam binnendringen (voorbeelden: injecties; puncties, catheterisaties; endoscopieën; aspiratie; curettage inclusief abortus; vormen van acupunctuur);
2. verloskundige handelingen;
3. anesthesie;
4. handelingen waarbij radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden worden gebruikt;
5. het voor geneeskundige doeleinden toepassen van fysische agentia in of aan het lichaam, voor zover niet begrepen onder 4 (voorbeelden: defibrilleren, elektroshocktherapie; toediening van ultrageluid, laserlicht of ultraviolet straling; verwarmen of bevriezen van weefsel);
6. het voor geneeskundige doeleinden in het lichaam brengen van chemische agentia, voor zover niet begrepen onder 3 en 4;
7. het voor geneeskundige doeleinden verrichten van bepalingen op uit het lichaam afkomstige materialen (voorbeelden: microbiologische en klinisch-chemische tests op lichaamsvloeistoffen, weefsels, zaad- en eicellen);
8. het geven van erfelijkheidsvoorlichting;
9. de niet-chirurgische behandeling van botbreuken en het aanleggen van gipsverbanden.

De commissie noemt voorts, bij wijze van *pro memorie*: het doen versmelten van zaad- en eicellen langs andere dan natuurlijke weg; het verrichten van bepalingen en ingrepen aan een embryo of een foetus; euthanasie. □

Het advies 'Voorbehouden handelingen in de toepassing van de individuele gezondheidszorg', vervaardigd door de Presidiumcommissie van de Gezondheidsraad (Dr. L. Ginjaar, voorzitter, en Dr. H. Rigter, secretaris), kan bij die raad worden besteld: Postbus 90517, 2509 LM 's-Gravenhage.

Ambulante crisisinterventie in de geestelijke gezondheidszorg

BEREIKBAARHEIDSDIENST

Voordat het (met ingang van 1 april 1983) wettelijk verplicht werd voor RIAGG's gedurende 7x24 uur per week bereikbaar te zijn voor crisisinterventie en acute psychiatrie, in samenwerking met de eerste en de derde lijn, is er door de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in de regio 's-Hertogenbosch jarenlang gepraat om tot een dergelijke samenwerking te komen zonder dat dit enig resultaat opleverde. Na de verplichtstelling is men gewoon begonnen met de ambulante bereikbaarheid. De RIAGG maakte haar erkenningsvoorwaarde waar door de voorwacht te leveren en het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) toonde zich solidair (en investeerde in de samenwerking!) door de psychiater-achterwacht te verzorgen.

Donker schreef over de vele varianten van de 7x24 uursdienst en onderscheidde drie modellen¹. Het derde model betrof een samenwerkingsverband tussen verschillende instellingen; 's-Hertogenbosch is daar een voorbeeld van. Zij merkte ook nog op dat in het algemeen dit model de meeste kans van slagen had: een samenwerkingsverband tussen verschillende instellingen, waarin hulpverleners naast hun normale hulpverlenertaken volgens rooster beschikbaar zijn voor acute hulpverlening; zo heeft onze dienst feitelijk tot 31 december 1986 gefunctioneerd: binnen kantooruren zorgden de bureaudiensten van de diverse RIAGG-bureau's voor de crisisinterventie, buiten kantooruren deed de bereikbaarheidsdienst (BBK) dat. Op enkele regio's (bijvoorbeeld Breda²) na, begonnen de meeste RIAGG's te zelfder tijd met een dergelijke bereikbaarheidsdienst.

Op 1 januari 1987 is een volledig opgetuigde crisisdienst van start gegaan, die gedurende 7x24 uur bereikbaar is en de gehele RIAGG vertegenwoordigt voor crisisgevallen.

Voorwacht

In de eerste jaren van de bereikbaarheidsdienst deed bijna iedere RIAGG-medewerker dienst als voorwacht. Zo kreeg een medewerker die overdag alleen kinderen behandelde, 's avonds bij-

W. J. M. van Hezewijk,
C. Visser en
G. W. M. M. de Wilde

In april 1983 werd de 24-uursbereikbaarheid van de RIAGG's verplicht gesteld. De RIAGG 's-Hertogenbosch en omstreken en het algemeen psychiatrisch ziekenhuis Reinier van Arkel zetten een samenwerkingsproject op om aan deze dienst gestalte te geven. In 1984 en 1985 werd hierover bericht in Medisch Contact. Het project loopt nog steeds. Een verslag van de ontwikkelingen tussen mei 1983 en december 1986.

voorbeeld te maken met psychogeriatrische crisisgevallen. Deze medewerker kon dan een achterwacht consulteren, die echter lang niet altijd een doorgewinterde psychiater was; ook psychiaters in opleiding fungeerden als achterwacht. Desondanks bleek bij een enquête onder de huisartsen van de regio na een jaar³, dat men over het algemeen tevreden was. Maar 37% van de huisartsen – welke overigens 55% van de oproepen voor hun rekening namen – reageerde echter. Slechts 10% van de respondenten vond dat de desbetreffende voorwacht ondeskundig was (37% redelijk en 53% goed). Later is het aantal RIAGG-medewerkers dat als voorwacht dienst deed ingekrompen om tot verbetering van de continuïteit te komen; alleen de SPD-medewerkers en enkele ervaren mensen van andere bureaus fungeerden nog als voorwacht.

Toegankelijkheid

De RIAGG-regio 's-Hertogenbosch (circa 245.000 inwoners), waarin twee psychiatrische ziekenhuizen liggen, maar geen algemeen ziekenhuis met een psychiatrische afdeling (PAAZ), en waarin wel psychiatrische consultatie plaatsvindt op de EHBO van de algemene ziekenhuizen, is in de vier jaar van het project niet veranderd. De bereikbaarheidsdienst buiten kantooruren (BBK) van de RIAGG en de crisisbed-opnameregeling op de opnameafdeling van het

APZ Reinier van Arkel zijn in deze periode niet wezenlijk gewijzigd; een uitgebreide beschrijving hiervan werd gegeven in de hiervoor vermelde artikelen.

De dienst bleef alleen voor (huis)artsen bereikbaar. Hoewel het algemeen maatschappelijk werk (AMW), de politie, de telefonische hulpdienst, de EHBO's, etc. af en toe de toegang claimden, bleef de deur om meerdere redenen voor hen op slot; hierover werd eerder verslag gedaan⁴. Wolf maakt melding van deze beperking voor de regio Groningen⁵. De bereikbaarheidsdienst van het consultatiebureau voor alcohol en drugs (CAD; vanaf 1984 met een eigen voorwacht) is later teruggebracht als gevolg van een kosten-batenanalyse. Er was bijna geen contact met de 24-uursdienst van het AMW. Evenals de telefonische hulpdienst diende deze dienst eerst een huisarts te consulteren, voordat de ambulante GGZ kon worden ingeschakeld. De politie had alleen toegang via de huisarts of de politiearts, in onze regio de dienstdoend arts van de GGD.

Gebruik: getallen

Het gebruik van de bereikbaarheidsdienst bleef, evenals de crisisbed-opnameregeling – zie verderop – gedurende de eerste twee jaren (mei 1983 t/m mei 1985) ongeveer gelijk, nam in 1985 toe en bleef in 1986 ongeveer gelijk aan 1985. In de tabellen 1-5 worden de eerste twee volledige jaren (mei 1983-mei 1984 en mei 1984-mei 1985) vermeld, in analogie met de eerdere publikaties^{3, 6, 7}, waarna de kalenderjaren 1985 en 1986 volgen.

Kenmerkend voor de regionale samenwerking op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg in de regio 's-Hertogenbosch is het opstarten geweest van projecten door de medewerkers 'in het veld'. Een aantal samenwerkingsprojecten functioneert sinds jaren goed onder de RIGG-vlag, althans naar de maatstaven van de betrokkenen.

Het eerste samenwerkingsproject was de bereikbaarheidsdienst buiten kantooruren, waarover wij in dit eerste deel van dit artikel hebben bericht. Het aantal oproepen is in de eerste drie jaren gestegen en in 1986 gestabiliseerd (tabel 1). Al met al is de vrees voor een grote toename van het aantal oproepen niet bewaarheid,

komt de laatste jaren terug onder de noemer 'bed op recept'¹².

Tegelijk met het ontstaan van de 24-uurs-bereikbaarheid van de RIAGG in 1983 werd in de regio 's-Hertogenbosch een crisisbed-opnameregeling geïntroduceerd^{1,2}, waarbij de indicatiestelling door de RIAGG geschiedt. De huisarts kan een beroep doen op de RIAGG, die dan zo nodig bepaalt of een patiënt regulier wordt opgenomen of op een 'eigen' crisisbed terecht komt. De regeling, waarover de betrokkenen in het begin vrij sceptisch waren, heeft nu bijna vijf jaar gefunctioneerd zonder veel grote problemen.

Gebruik

Het gebruik van de voorziening heeft een toename te zien gegeven van het aantal patiënten per jaar (tabel 6), gelijktijdig met de toename van het beroep op de bereikbaarheidsdienst. In 1986 stabiliseerde het aantal patiënten. Ook het gemiddelde aantal crisisdagen nam toe: van 2,7 naar 3,8 dag. Toch kunnen we blijven spreken van een zeer kortdurend gebruik van het crisisbed. Ook zou het kunnen zijn dat er meer tijd werd genomen om met de crisis bezig te zijn; dit leidde echter niet tot een duidelijke verandering in vervolgoplossing (tabel 7).

De aard van de vervolgoplossing (naar huis of vervolgoname in de psychiatrie) bleef gedurende de jaren tamelijk constant, met een kleine tendens naar meer vervolgonames. Dit heeft misschien te maken met de ernstiger pathologie wat de hoofddiagnose betreft (tabel 8). Ook het gemiddeld aantal crisisdagen van de patiënten, die weer naar huis gingen binnen vijf dagen (> 55%!) liep enigszins op (van 3,2 naar 4,3 dag). We kunnen echter van 'zeer kortdurend' blijven spreken. Dit gold uiteraard niet voor de patiënten voor wie een vervolgoname in de psychiatrie noodzakelijk bleek (< 45%), waarbij het gemiddeld aantal dagen op het crisisbed feitelijk irrelevant is. Bij reguliere opnames draagt de verwijzende instantie de patiënt echter definitief over aan de kliniek, die de patiënt meestal eerst 'rustig' een paar weken observeert en screent. Deze werkwijze leidt in het algemeen tot een veel groter percentage patiënten dat langer dan vijf dagen opgenomen blijft. Tevens leek bij de crisisbed-opnameregeling de continuïteit van zorg inderdaad beter te zijn gewaarborgd. De RIAGG bleef tijdens de gehele opnameduur medeverantwoordelijk en nam de nazorg ook automatisch op zich.

Tabel 6. Aantal patiënten dat van de crisisbedregeling gebruik heeft gemaakt, geslachtsverdeling en gemiddeld aantal crisisdagen alvorens een vervolgoplossing werd gevonden.

| | 1983/84 | 1984/85 | 1985 | 1986 |
|---------------------------------|---------|---------|------|------|
| aantal gevallen | 30 | 32 | 46 | 42 |
| mannen | 17 | 16 | 28 | 21 |
| vrouwen | 13 | 16 | 18 | 21 |
| totaal aantal crisisdagen | 80 | 99 | 161 | 159 |
| gemiddeld aantal | 2,7 | 3,1 | 3,5 | 3,8 |

De toegankelijkheid hangt dan niet af van het APZ, maar van de RIAGG. Enerzijds bestond bij het APZ vooraf de vrees dat op die manier misschien patiënten zonder psychiatrische stoornis van de bedden gebruik zouden maken (zwerfers, drugverslaafden, etc.), anderzijds zou het kunnen dat huisartsen de RIAGG-barrière te hinderlijk zouden vinden en patiënten liever rechtstreeks aan het APZ zouden blijven aanbieden, welke mogelijkheid niet werd afgeschaft.

In het eerste jaar bleek dat slechts in beperkte mate (14% van de gevallen) patiënten met alleen psychosociale problematiek – zonder dat een psychiatrische stoornis kon worden vastgesteld – op de noodbedden te komen. Tabel 8 geeft weer hoe dit zich in de volgende jaren ontwikkelde: het aantal gevallen

met psychosociale problematiek zonder dat een psychische stoornis kon worden gediagnostiseerd bleef ongeveer hetzelfde. In deze vier jaar bleken alle patiënten met alleen psychosociale problematiek binnen vijf dagen weer naar huis te gaan, op één uitzondering na (*casus 1*). Uit tabel 8 blijkt verder dat de voorziening nog steeds overwegend wordt gebruikt voor echte psychische stoornissen, waarbij er een verschuiving is te constateren naar meer as I-diagnoses (DSM III).

Getallen

Het gebruik van de crisisbed-opnameregeling bleef in de eerste twee jaar (mei 1983 t/m mei 1985) ongeveer gelijk, overigens net als het gebruik van de bereikbaarheidsdienst, nam in 1985 toe en bleef in 1986 ongeveer gelijk aan 1985. In de volgende tabellen worden de eerste twee volledige jaren (mei 1983 - mei 1984 en mei 1984 - mei 1985) vermeld, in analogie met de eerdere publikaties,^{6,7} waarna de kalenderjaren 1985-1986 volgen.

Casuïstiek

1. De enige psychosociale crisis waarbij geen psychische stoornis kon worden vastgesteld (V-code) en die betrekking had op iemand die niet binnen vijf dagen naar huis ging, betrof een zwakbegaafde jonge vrouw, die uit het Caribisch gebied naar ons land was gestuurd, waar niemand haar wilde opvangen. De

Tabel 7. Aard van de vervolgoplossing en het gemiddeld aantal (crisis)dagen, berekend naar de aard van de oplossing.

| | 1983/84 | | 1984/85 | | 1985 | | 1986 | |
|--|---------|-----|---------|-----|------|-----|------|-----|
| naar huis en ambulante begeleiding | 18 | 60% | 20 | 62% | 25 | 54% | 24 | 57% |
| gemiddeld aantal crisisdagen | 2,3 | | 2,6 | | 3 | | 3,4 | |
| vervolgoname in de psychiatrie | 12 | 40% | 12 | 38% | 21 | 46% | 18 | 43% |
| gemiddeld aantal dagen | 3,2 | | 4 | | 4,1 | | 4,3 | |

Tabel 8. Ernst van de pathologie wat de hoofddiagnose (DSM III) betreft, uitgesplitst naar vervolgoplossing.

| | 1983/84 | | 1984/85 | | 1985 | | 1986 | |
|------------------------------|---------|-----|---------|-----|------|-----|------|-----|
| hoofddiagnose op as I | 13 | 43% | 13 | 41% | 22 | 48% | 26 | 62% |
| naar huis | 5 | 16% | 4 | 13% | 6 | 13% | 12 | 29% |
| vervolgoname | 8 | 27% | 9 | 28% | 16 | 35% | 14 | 33% |
| hoofddiagnose op as II | 13 | 43% | 16 | 50% | 18 | 39% | 14 | 33% |
| naar huis | 9 | 30% | 13 | 41% | 14 | 30% | 10 | 24% |
| vervolgoname | 4 | 13% | 3 | 9% | 4 | 9% | 4 | 9% |
| hoofddiagnose V-code | 4 | 13% | 3 | 9% | 6 | 13% | 2 | 5% |
| naar huis | 4 | 13% | 3 | 9% | 5 | 11% | 2 | 5% |
| vervolgoname | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 2% | 0 | 0% |

De DSM III is gebaseerd op een vijf-assig systeem, waarbij de assen I en II de gehele classificatie van psychische stoornissen omvatten, op as I (klinisch syndroom) of as II (persoonlijkeits- en ontwikkelingsstoornis) moet de hoofddiagnose worden aangegeven. V-codes geven (psychosociale) problematiek aan zonder dat een psychische stoornis kan worden vastgesteld. Bij een as I-diagnose is in onze groep vaak sprake van een psychose of ernstige depressie, bij een as II-diagnose van een neurose of (psychosociale) persoonlijkheidsstoornis.

RIAGG ontfermde zich over haar. Na vijf dagen bleek nog steeds niemand een slaapplek voor haar te hebben, zodat noodgedwongen een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis volgde zonder indicatie. Voorheen werd gevreesd dat deze situatie (zwerfers) zich vaker zou voordoen, hetgeen een ontoelaatbare psychiatrisering tot gevolg zou hebben. Deze vrees is in de praktijk dus *niet* (of nauwelijks) bewaarheid.

2. Een andere angst (van het APZ) was dat men de ambulante dienst (RIAGG) een vrijbrief zou geven om ook patiënten, voor wie het APZ geen verantwoordelijkheid heeft (bijvoorbeeld patiënten van een andere regio) op de 'eigen' crisisbedden op te nemen. Deze angst werd *wel* bewaarheid, maar de gevolgen bleken niet zo vreselijk te zijn. Zo werd eens een ernstig gestoorde vrouw uit het noorden des lands die bij familie op bezoek was op een crisisbed gelegd, waarna in de volgende dagen overname werd gevraagd aan het eigen regionale APZ, waar de patiënt zeer bekend was. Het probleem zou zich dan kunnen voordoen dat dit ziekenhuis overname weigert, omdat de patiënt daar niet in eerste instantie is aangemeld. In de praktijk gebeurt dit niet (of zelden). Eenmaal duurde overplaatsing niet enkele dagen maar enkele weken, waardoor de RIAGG lange tijd een der crisisbedden miste. Hierdoor is men daar voorzichtiger geworden. Een andere keer eiste de familie prolongatie van het verblijf in 's-Hertogenbosch, hetgeen wij zeer vleidend vonden, welk verzoek na een verklarend gesprek echter niet werd gehonoreerd.

BESCHOUWING

In de loop van de jaren zijn uit diverse regio's deputaties, samengesteld uit RIAGG- en APZ-vertegenwoordigers, naar ons experiment komen kijken. Telkens weer bleek in de discussie dat de regeling staat of valt met wederzijds vertrouwen en respect tussen de partners APZ en RIAGG. Onze mening, namelijk dat beide partners voordeel uit de regeling trekken, werd lang niet altijd door de bezoekers gedeeld. Wel dienen ons inziens ook de problemen en strubbelingen voor het voetlicht te worden gebracht. Bij de noodbeddenregeling hebben we te maken met een klinische voorziening. Voorafgaand aan het gebruik hiervan dienen zogenoemde opnamevoorkomende strategieën te zijn toegepast. Het laat zich raden dat bij bepaalde, moeilijke, recidiverende patiënten de kliniek wel

eens denkt dat deze strategieën niet voldoende zijn gebruikt door de RIAGG-medewerkers. Wat ligt meer voor de hand dan te suggereren dat je eigen polikliniek, die feitelijk concurrerend werkt, het beter doet? Toch werd in zo'n geval de afspraak gestand gedaan dat de RIAGG het voortouw houdt. Op deze wijze wordt door de APZ-polikliniek één van haar sterke punten, namelijk het hebben van bedden in de eigen organisatie, ook aan de 'concurrent' gegund. Een onderzoek naar de vraag welke instantie nu eigenlijk het meest opnamevoorkomend werkt, zou in deze context interessant zijn.

De vraag omtrent de verantwoordelijkheid is altijd een teer punt gebleven. Er zijn echter nooit grote problemen uit voortgekomen. Hierover vooral gaat de korte schriftelijke overeenkomst tussen beide instellingen, waarin ook werd vastgelegd dat alles met gesloten beurzen geschiedt. Formeel juridisch bleef de eindverantwoordelijkheid voor het crisisverblijf bij de crisisbed-psychiater van het APZ. In de praktijk werd inderdaad hard gemaakt dat de RIAGG-medewerkers (van diverse pluimage) zowel de opname-indicatie als de ontslagbeslissing voor hun rekening nemen. Feitelijk gebeurde dit altijd na overleg, waarbij lang niet altijd sprake was van consensus. Een calamiteit na een (achteraf bezien) verkeerde beslissing heeft nooit plaatsgevonden, wel een enkele keer een heropname na enkele dagen.

Wat de verslaglegging en de uitschrijfbrief, etc. betreft is overeengekomen dat de RIAGG zich hiermee bemoeit, zodat psychiatrische stigmatisering zoveel mogelijk wordt voorkomen. Dientengevolge beschikt het APZ, naast de gebruikelijke demografische gegevens, over enige somatische gegevens (laboratoriumuitslagen, etc.) en de standaard-consultbrief aan de RIAGG, niet over gegevens betreffende de patiënt. Persoonlijke werk-aantekeningen van de crisisbed-psychiater van het APZ worden buiten beschouwing gelaten, als niet bij het dossier behorend. Wat te doen wanneer bij een calamiteit de inspectie het dossier opvraagt, bijvoorbeeld met de vraag naar het schriftelijk behandelingsplan? Het is nimmer gebeurd. Of de werkwijze (brief door RIAGG) inderdaad minder stigmatisering heeft gegeven, is onduidelijk. Duidelijk is dat patiënten nauwelijks onderscheid maakten tussen een regulier bed en een crisisbed. De enige statistische significante factor bij heropname is volgens de literatuur een eerdere opna-

me¹³. Misschien dat de verwijzend huisarts in contact met de geestelijke gezondheidszorg de eerdere crisisbed-opname minder als een 'echte' opname beschouwt, waardoor toch een heropname voorkomende factor wordt ingebouwd; bewijzen ontbreken.

Al met al is het ons duidelijk geworden dat de kracht van de crisisbed-opnameregeling is gelegen in het na enkele dagen verplicht evalueren en de verplichte continuïteit van zorg, begrippen die in deze 'Dekkeriaanse' jaren ruim de aandacht genieten. □

W. J. M. van Hezewijk is als psychiater verbonden aan het algemeen psychiatrisch ziekenhuis Reinier van Arkel.

C. Visser is psycholoog, verbonden aan de RIAGG 's-Hertogenbosch en omstreken.

G. W. M. de Wilde is psycholoog, verbonden aan de RIAGG.

Literatuur

1. Donker MCH. De vele varianten van de 7x24 uren dienst. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1982; 5: 513-20.
2. Osselaar-Schouterden H van. Tien jaar 24 uren bereikbaarheid in Breda. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1984; 9: 912-29.
3. Freriks GEM, Hezewijk WJM van, Sloot LM. Ambulante crisisinterventie: de 24 uren bereikbaarheid. Medisch Contact 1985; 40: 353-6.
4. Hezewijk WJM van. Reactie op Van Osselaar-Schouterden. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1985; 40: 167-70.
5. Wolf J. De 7x24 uren bereikbaarheid van de RIAGG: vangnet of bezemwagen. Marge 1985; 4: 195-200.
6. Hezewijk WJM van. Ambulante crisisinterventie 1. Medisch Contact 1984; 39: 371-2.
7. Hezewijk WJM van. Ambulante crisisinterventie 2. Medisch Contact 1984; 39: 1180-2.
8. Jenner JA. De psychiatrische opname als fenomeen. Medisch Contact 1985; 40: 663-5.
9. Cox J, Roosenschoon BJ. Belangrijke taak voor case management bij oplossing doorstroomproblematiek. Het Ziekenhuis 1986; 4: 112-5.
10. Touw Y. Literatuuroverzicht crisisinterventie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1977; 32: 314-25.
11. Leeuwen AMH van. Kort en krachtig? Academisch proefschrift. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1978.
12. Veldhuizen J van. Bed op recept. GGZ Gazet 1985; 6: 16.
13. Mendel WM, Rapoport S. Determinants of the decision for psychiatric hospitalization. Arch Gen Psychiatr 1969; 20: 321-8.

Surmenage in een huisartspraktijk

Over de wanverhouding tussen psychische belasting en belastbaarheid

Het begrip 'overspanning' (huisartsen spreken vaak van 'surmenage') wordt in verband gebracht met een wanverhouding tussen psychische 'belasting' en 'belastbaarheid'¹. 'De mens is voortdurend belast met het zoeken naar een compromis tussen ten eerste de bevrediging van zijn behoeften, verlangens en idealen, ten tweede de eisen en grenzen die de buitenwereld stelt en ten derde de beperkingen en normen die hij zelf met zich meedraagt'².

Voor de meeste mensen is het leven niet alleen een genoegen, maar vaak ook een opgave. Allerlei gebeurtenissen en omstandigheden vereisen steeds weer een aanpassing, die de nodige inspanning vergt. Bij een dreigend te kort schieten van de vaardigheden en hulpbronnen om de vereiste aanpassingen tot stand te brengen, ontstaan onlustgevoelens die aansporen alle mogelijke moeite te doen om het psychisch evenwicht te bewaren. Indien dit mislukt kan een psychische decompensatie ontstaan³.

We spreken van surmenage (overspanning) bij een (sub)acute psychische decompensatie ten gevolge van psychosociale overbelasting bij personen die tevoren 'normaal' functioneerden⁴.

In dit artikel worden 92 patiënten met surmenage in een huisartspraktijk beschreven met speciale aandacht voor de incidentie, patiëntenkenmerken, het klachtenpatroon, oorzakelijke factoren, het beleid en de prognose.

METHODE

Het onderzoek heeft betrekking op de surmenagepatiënten (N=106) die in één jaar (1984) in de huisartspraktijk van de auteur werden gesignaleerd. Voor het stellen van de diagnose 'surmenage' is gebruik gemaakt van dezelfde criteria die bij een eerder onderzoek zijn toegepast⁴, te weten:

1. Bij de klachten staan psychische en lichamelijke verschijnselen van uitputting en spanning op de voorgrond.
2. De klachten geven aanleiding tot psychosociaal dysfunctioneren.
3. Het syndroom is (sub)acut en bestaat hooguit twee maanden.

B. Terluin

Een wanverhouding tussen psychische belasting en belastbaarheid kan leiden tot een (sub)acute psychische decompensatie ('overspanning' of 'surmenage') bij mensen die tevoren normaal functioneerden. B. Terluin, huisarts te Almere, geeft een beschrijving van 92 patiënten met surmenage die in één jaar in een huisartspraktijk werden gezien.

4. Er is een relatie met herkenbare psychosociale overbelasting.

5. Voor het ontstaan van de klachten was er sprake van 'normaal' persoonlijk en maatschappelijk functioneren bij de patiënt.

6. Afwezigheid van 'echte' psychiatrische ziekte.

7. Afwezigheid van een lichamelijke aandoening die de klachten en/of het dysfunctioneren geheel of grotendeels kan verklaren.

Ruim een jaar na het eerste contact volgens surmenage werden retrospectief aan de hand van de betreffende dossiers verschillende gegevens verzameld over de patiënten, hun klachten en de oorzaken ervan, de behandeling, de duur van het ziekteverzuim en de presentatie van psychosociale problematiek na de surmenage-episode.

Twaalf patiënten bleken de praktijk te hebben verlaten, elf door verhuizing; van hen is alleen leeftijd en geslacht bekend. Bij dertig van de overige patiënten bleek het dossier geen nauwkeurige aantekening te bevatten van de duur van het ziekteverzuim. Dit gegeven werd bij de betrokken patiënten schriftelijk (27×) of telefonisch (3×) nagevraagd. Van twee patiënten werd geen antwoord verkregen. Om een indruk te krijgen over de betrouwbaarheid van de opgave van de patiënten werd aan 21 patiënten van wie de verzuimduur nauwkeurig bekend was uit het dossier een eigen opgave van de verzuimduur gevraagd. Het bleek dat in

vijf gevallen de opgave van de patiënt afweek van de registratie in het dossier; drie keer werd een korter verzuim opgegeven, twee keer een langer; de afwijkingen bedroegen niet meer dan één klasse. Als maat voor de samenhang tussen de opgave van de patiënten en de registratie in het dossier werd de Spearman-rangcorrelatiecoëfficiënt berekend; deze bedroeg 0,95. De opgave van de patiënten bleek dus redelijk betrouwbaar. Overigens werd bij discrepantie tussen de dossiergegevens en de eigen opgave de laatste genegeerd.

In december 1984 werd via de geautomatiseerde administratie een telling uitgevoerd van de manlijke respectievelijk vrouwelijke praktijkpopulatie van 15-24 jaar, 25-44 jaar, respectievelijk 45-64 jaar. Voor het berekenen van de incidentie is gebruik gemaakt van de gegevens van alle 106 patiënten. Voor het overige heeft het onderzoek betrekking op 92 patiënten van wie alle onderzochte gegevens bekend waren.

RESULTATEN

Incidentie

In 1984 werden 106 patiënten met surmenage geregistreerd op een totale praktijkpopulatie van 2.139 zielen. Tabel 1 toont de incidentie per geslacht en per standaardleeftijdscategorie.

Patiëntenkenmerken

De 92 onderzochte patiënten varieerden in leeftijd van 20 tot 58 jaar. De geslachts/leeftijdverdeling is weergegeven in figuur 1.

Negentig patiënten woonden zelfstandig; slechts twee waren inwonend bij hun ouders. De meeste patiënten (92%) woonden samen met een vaste partner; 64% van de vrouwen en 71% van de mannen had één of meer tot hun huishouding behorende kinderen.

Alle mannen en 59% van de vrouwen hadden een baan. Geen van de patiënten genoot een sociale uitkering. Tabel 2 toont het beroepsniveau van de patiënten.

Klachtenpatroon

Tabel 3 laat de vijftien meest voorkomende klachten van de surmenagepatiënten zien. De meeste klachten zijn in vier categorieën onder te brengen:

1. Neurasthene klachten: moeheid, lusteloosheid, energieverlies, concentratiezwakte en verlies van interesse. Deze klachten waren bij praktisch iedereen aanwezig. Bij deze klachten hoort ook het verschijnsel van een toegenomen behoefte aan slaap, een verschijnsel dat overgaat in slaapstoornissen als spanningsklachten het beeld gaan overheersen.

2. Hyperesthetisch-emotionele klachten: emotionele labiliteit, huilbuien, schrikachtigheid, prikkelbaarheid en agressiviteit.

3. Psychische spanningsklachten: nervositeit, een onrustig of gejaagd gevoel, slecht slapen.

4. Functionele lichamelijke klachten: hoofdpijn, duizeligheid, rugpijn, maagklachten, pijn op de borst, benauwdheid en pijn in nek/schouders/armen.

Een beperkt aantal patiënten verwoordde de depressieve gevoelens: down zijn, in de put zitten, er geen gat meer in zien, piekeren. Verschijnselen van een 'echt' depressief syndroom, zoals hopeloosheid, perspectiefverlies, schuldgevoelens, suïcidaliteit en een negatief zelfbeeld, stonden hierbij niet op de voorgrond.

Negen patiënten hadden verschijnselen van een hyperventilatiesyndroom; bij zeven van hen was dit nieuw ontstaan, terwijl dit bij twee patiënten reeds voor de surmenage bekend was.

Oorzakelijke factoren

De psychosociale overbelasting was vaak het gevolg van een samenloop van verschillende omstandigheden en gebeurtenissen, die aanleiding had gegeven tot een toename van de 'belasting', soms tot een afname van de 'belastbaarheid'.

Tabel 4 geeft een overzicht van de verschillende omstandigheden, gebeurtenissen en problemen die bij het ontstaan van surmenage in de onderzochte groep patiënten een rol speelden. Op de eerste plaats bleek de categorie 'te veel verplichtingen' te komen. Het ging hierbij niet alleen om 'verplichte' verplichtingen, zoals overwerk, maar ook om 'vrijwillige' verplichtingen, zoals verenigingswerk. De categorie 'problemen' kwam op de tweede plaats. Verhoudings-

Tabel 1. Incidentie van surmenage naar geslacht en leeftijd (N=106).

| leeftijd | geslacht | | totaal |
|------------|----------|----|--------|
| | V | M | |
| 15-24 jaar | 88 | 67 | 79 |
| 25-44 jaar | 84 | 74 | 79 |
| 45-64 jaar | 24 | 59 | 41 |
| 15-64 jaar | 74 | 70 | 72 |

Tabel 2. Beroepsniveau en geslacht van 92 patiënten met surmenage; aantallen.

| beroepsniveau | geslacht | |
|--------------------------------|----------|----|
| | V | M |
| hoger en academisch geschoold | 1 | 9 |
| middelbaar geschoold | 8 | 19 |
| ongeschoold en lager geschoold | 17 | 20 |
| huisvrouw | 18 | — |

Tabel 3. De klachten-topvijftien bij 92 patiënten met surmenage; aantallen.

| | |
|---|----|
| 1. moeheid/lusteloosheid | 76 |
| 2. nervositeit/gespannenheid/overspannen gevoel | 43 |
| 3. hoofdpijn | 26 |
| 4. prikkelbaarheid | 20 |
| 5. duizeligheid/collapsneiging | 18 |
| 6. rugpijn | 17 |
| 7. slecht slapen | 16 |
| 8. huilen | 15 |
| 9. maagklachten/misselijkheid | 11 |
| 10. pijn/steken in de borst | 11 |
| 11. een grote behoefte aan slaap | 10 |
| 12. zich beroerd voelen | 7 |
| 13. benauwdheid/beklemming op de borst | 6 |
| 14. pijn in nek, schouder(s) en/of arm(en) | 6 |
| 15. depressief | 5 |

Tabel 4. Oorzakelijke factoren van surmenage bij 92 patiënten; aantallen.

| | V (N=44) | M (N=48) | totaal (N=92) |
|---------------------------------|-------------|-------------|------------------|
| te veel verplichtingen | 25 | 34 | 59 |
| levensgebeurtenissen | 27 | 25 | 52 |
| — eigen ziekte/operatie | 2 | 0 | 2 |
| — ziekte/dood in omgeving | 12 | 10 | 22 |
| — recente traumatische ervaring | 1 | 2 | 3 |
| — veranderingen in gezin/werk | 17 | 19 | 36 |
| problemen | 26 | 30 | 56 |
| — persoonlijke problemen | 4 | 3 | 7 |
| — interrelationele problemen | 16 | 9 | 25 |
| — werkproblemen | 7 | 24 | 31 |
| — andere problemen | 5 | 3 | 8 |
| verminderde 'belastbaarheid' | 11 | 14 | 25 |

gewijs hadden de mannen meer werkproblemen en de vrouwen meer interactionele problemen. De categorie 'levensgebeurtenissen' kwam als oorzakelijke factor op de derde plaats. Bij 25 patiënten leek een verminderde 'belastbaarheid' mede een rol te spelen; het betrof in 17

gevallen een (meestal virale) infectieziekte, driemaal de menopauze, tweemaal de aanwezigheid van zwangerschap, tweemaal het puerperium, en een lichamelijke handicap, lage rugklachten en overmatig alcoholgebruik elk éénmaal.

Beleid

De behandeling bestond uit:

- Het verklaren van de klachten als een gevolg van 'overbelasting'.
- Het voorschrijven van (relatieve) 'rust'. De meeste patiënten met een baan moesten zich ziek melden; slechts vijf patiënten konden blijven doorwerken.
- Bespreking van de omstandigheden die tot de surmenage hadden geleid en van de beleving van het 'overspannen' zijn. Dit gebeurde meestal tijdens herhalingscontacten van 10-20 minuten. Vijftien patiënten (zes vrouwen en negen mannen) hebben een uitgebreidere gespreksbehandeling gekregen.
- Medicamenteuze ondersteuning. Negentien patiënten (zes vrouwen en dertien mannen) kregen medicatie (benzodiazepines, analgetica en maagmiddelen) voorgeschreven.
- Begeleiding van de werkhervatting.

Het gepleegde aanvullende onderzoek en de verwijzingen werden samengevat in tabel 5. Bij 62 patiënten was geen aanvullend onderzoek of verwijzing nodig.

Prognose

Ziekteverzuim. De duur van het ziekteverzuim werd geoperationaliseerd als de periode waarover de betrokkene een uitkering krachtens de Ziektewet had genomen. Deze periode is dus inclusief een eventuele periode van gedeeltelijke werkhervatting. Het ziekteverzuim van de 74 patiënten met een baan wordt weergegeven in tabel 6. Voor vier vrouwen eindigde deze periode met het nemen van ontslag; bij drie van hen na 9-12 weken, bij een na 7 maanden. Van de 65 patiënten die hun werk verzuimden en later hervatten was 45% binnen zes weken weer volledig aan het werk; na twaalf weken was 82% weer aan de slag. De overigen hadden binnen een half jaar hun werk hervat, uitgezonderd één vrouw die na een jaar weer aan het werk ging.

Aan de hand van de verdeling van de patiënten over de verzuimklassen 0-6 weken, 7-12 weken en langer dan 12 weken werd de samenhang van de duur van het ziekteverzuim met enkele variabelen

onderzocht. Een mogelijke samenhang werd getoetst met de 1-toets. De duur van het ziekteverzuim bleek niet samen te hangen met het geslacht, de leeftijd, het al of niet hebben van kinderen, het beroepsniveau en de verzekeringsvorm. Patiënten bij wie problemen een rol speelden in het ontstaan van surmenage hadden de neiging langer te verzuimen dan patiënten zonder problemen (statistisch niet significant). Hetzelfde gold voor patiënten bij wie aanvullend onderzoek was verricht. De verzuimduur vertoonde een statistisch significant verband ($p < 0,05$) met de factoren 'gesprekken' en 'verwijzing', maar niet met 'medicatie' (zie figuur 2).

Follow-up. Aan de hand van gegevens opgetekend in het dossier werd een jaar na het eerste contact wegens surmenage nagegaan hoe het de patiënten in psychosociaal opzicht was vergaan. Daarbij werden vijf beloopsvormen onderscheiden die elkaar op hiërarchische wijze uitsluiten:

- neurotische ontwikkeling. Hiervan spreekt de auteur als een patiënt min of meer chronische (psychische en/of psychosomatische) klachten had gepresenteerd in het betreffende jaar, waarbij de klachten interfereerden met het sociale functioneren. Dit werd bij drie vrouwen gevonden. Een 30-jarige vrouw had chronische hoofdpijn- en hyperventilatieklachten. Een 44-jarige vrouw hield na een recidief surmenage chronische nek-schoudermyalgieën met een sterke neiging tot somatische fixatie. Een 25-jarige vrouw had een agorafobie ontwikkeld. Deze patiënten leken niet in staat hun levensproblematiek op een adequate wijze op te lossen, terwijl hun klachten een functie kregen in het vermijden van de problemen.

– recidief surmenage. Hiervan werd gesproken bij het optreden van een nieuwe surmenage-episode na een klachtenvrij interval waarin de patiënt normaal had gefunctioneerd. Dit werd gevonden bij dertien patiënten (zes vrouwen en zeven mannen).

– spanningsklachten. Hiervan werd gesproken bij het presenteren van psychische en/of psychosomatische klachten in samenhang met psychosociale stress, waarbij het sociale functioneren niet (noemenswaardig) was gestoord. Dit werd gevonden bij negentien patiënten (tien vrouwen en negen mannen).

– problemen. Hiervan werd gesproken als een patiënt enkel problemen bij de huisarts ter sprake had gebracht terwijl er geen (noemenswaardige) psychische/psychosomatische klachten aanwezig waren en het sociale functioneren ongestoord was. Dit was bij twee vrouwen het geval; beiden presenteerden relatieproblemen.

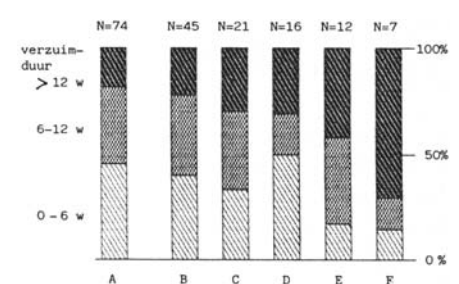
– geen bijzonderheden. Hiervan werd gesproken als er geen criteria aanwezig waren voor een van de bovengenoemde beloopsvormen. Dit was het geval bij 55 patiënten.

Aan de hand van de verdeling van de patiënten over de verschillende beloopsvormen werd de samenhang van het beloop met een aantal variabelen onderzocht. Een mogelijke samenhang werd getoetst met de 1-toets. Het beloop bleek niet samen te hangen met het geslacht, de leeftijd, het al of niet hebben van kinderen, het beroepsniveau en de verzekeringsvorm. Het beloop was statistisch significant ($p < 0,05$) ongunstiger bij patiënten bij wie 'levensgebeurtenissen', in het bijzonder 'veranderingen in gezin of werk', een rol speelden bij het ontstaan van surmenage (figuur 3). Patiënten bij wie 'interactionele problemen' een rol speelden bleken in het follow-upjaar meer 'spanningsklachten' te presenteren. Het beloop was eveneens ongunstiger bij patiënten met 'aanvullend onderzoek' en/of 'medicatie' en/of 'gesprekken' en/of 'verwijzing'. Het beloop hing niet samen met de duur van het ziekteverzuim.

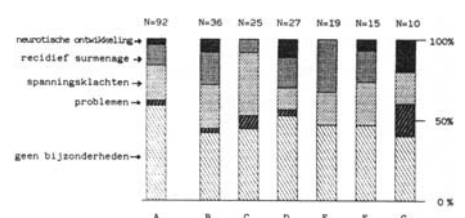
Figuur 1. Leeftijd/geslachtsverdeling van 92 patiënten met surmenage; aantallen per leeftijdscategorie.

| MANNEN | leeftijd | VROUWEN |
|--------|-----------------|---------|
| 0 | 60-64 | 0 |
| 1 | x 55-59 | 1 |
| 1 | x 50-54 | 1 |
| 5 | xxxxx 45-49 | 1 |
| 3 | xxx 40-44 | 2 |
| 10 | xxxxxxxxx 35-39 | 5 |
| 10 | xxxxxxxxx 30-34 | 9 |
| 10 | xxxxxxxxx 25-29 | 16 |
| 8 | xxxxxxx 20-24 | 9 |
| 0 | 15-19 | 0 |
| 48 | totaal | 44 |

Figuur 2. Procentuele verdeling van de duur van het ziekteverzuim bij alle 74 patiënten met een baan (A) en bij de subgroepen B: patiënten met problemen, C: patiënten bij wie aanvullend onderzoek is verricht, D: patiënten aan wie medicatie is gegeven, E: patiënten die gesprekken hebben gehad, en F: verwezen patiënten.



Figuur 3. Procentuele verdeling van de verschillende beloopsvormen (zie tekst) in het jaar na het eerste contact wegens surmenage bij alle 92 patiënten (A) en bij de subgroepen B: patiënten met veranderingen in de werk- en/of gezinssituatie, C: patiënten met interactionele problemen, D: patiënten bij wie aanvullend onderzoek is verricht, E: patiënten aan wie medicatie is gegeven, F: patiënten die gesprekken hebben gehad, en G: verwezen patiënten.



Tabel 5. Aanvullend onderzoek en verwijzingen bij 92 patiënten met surmenage; aantallen.

| AANVULLEND ONDERZOEK | |
|-------------------------------|----|
| – laboratorium | 26 |
| – röntgenonderzoek | 3 |
| – ECG | 3 |
| – totaal aanvullend onderzoek | 27 |
| VERWIJZINGEN | |
| – maatschappelijk werkende | 4 |
| – RIAGG/psycholoog | 4 |
| – fysiotherapeut | 3 |
| – medisch specialist | 1 |
| – totaal verwijzingen | 10 |

* Inclusief eigen laboratorium.

Tabel 6. De duur van het ziekteverzuim bij 74 patiënten met surmenage, naar geslacht; aantallen.

| ziekteverzuim (in weken) | V | M | totaal |
|--------------------------|---|---|--------|
| 0 | 2 | 3 | 5 |
| 1-2 | 0 | 4 | 4 |
| 3-4 | 3 | 8 | 11 |
| 5-6 | 5 | 9 | 14 |
| 7-8 | 1 | 9 | 10 |
| 9-12 | 9 | 8 | 17 |
| > 12 | 6 | 7 | 13 |

der is het bij het ontbreken van gevalideerde diagnostische criteria voor surmenage enigszins onduidelijk wat voor patiënten nu precies onderzocht zijn. Door het expliciteren van de gebruikte criteria is getracht zoveel mogelijk duidelijkheid hierover te verschaffen⁴. Vele gegevens zijn nogal 'zacht' en juist dan kan de onderzoeker (ongewild) grote invloed uitoefenen op de gegevens die op tafel komen, bijvoorbeeld ten aanzien van het klachtenpatroon. De klachten van een individuele patiënt die de onderzoeker (als huisarts) heeft opgetekend, vormen zijn vertaling van allerlei vage, subjectieve, meerduidige gewaarwordingen waarover de patiënt hem vertelde. Naderhand bij het rubriceren van de klachten van alle patiënten worden klachten die volgens de onderzoeker bij elkaar horen samengevoegd tot categorieën. Zo is het 'klachtenpatroon' niet meer dan een afspiegeling van wat de patiënten ervoeren.

Het beeld van surmenage dat in dit artikel is geschetst is dus in enige mate persoonlijk gekleurd. Surmenage werd gezien bij zowel vrouwen als mannen, vooral in de jong-volwassen leeftijd. Het betrof voornamelijk mensen die zelfstandig woonden, een partner en vaak ook kinderen en een baan hadden. Veel patiënten bevonden zich in de fase waarin men bezig is een eigen leven (gezin, werk, sociaal netwerk) op te bouwen – een fase waarin men veel problemen kan ontmoeten, terwijl de levenservaring nog beperkt is; dat juist in die levensfase de verhouding tussen draaglast en draagkracht verstoord kan raken is begrijpelijk.

Het klinisch beeld werd beheerst door neurasthene, hyperesthetisch-emotionele en functioneel lichamelijke klachten, alsmede psychische spanningsklachten. Het hyperventilatiesyndroom kwam daarbij niet vaak voor.

De overall-incidentie bedroeg 50 per 1.000 zielen; dit getal is wat hoger dan de opgave van Lamberts⁵, met gemiddeld 32 gevallen van 'surmenage/neurasthenie' per 1.000 per jaar, en dan de opgave van Kocken⁶, met 54 gevallen van het 'hyperesthetisch-emotioneel syndroom' per 1.000 per twee jaar.

Overbelasting in de zin van 'te veel verplichtingen' werd als belangrijkste oorzakelijke factor gesignaleerd. Daarnaast speelden ook problemen en levensgebeurtenissen een rol. Dit laatste komt overeen met de bevindingen van Lamberts die vond dat psychologische en so-

NIET ROKEN

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

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

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

ciala problemen relatief vaak werden gecodeerd bij 'surmenage/neurasthenie'⁵. De prognose van surmenage lijkt overeenkomstig eerdere bevindingen gunstig⁴; ruim 80% van de patiënten was binnen drie maanden weer aan het werk. De verzuimduur bleek samen te hangen met de behandelingsfactoren 'gesprekken' en 'verwijzing'. Een voor de hand liggende verklaring is dat de indicatie voor gesprekken en/of verwijzing vaak (mede) was gelegen in een geprotraheerd verloop van de klachten. Ondanks dat medicatie vermoedelijk werd gegeven bij ernstiger klachten en/of aan patiënten die hun problematiek minder goed aankonden hing medicatie niet duidelijk samen met een langer ziekteverzuim. Voor het overige werden er geen kenmerken gevonden die een duidelijke samenhang met de duur van het ziekteverzuim vertoonden. Dit is in overeenstemming met mijn ervaring, dat het in het begin van een surmenage-episode erg moeilijk is de duur van het ziekteverzuim te voorspellen. Het beloop in de eerste drie tot zes weken lijkt daarentegen meer houvast te bieden: patiënten die dan nog nauwelijks verbetering tonen verzuimen langer dan patiënten die in de eerste weken al direct beginnen op te knappen.

Follow-up tot een jaar na het eerste contact wegens surmenage bracht aan het licht dat zich bij 15% een recidief voerde; bij 3% was er sprake van een 'neurotische ontwikkeling'. Nog eens 21% had 'spanningsklachten' gepresenteerd. Bij patiënten bij wie veranderingen in de leefsituatie een belangrijke rol hadden gespeeld in het ontstaan van hun surmenage hadden de ontwikkelingen een ongunstiger beloop. Mogelijk bleef de moeilijkheid die deze mensen ondervon-

den met de aanpassing aan die veranderingen gedurende langere tijd bestaan. Interactionele problemen die (mede) aanleiding hadden gegeven tot het ontstaan van surmenage waren voor de betreffende patiënten mogelijk niet gemakkelijk op te lossen, getuige het frequente presenteren van 'spanningsklachten' in het follow-upjaar. De factoren 'aanvullend onderzoek', 'medicatie', 'gesprekken' en/of 'verwijzing' voorspelden een ongunstiger beloop. Al met al kunnen deze bevindingen erop wijzen dat het beloop na surmenage werd beïnvloed door de aard en ernst van de problematiek, alsmede door de persoonlijke mogelijkheden van de patiënt om zijn moeilijkheden te hanteren. □

Met dank aan Prof. Dr. K. Gill voor zijn kritisch commentaar op het manuscript.

Literatuur

1. Kraft ThB. Overspanning. Haarlem: De Erven Bohn, 1972.
2. Boeke PE. Ik houd van belasting, als die niet te hoog is (Byron). Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 1645-8.
3. Jongerius JAC. Decompensatie. Draaglast en draagkracht in relatie tot decompensatie bij het neurasthen syndroom. Dissertatie. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
4. Terluin B. Surmenage in een huisartspraktijk. Een explorerend onderzoek. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 261-4.
5. Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
6. Kocken ThJ. Psychische stoornissen in een huisartspraktijk. Dissertatie. Helmond: Wibro, 1984.

Het herstellingsoord: indicaties en werkwijze

Hoewel het er in eerste instantie naar uitzag dat alle herstellingsoorden zouden worden gesloten, is het inmiddels zeker dat politieke besluitvorming er toe heeft geleid dat minimaal de helft van het aantal instellingen gehandhaafd blijft. Tijd voor een pas op de plaats, in een periode waarin alle aandacht is gericht op de beleidsmatige implicaties van inpassing van de herstellingsoorden in het circuit van de geestelijke gezondheidszorg.

In dit artikel willen we de aandacht juist richten op de *praktijksituatie* en verwijzers (vaak huisartsen) enkele handvaten bieden bij de indicatiestelling voor een herstellingsoordopname.

Voor een algemene beschrijving van het herstellingsoordwerk verwijzen wij naar een publikatie van Van Lieshout en Breemer ter Stege¹, voor een typering van de cliëntenpopulatie naar Jansen en Dingemans², terwijl over effectonderzoek onlangs is gerapporteerd door Broekman en Dassen³.

Wij schetsen hier allereerst kort een aantal karakteristieken van de werksort, waarna ter illustratie twee casussen worden gepresenteerd. Dit met het doel om juist voor de praktisch werkzame (huis-)arts te concretiseren in welke situatie hij een verwijzing naar een herstellingsoord kan overwegen. Hoewel de herstellingsoorden inmiddels een gemeenschappelijk functiemodel hebben onderschreven, gaan wij bij onze beschrijving uit van de beleidsvisie van de instelling waarvoor wij zelf werkzaam zijn: 'Mens en Samenleving' te Lunteren.

KENMERKEN

1. De hulpverlening is kortdurend en gericht op een zo snel mogelijke terugkeer in de thuissituatie.

De opnameperiode ligt in principe tussen 6 en 12 weken. Zodra aan de voorwaarden voor het kunnen volgen van ambulante hulpverlening is voldaan, is intramurale hulp niet langer geïndiceerd.

2. De hulpverlening is gebaseerd op pragmatische overwegingen.

Er wordt getracht aan verschillende (klinisch-psychologische theorieën waardevolle elementen te onttelen, waarbij de vraag centraal staat welk element bij welke problemen/klachten het meest effectief is. In onze instelling wordt vooral vanuit een directief en gedragstherapeutisch kader gewerkt.

Drs. A. Jansen en
Drs. R. O. van Heukelom

Hoe het herstellingsoordwerk zich in het komende decennium zal ontwikkelen is afhankelijk van vele factoren. Dat de reeds zo lang bestaande onduidelijkheid omtrent de taakstelling van het herstellingsoordwerk door de organisatorische inpassing in de geestelijke gezondheidszorg voorbij is, wordt toegelicht door Drs. A. Jansen, klinisch psycholoog en Drs. R. O. van Heukelom, arts, beiden als respectievelijk directeur-coördinator en medisch adviseur/behandelend arts verbonden aan het herstellingsoord 'Mens en Samenleving' te Lunteren.

3. De hulpverlening is toegankelijk en geschikt voor sociaal kansarmen.

Een herstellingsoordopname, met een concrete en pragmatische aanpak biedt perspectieven voor hulpvragers uit de zogenoemde sociaal kansarme groepen die sterk gerepresenteerd blijken in de cliëntenpopulatie.

4. Bij de hulpverlening ligt het hoofdaccent op de klachten.

Hoewel het onverantwoord is om klachten gescheiden te zien van daarmee verband houdende problemen, dwingen de beperkte opnametermijn, de dominerende cliëntenkenmerken en de taakstelling van het herstellingsoord ons tot een keuze waarbij het hoofdaccent op de aanpak van de klachten ligt.

5. De hulpverlening is ingekaderd in een helder en stimulerend programma.

Het programma-aanbod dient qua samenstelling en structuur zodanig te zijn, dat het in principe voor iedere cliënt duidelijk is hoe en waarom de voor hem essentiële onderdelen aan te wenden ter realisering van de gestelde opnamedoelen.

6. Het herstellingsoord is een kleinschalige voorziening.

Herstellingsoorden zijn relatief kleinschalige voorzieningen waarin de cliënt niet anoniem opgaat in een veelheid van afspraken, disciplines en overlegsituaties.

De organisatiestructuur is weinig hiërarchisch, de communicatielijnen zijn kort, zodat snel en flexibel op wisselende hulpvragen kan worden ingespeeld.

7. Het herstellingsoord is nauw ingebed in het stelsel van aanverwante voorzieningen.

Er wordt getracht de intake-procedure zo kort mogelijk te houden en veel opnames worden in nauw overleg met de verwijzende instanties van te voren inhoudelijk voorbereid. Het ontslagrapport is binnen een week na ontslag in het bezit van de betrokken nazorgfunctionarissen en geeft de bouwstenen waarop verdere hulpverlening kan worden afgestemd.

8. Een herstellingsoordopname is voor de gebruiker relatief aantrekkelijk.

Aan een opname in een herstellingsoord zijn minder ongewenste neveneffecten verbonden, bijvoorbeeld stigmatisering als psychiatrisch patiënt, dan aan een opname in veel bestaande voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg.

CASUS

Casus 1

Mevrouw B is 44 jaar, gehuwd en heeft drie opgroeiende kinderen, een dochter van 17 jaar en twee zoons van respectievelijk 14 en 10 jaar. Haar echtgenoot is drie jaar geleden wegens een hernia nuclei pulposi afgekeurd als metaalarbeider, sindsdien gaat hij zich regelmatig te buiten aan alcohol.

Door het overlijden van haar moeder, enige maanden geleden, worden traumatische jeugdervaringen van mevrouw B weer pijnlijk actueel. (Zij werd vroeger door haar vader vaak mishandeld, terwijl haar moeder lijdzaam toekeek.) Zij ontwikkelt hardnekkige slaapstoornissen en wordt toenemend angstig. Wegens 'migraine' en buikklachten bezoekt zij steeds vaker haar huisarts, die haar klachten aan de gespannen gezinssituatie wijkt. De conflicten thuis nemen in hevigheid toe en de relatie tussen vader en dochter is rondt slecht. De afgelopen weken houdt mevrouw B, zodra de kinderen naar school zijn, het bed. Zij isoleert zich steeds meer en vermagert sterk. Haar man begint zich ernstig ongerust te maken en dringt aan op een specialistisch onderzoek in het ziekenhuis. Een verwijzing van de huisarts naar de internist in verband met de buikklachten en de sterke vermagering brengt, behoudens aanwijzingen voor een spastisch colon, geen afwijkingen aan het licht.

Gealarmeerd door twee nachtelijke visites van zijn waarnemers in verband met hyperventilatie-aanvallen van mevrouw B, besluit de huisarts de RIAGG in te schakelen. Na een intake wordt aldaar een behandeling van het gehele

gezinssysteem voorgesteld. De heer B vindt dit onzin en blokkeert de begeleiding. De derde keer komt hij 'onder invloed' en is niet meer te motiveren met de gesprekken door te gaan. Als de huisarts tenslotte een opname in een herstellingsoord voorstelt, gaat mevrouw B akkoord. Haar man 'tolereert' de opname, maar verwacht er weinig heil van.

De opname in het herstellingsoord zorgt ervoor dat er 'stoom van de ketel' kan worden gehaald. De eerste weken krijgt mevrouw B via een gestructureerd dagprogramma weer regelmaat in haar leven. Zij wordt zoveel mogelijk geactiveerd en gestimuleerd om aan allerlei sportieve activiteiten mee te doen. Daarnaast zorgen ondersteunende gesprekken en een regelmatig voedingspatroon ervoor dat zij haar lichamelijke en psychische draagkracht herwint. Ook haar gestoorde dag- en nachtritme wordt weer hersteld. Met gerichte instructies en ademhalingsoefeningen leert zij haar hyperventilatieklachten onder controle te krijgen. De 'migraine' blijkt spiercontractiehoofdpijn te zijn en de geleerde ontspanningsoefeningen helpen haar daarbij redelijk. Tijdens de individuele gesprekken wordt haar functioneren thuis aan de orde gesteld en krijgt zij meer zicht op haar vermijdingsgedrag en de invloed daarop van de onverwerkte jeugdivaringen (onder andere door het bijhouden en frequent bespreken van een dagboek).

Al snel kan zij deelnemen aan de training sociale vaardigheden, waardoor zij beter met haar negatieve gevoelens leert omgaan en wat meer zelfwaardering ontwikkelt. Met behulp van de creatieve therapie leert zij haar gevoelens duidelijker 'buiten zichzelf' te plaatsen. Ook in de thuissituatie is de spanning merkbaar minder en lijkt men meer inzicht in de onderlinge rolverhoudingen te krijgen. Even dreigt er een kink in de kabel te komen als de heer B na drie weken bij de huisarts 'eist' dat zijn vrouw thuis moet komen. Na overleg met ons weet de huisarts hem zover te krijgen dat hij voor een aantal echtpaargesprekken enige keren naar het herstellingsoord komt. Tijdens deze gesprekken blijken er nog voldoende mogelijkheden aanwezig om de huwelijksrelatie voort te zetten. Mevrouw B stelt daarbij wel als voorwaarde dat de heer B hulp zoekt bij de AA-groep in hun woonplaats voor zijn alcoholprobleem en dat hij verdere hulpverlening bij de RIAGG niet langer blokkeert. Hij stemt hierin toe.

Hoewel mevrouw B na ontslag een flinke terugval meemaakt, houdt zij zich redelijk staande; ze vlucht minder voor de problemen weg en kan het huishouden weer redelijk aan. En wat niet minder belangrijk is, is het feit dat het gezin al een half jaar onafgebroken de gezintherapiebijeenkomsten bij de RIAGG volgt.

Casus 2

Het verhaal van de heer Van P is ook zeer herkenbaar. De heer Van P is een vriendelijke zestiger, die nu ruim vier jaar gebruik maakt van de VUT-regeling. Alhoewel hij altijd enigszins nerveus is geweest, kende hij tot

voor enkele jaren nauwelijks problemen. Zijn werk als administrateur bij een grote verzekeringsmaatschappij deed hij altijd met veel plezier, hij was gelukkig getrouwd en zijn drie kinderen waren volgens zijn zeggen 'goed terecht gekomen'.

Twee jaar geleden kwam er plotseling verandering in zijn rustige bestaan. Zijn oudste zoon werd in ernstige toestand in het ziekenhuis opgenomen met een acuut hartinfarct. Na een moeizame revalidatie werkt hij nu weer voor 50%. Kort daarop overleed mevrouw Van P volkomen onverwacht, op een dramatische manier aan de gevolgen van een subarachnoidale bloeding. Meneer leek dit verlies in eerste instantie redelijk te kunnen verwerken. Wel begon hij allerlei hypochonder gekleurde klachten te krijgen (vermeende hartklachten, 'steken' door het hoofd). Heel snel leerde hij een andere vrouw kennen, met wie hij binnen een jaar na het overlijden van zijn echtgenote in het huwelijk trad. Enkele maanden na de huwelijksdatum begonnen de problemen en deze volgden elkaar in snel tempo op. Zijn kinderen accepteerden zijn 'nieuwe' vrouw nauwelijks, terwijl ook het onderlinge contact tussen de heer Van P en zijn echtgenote verslechterde. Zij bleek niet de zorgzame vrouw die hij had verloren, maar was gewend om zelfstandig te functioneren.

Meneer wordt depressief en krijgt ernstige slaapstoornissen. Hij is bang dat hij niet meer wakker wordt omdat hij 's nachts een beroerte kan krijgen en droomt steeds vaker over de dood. (Een vaak terugkerend beeld in die dromen is, dat hij zichzelf opgebaard ziet liggen.) De bom barst als zijn vrouw in paniek in het weekeinde een arts moet waarschuwen omdat meneer hevige pijn op de borst en hartkloppingen heeft. Hij wordt ter observatie opgenomen op de intensive care. Na een week kan hij worden ontslagen. Een somatische oorzaak voor zijn klachten kan worden uitgesloten. De geconsulteerde psychiater besluit, na overleg met de maatschappelijk werkster van het ziekenhuis, hem aan te melden voor een verblijf in een herstellingsoord.

Tijdens de hulpverlening in het herstellingsoord wordt aandacht gegeven aan een aantal facetten van de problematiek. Evenals in het ziekenhuis geeft de aanwezigheid van medisch geschoold personeel hem een gevoel van veiligheid en heeft hij minder angst om naar bed te gaan. Wel blijft zijn stemming somber en gedrukt. In overleg met de psychiater van het ziekenhuis besluit de behandelend arts van het herstellingsoord hem een anti-depressivum voor te schrijven.

Tijdens de individuele gesprekken wordt getracht het gestoorde en vertraagde rouwproces opnieuw op gang te brengen, onder andere via een gedragstherapeutische procedure (flooding).

Tijdens de themagesprekken wordt in een groep aandacht besteed aan het onderwerp rouw. Voor de behandeling van de fobisch gekleurde klachten (meneer durft niet alleen de straat op uit vrees omwel te zullen worden), dient als invalshoek zijn irrationele denkpa-

troon: dat wil zeggen het verkeerd labelen van bepaalde lichamelijke signalen.

Daarnaast neemt meneer zoveel mogelijk deel aan zwemmen, gymnastiek, volksdansen en conditietraining om hem te laten ervaren dat zijn lichaam wel degelijk goed functioneert. Aan de relationele problemen komt men gedurende de herstellingsoordopname nauwelijks toe. Verwijzing naar het algemeen maatschappelijk werk wordt geregeld, terwijl het ontslag van de heer Van P grondig wordt voorbereid via thuis doorgebrachte weekeinden.

Eenmaal terug in zijn oude situatie leert meneer zich met vallen en opstaan zelfstandig handhaven. Van slaapproblemen of hypochondrische klachten is nauwelijks sprake meer. Wel is hij zich meer bewust van zijn verdriet en gevoelens van rouw ten opzichte van zijn overleden vrouw. De maatschappelijk werkster probeert deze gevoelens een reële plaats te geven in de huidige huwelijksrelatie. Een in het herstellingsoord weer opgepakte hobby houtbewerken heeft hem gestimuleerd zich aan te melden voor een cursus bij de Volksuniversiteit.

WIE?

Bovenstaande gevalsbeschrijvingen illustreren dat herstellingsoordeel zich oriënteren op cliënten met ernstige psychosociale problematiek.

De psychische draaglast, in de vorm van meegemaakte 'life-events' is hoog. Zelfs vergeleken met de populatie van een psychiatrische universiteitskliniek rapporteren herstellingsoordcliënten meer 'life-events' die als zeer ingrijpend worden ervaren (scheiding, dood van nabije bloedverwant, een ernstige ziekte, etc.). De draagkracht van de cliënten (geoperationaliseerd in termen als stressbestendigheid, adequaatheid van verweer, neuroticisme) blijkt ernstig te kort te schieten bij de hantering c.q. verwerking van deze problematische levenssituatie. Kenmerkende symptomen die ontstaan naar aanleiding van de gebrekkige 'coping' zijn van psychosomatische en neurotisch-depressieve aard. Psychotische en vitaal depressieve symptomatologie blijkt nagenoeg te ontbreken. De meeste cliënten zijn door de huisarts reeds verwezen naar de tweede lijn (RIAGG 31,4%, vrijgevestigd psychiater 20,7%), terwijl meer dan een kwart van de cliënten al eens opgenomen is geweest in een psychiatrisch ziekenhuis of op een PAAZ.

HOE?

Wat gebeurt er nu feitelijk wanneer bijvoorbeeld een huisarts een cliënt wil verwijzen naar een herstellingsoord? Na een

adequate informatie-overdracht van de uitzender wordt beoordeeld of cliënt in aanmerking komt voor opname. In veel gevallen vindt een intake-gesprek plaats. Bij de selectie worden door de meeste herstellingsoorden de volgende contra-indicaties gehanteerd:

1. Aanwezigheid van enige vorm van psychotisch gedrag;
2. de aanwezigheid van het risico van suïcide;
3. het niet kunnen functioneren in een sociaal verband;
4. de noodzaak tot intensieve verpleegtechnische en/of medische zorgverlening;
5. het niet ADL-zelfstandig kunnen functioneren;
6. aanwezigheid van een psycho-organische stoornis (bijvoorbeeld dementie);
7. aanwezigheid van verslavingsproblematiek.

Als er overeenstemming is tussen het herstellingsoord, de verwijzer en de hulpvrager over de opnamedoelen wordt de cliënt opgenomen. Hij wordt in eerste instantie geholpen bij het structureren en verbeteren van zijn vaak verstoorde dagen nachtritme, voedingspatroon en sociaal functioneren. De cliënt krijgt een persoonlijke begeleider aangewezen, die voortbouwend op het eerste contact, via inventariserende gesprekken de problemen van de cliënt in kaart brengt. Vervolgens wordt er een selectie gemaakt van de problemen en klachten die centraal zullen staan tijdens de hulpverlening. Deze individuele gesprekken hebben een tweeledig doel: ten eerste het opbouwen van een individueel therapeutisch contact, gericht op behandeling van inhoudelijke problemen en klachten. Ten tweede wordt vastgelegd aan welke programma-onderdelen de cliënt gaat deelnemen. De meeste onderdelen, behalve zwemmen, kunnen meerdere malen per week worden gevolgd. Vervolgens komt de cliënt in de tweede fase, waarin hij naast individuele gesprekken vaak deelneemt aan groeps- en themagesprekken, die onderlinge (h)erkenning en ondersteuning bieden, gelegenheid scheppen sociale vaardigheden te oefenen en de betrokken begeleider observatiemogelijkheden bieden. Relatief nieuwe programma-onderdelen in onze instelling zijn een ontspanningstraining, een groepsgewijze training van luister- en assertieve vaardigheden met behulp van video, terwijl in 1989 een op gedragstherapeutische principes gestoelde slaapcursus van start gaat.

De cliënt blijft tijdens de opnameperiode bij zijn (gezins)systeem betrokken, door zoveel mogelijk weekeinden in de thuissituatie door te brengen. Deze weekeinden worden voorbereid en geëvalueerd en hebben vooral ten doel het geleerde te generaliseren naar de praktijk van de thuissituatie. Als de problematiek voortvloeit uit een relationeel spanningsveld worden echtpaar- en/of gezinsgesprekken garrangeerd, óf als een afgeronde gesprekscyclus, óf als een eerste inzet voor voortgezette ambulante relatie- of gezinstherapie.

Tijdens de laatste fase van de opname vindt er een eindevaluatie plaats, wordt zonodig de nazorg op gang gebracht en de eindrapportage opgesteld.

Het hier beschreven programma-aanbod is overigens niet zonder meer representatief voor elk herstellingsoord. Alle herstellingsoorden trachten de in dit artikel omschreven doelstellingen (binnen de door de overheid aangegeven marges, in de vorm van met name een formatiemodel) naar eigen inzichten inhoud te geven. Zo wordt er in veel herstellingsoorden standaard met leefgroepen gewerkt, of groepstherapie bedreven. Andere herstellingsoorden maken gebruik van een meer specifiek theoretisch kader (bijvoorbeeld rationeel-émotieve therapie, transactionele analyse). Ook zijn er instellingen die zich enigszins hebben gespecialiseerd in de behandeling van meer eenduidig te omschrijven cliëntgroepen: bijvoorbeeld cliënten met verwerkingsproblematiek in verband met psychische traumata.

BESLUIT

Hoe het herstellingsoordwerk zich in het komende decennium zal ontwikkelen is afhankelijk van vele factoren. Vast staat wel dat de onduidelijkheid omtrent de taakstelling van het herstellingsoordwerk, dat al zo lang bestond (zie bijvoorbeeld Grewel⁴, en Höppener⁵), met de organisatorische inpassing in de geestelijke gezondheidszorg voorbij is. Naar onze mening zullen eerstelijnsfunctionarissen en het brede spectrum van ambulante geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen in de toekomst nauw bij de vormgeving van het werk moeten worden betrokken. □

Literatuur.

1. Lieshout PAH van, Breemer ter Stege CPC. Herstellingsoorden. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1987; 42: 950-62.
2. Jansen A, Dingemans PAMJ. Het herstellingsoord; een eerste plaatsbepaling op basis van cliëntproblemen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1987; 65: 792-7.
3. Broekman TG, Dassen WFM. De effecten van de behandeling in een herstellingsoord. Cijfers van het Derde Orde Huis te Wijchen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1988; 43: 39-47.
4. Grewel F. De waarde van herstellingsoorden voor 'overwerken' en 'zenuwzieken'. Ned Tijdschr Geneesk 1951; 95: 3228-36.
5. Höppener AJP. De plaats van herstellingsoorden binnen het psychiatrisch verwijzingspatroon van de Haagse GG en GD. Medisch Contact 1977; 32: 17-20.

Wie zich breder wil laten informeren over de herstellingsoorden kan contact opnemen met de Unie van Nederlandse Herstellingsoordorganisaties, Othellodreef 139, 3561 GV te Utrecht, 030-611854 (Drs. J. van Vlijmen).

Huisartsen over hypertensie

R. P. de Groot en
Dr. U. Zuiderveld

Huisarts en hypertensie: een groot aantal huisartsen doet het allemaal volgens het boekje, maar op sommige punten is dat boekje kennelijk zo duidelijk niet. Een bericht naar aanleiding van een enquête, van de arts R. P. de Groot en de huisarts Dr. U. Zuiderveld.

De Vrije Universiteit, afdeling Inwendige Geneeskunde, organiseerde in het voorjaar van 1985 een enquête over hypertensie. Voor deze enquête werden aan huisartsen lijsten toegestuurd met vragen over de achtergronden van hun hypertensiebeleid. Gevraagd werd onder andere, wanneer men vindt dat er sprake is van hypertensie, welke criteria men hanteert bij de behandeling, waarom men gaat behandelen en aan welke medicatie men de voorkeur geeft. De enquête werd ingevuld geretourneerd door 2.183 huisartsen; dit houdt in dat ze is ingevuld

door 34% van alle aangeschreven huisartsen, een percentage dat slechts weinig verschilde tussen stad en platteland. In dit artikel worden de resultaten van deze enquête besproken; ze kunnen wellicht een interessante bijdrage leveren aan de discussie over de behandeling van hypertensie.

(WANNEER) BEHANDELEN?

Op de vraag naar het doel van de behandeling antwoordde iets meer dan de helft van de ondervraagden (51,8%): 'bescherming van de patiënt op de lange termijn'. Een groot aantal ondervraagden (42%) ziet normalisering van de (diastolische) tensie als het enige doel van de behandeling.

Als behandeling, zoals ook uit de in dit blad gevoerde discussie blijkt, niet zonder meer tot een langere levensverwachting leidt, wanneer moet dan worden behandeld en wanneer niet? Moet de aanwezigheid van andere risicofactoren, zoals hypercholesterolemie en roken, worden meegewogen? Moet het mannelijk geslacht, dat ook als een risicofactor kan worden aangemerkt, meespelen? Moet op hogere leeftijd sneller worden behandeld in verband met de kans op een CVA?

Bij de vragen over factoren die een rol spelen bij de vaststelling van de medicamenteuze therapie, bleek dat huisartsen vooral kijken naar overgewicht (genoemd door gemiddeld 32%) en leeftijd (29%); het cholesterolgehalte van het bloed scoort laag (door slechts 9% genoemd). Op de vraag of bij de behandeling van hypertensie verschil wordt gemaakt tussen mannen en vrouwen, antwoordt 82% ontkennend. De leeftijd speelt voor veel respondenten wel een voorname rol: 96% maakt bij de behandeling verschil tussen een 'jongere' en een 'oudere' patiënt; dit uit zich waarschijnlijk vooral in de keuze van het geneesmiddel waarmee de therapie wordt gestart.

Overigens bestaat er in het geheel geen eenstemmigheid over wat nu een 'jongere' dan wel een 'oudere' patiënt is. Beschouwing van de grafiek die het antwoord op deze vraag weergeeft, laat zien dat een sterke overlapping bestaat tussen wat de één een oudere en de ander nog een jongere patiënt noemt. Bijna 20% van de ondervraagden meent dat iemand tussen de 45 en 50 jaar nog tot de jongere patiënten moet worden gerekend, terwijl bijna evenveel artsen in dit geval van een oudere patiënt spreken. Een duidelijker

definiëring van deze begrippen lijkt noodzakelijk.

Bij een directe vraag met betrekking tot de leefregels die aan de patiënt worden geadviseerd blijken vermageren (94%), minder keukenzout (92%) en staken van roken (84%) het meest te worden genoemd. Een dieet met meer onverzadigde vetten staat laag op deze lijst (21%), evenals alcoholbeperking (20%). Meer sport/lichaamsbeweging zit er tussenin en wordt door ruim de helft van de ondervraagden geadviseerd (54%).

VASTSTELLEN HYPERTENSIE

Ruim 20% van de ondervraagden meent bij de vaststelling van hypertensie met twee metingen te kunnen volstaan; de meerderheid (76%) verricht drie metingen voordat de diagnose hypertensie wordt gesteld.

Bij een goed ingestelde behandeling van een oorspronkelijk matig verhoogde bloeddruk (tot 115 mm Hg diastolisch) kan mogelijk worden overwogen na enige tijd de medicatie te halveren en bij een gunstig effect zelfs geheel weg te laten. Uit de enquête blijkt dat veel ondervraagden nogal huiverig tegenover veranderingen in de medicatie staan: weliswaar overweegt bij een gunstig effect 76% een halvering van de medicatie, maar volledig staken wordt door slechts 25% overwogen.

LABORATORIUMONDERZOEK

De geënquêteerden werd gevraagd welk onderzoek ze verrichten voor de aanvang van een eventuele hypertensiebehandeling. De verschillende antwoordmogelijkheden waren op het enquêteformulier voorgedrukt en behoeften alleen maar te worden aangekruist. Uit de antwoorden komt een opvallend geringe eenheid van handelen op dit terrein naar voren. De hoogste score werd behaald door 'eiwitreactie in de urine', met 54%. Goede tweede was het serumkreatinine met 50%. Minder dan de helft van de respondenten onderzoekt urinesediment (44%), serumkalium (36%), serumnatrium (30%) en totaal cholesterol (29%). Een opvallend aspect van deze cijfers is het aantal artsen dat een bepaald onderzoek vóór het begin van de therapie *niet* uitvoert. Basale onderzoeken als een teststrookje in de urine steken om eiwit en suiker te controleren, het serumkreatinine bepalen om eventuele nierbeschadigingen op te sporen en het serumkaliumgehalte bepalen, lijken toch voor de

hand te liggen. Het serumcholesterol, toch beschouwd als een van de risicofactoren voor het krijgen van een vaatlijden, wordt zelfs door 71% van de ondervraagden niet bepaald. Daarnaast worden er onderzoeken verricht die geheel *onnodig* lijken te zijn of die alleen na verwijzing door een internist zouden moeten worden verricht, zoals de bepaling van het serumureumgehalte (naast het kreatininegehalte; door 22%), het serumnatriumgehalte (door 30%), het totaal eiwit (door 2%), het laten verrichten van een leukodifferentiatie of een X-thorax (beide door 8%), of zelfs van een IVP (2%) of een onderzoek van de urine op VMA.

BEHANDELING

Interessant is ook het antwoord op de vraag, wanneer de behandeling naar het oordeel van de behandelende arts het gewenste effect heeft. Van de ondervraagden zei 8% te streven naar een diastolische tensie van 86 mm Hg of minder; de meerderheid (60%) is tevreden met een diastolische tensie van 90 mm Hg of lager.

In de enquête werd gevraagd wat de eerste, respectievelijk tweede en derde stap in de behandeling zou zijn, opgesplitst naar 'jongere' en 'oudere' patiënt. De meerderheid (50,3%) vindt dat bij de jongere patiënt moet worden begonnen met een bètablokker. Voor de meesten komt als tweede stap een combinatie van een bètablokker met een diureticum in aanmerking. Bij de derde stap komt geen duidelijke voorkeur naar voren; kennelijk is niet duidelijk voor welke medicatie moet worden gekozen na het falen van de combinatie bètablokker-diureticum.

Bij de oudere patiënt wordt een andere gedragslijn gevolgd: 72,6% (n=1.585) van de ondervraagden kiest voor een diureticum als eerste stap. Voor de tweede stap wordt dan gekozen voor een bètablokker in combinatie met het diureticum van de eerste stap. Ook hier geen eenstemmigheid over de derde stap; genoemd worden vasodilaterende middelen en centraal werkende middelen.

De enquête leert voorts, dat de meeste ondervraagden bij toepassing van een diureticum kiezen voor een thiazidepreparaat. Op grond van de huidige inzichten een juiste keuze. Combinatie met een kaliumspaarder is ook goed, maar toepassing van loop-diuretica (furosemide), zoals 5% van de ondervraagden doet, is niet verstandig, omdat deze middelen bij hypertensie en een goede nierfunctie minder geschikt zijn.

CONTROLE

Van het beleid tijdens de behandeling kwamen de frequentie van de tensiecontroles, de screening op bijwerkingen van het middel en eventuele wijziging van de behandeling aan de orde.

Van de ondervraagden antwoord 87% dat de tensie twee- tot viermaal per jaar wordt gecontroleerd, waarbij opvalt dat de meeste artsen (65%) hun patiënten 'standaard' viermaal per jaar laten terugkomen.

Het laboratoriumonderzoek bij tensiecontrole wordt door de ondervraagden in het algemeen beperkt gehouden. Het meest worden het serumkalium- en het serumkreatininegehalte gecontroleerd (respectievelijk door 52% en 45%). Het serumnatriumgehalte en controle van de oogfundus scoren al veel lager met 33% respectievelijk 27%. Andere onderzoeken scoren geen van alle boven de 20%: totaal cholesterol 18%, urinesediment 16%, ECG 14%, bloedsuiker 12%, urinezuur 8%, X-thorax 4%, serumcalcium 2%, 24-uurs natriumuitscheiding 0,5%. Opnieuw blijkt dat er geen eenheid van handelen bestaat. Se-

rumkalium en -kreatinine worden ongeveer even vaak wel als niet gecontroleerd. Wederom wordt het cholesterol maar door weinigen bepaald. Een ander aspect is dat sommige weinig noodzakelijke onderzoeken juist wel worden verricht, zij het door niet veel artsen. In dit verband kunnen het urinesediment, serumnatrium, serumcalcium en het regelmatig laten maken van een X-thorax worden genoemd.

VERWIJZING NAAR SPECIALIST

In de enquête werd ook gevraagd naar redenen voor verwijzing van hypertensiepatiënten naar de specialist. Hierop werd een groot aantal verschillende antwoorden gegeven, die zich in een paar hoofdgroepen laten indelen:

- onvoldoende succes bij de behandeling (79%);
- maligne hypertensie en plotselinge tensiestijging (respectievelijk 34% en 2%);
- hypertensie op jonge leeftijd (33%);
- organische aandoeningen, zoals nierfunctiestoornissen, ECG-afwijkingen, afwijkingen in fundus, enz. (per item enkele procenten);

- verzoek van de patiënt en 'klachten' (1% en 3%).

SAMENVATTING

In een uitgebreide enquête werd gevraagd naar het gedrag van de Nederlandse huisarts bij het vaststellen en de behandeling van hypertensie. De antwoorden leverden enkele belangwekkende gegevens op.

Een groot deel van de huisartsen doet het allemaal *volgens het boekje*: drie keer meten van de tensie voor tot behandeling wordt overgegaan, de behandeling bij een jonge patiënt beginnen met een bètablokker en bij een oudere patiënt met een diureticum voor de rest van zijn leven; vier keer per jaar controleren van de tensie, enz. Aan de andere kant echter heerst er *verdeeldheid* over tal van punten: welk onderzoek van tevoren moet worden verricht, wanneer spreek je nu eigenlijk van een jongere of een oudere patiënt, wat controleer je tijdens de behandeling en moet medicatie na verloop van tijd worden gewijzigd? □



Dagboek van een waarnemer

8: Wat een nacht

00.45 uur.

Gemeentepolitie. 'Kunt u eens even komen naar de heer Heemskerk, Fagotlaan 4?'

'Wat is er aan de hand?'

'Hij heeft hartkloppingen en trillende knieën.'

Een rare combinatie. Ook al ben ik nog niet wakker, ik heb meteen door dat dit niet klopt. 'Kan ik de patiënt zelf even spreken?', vraag ik.

Dat kan. Meneer Heemskerk is 34 jaar en heeft de hele avond al last van hartkloppingen,

pijn in de benen, duizeligheid. Hij voelt zich beroerd.

'Waarom hebt u dan de politie geroepen?'

'Nou, dat was ook niet de bedoeling. Ik had een ambulance willen hebben.'

'En dan?'

'Opgenomen worden, want er moet een oplossing komen.'

Leve de free-call en de alarmnummers. 'Zeg maar tegen de politie dat ik even kom.'

Een oproep van de politie kun je niet weigeren, vind ik. Als ik aankom, zijn de agenten weg. Ik

tref een jonge man aan. Hij is bleek en mager, zijn keurig opgeruimde flat staat blauw van de rook. Het duurt even voor ik heb ontdekt waar de stank vandaan komt. Hij heeft een overvolle asbak geleegd in een plastic emmer. Daar heeft hij een glas water overheen gegoten om brandgevaar tegen te gaan. Van die lucht alleen al wordt een mens beroerd.

'Wat is er nu allemaal aan de hand?', begin ik. Tja, dat weet meneer ook niet. Hij heeft niet gedronken, zegt hij, hoewel er nogal wat fles-sedoppen op de tafel liggen. Hij voelt zich

raar, duizelig, draaierig als hij opstaat en heeft pijn in zijn benen. Ik weet niet waar ik zal beginnen, al staat hyperventilatie bovenaan mijn lijstje. Dus begin ik maar een babbel.

'Woont u hier al lang, en alleen?'

'Ja, al vijf jaar en alleen ook, want ik ben namelijk een nicht, ziet u, en dan kom je niet aan vrienden.'

Het klinkt fel. Daar zit verdriet achter. 'Kunt u er met iemand over praten?'

'Ja, met wie?'

'Heeft u er al eens met de dokter over gesproken?'

'Nee, wat kan die daar nou mee of wat kan die eraan doen?'

Hij heeft, denk ik, niet door dat er net zo'n dokter tegenover hem zit. 'Wat doet u voor werk?' Ik wil toch het een en ander van hem weten.

'Ik heb geen werk, wie wil er nou een nicht?'

Het blijkt dat hij op zijn 17e jaar een poging tot zelfmoord heeft gedaan, daarna een tijdje opgenomen is geweest en toen zijn school niet goed heeft kunnen voortzetten. Een vervolgopleiding heeft hij niet, een uitkering wel. Er is geen prikkel om te gaan werken, alleen maar angst om te worden geconfronteerd met anderen die hem op zijn homoseksualiteit kunnen aankijken. Ik voel me niet capabel met deze jongeman op pad te gaan, een weg uit te stippelen in de berg die 'leven' heet. Maar ja, het is nacht – weekendnacht nog wel, en dan is maatschappelijk werk gesloten. Toch denk ik dat hij dat nodig heeft. Ik probeer zo iets tegen hem te zeggen, hoewel ik me bewust ben van het feit dat ik maar een toevallige waarnemer ben. Dan gaan we over op zijn klachten van nu. Als ik de rij heb gehoord, leg ik hem het verschijnsel hyperventilatie uit. Hij gelooft het niet, maar als ik hem erop wijs dat hij nu geen klachten (meer) heeft, moet hij dat wel beamen. Ik geef hem ademhalingsadviezen en een folder, geef hem de raad er toch eens met zijn dokter over te praten en wil weggaan. Dat vindt hij niet leuk.

'Als jij weg bent, komt het weer.'

'Dat kan wel, maar nu weet jij wat het is en wat jij moet doen', zeg ik.

'Ja, maar, dan kan ik toch niet slapen.'

Eigenlijk is dit het liedje van verlangen, realiseer ik me. Maar mijn werk is weekendwaarnemer, niet babysit. Ik geef hem een rijtje 'slaapvoorschriften': eerst een warme douche, dan een glas melk met honing, even lezen in een leuk boek, bewust ontspannen van elke spiervezel, en als 't niet lukt . . . de hele procedure herhalen.

Als ik eindelijk thuiskom, zegt mijn achterwacht: 'Waarom heb je hem niet laten opbellen naar de radio?' Ik ben perplex. 'Hoezo?' 'Nou, daar zijn geregeld programma's waarin wordt gezegd dat wie niet slapen kan of nog met iemand wil praten dat en dat nummer kan draaien.' Hij heeft het dikwijls gehoord. Ik herinner het mij nu ook. Ik neem me voor eens

achter die nummers aan te gaan. Dan ga ik slapen, want ik krijg een kopje warme thee en ben zo bewusteloos.

03.45 uur.

'Dokter, kunt u eens gauw naar mijn vrouw komen kijken? We denken dat ze een hartinfarct heeft.'

'Hoe oud is uw vrouw?'

'63 jaar.'

Naam en adres worden opgegeven en dan ga ik op pad. Nog geen twee uur geslapen.

Ik kom bij een vrouw die me rustig aankijkt. Ze heeft pijn op de borst, gisteravond ook al. En is er nu net wakker mee geworden; de rechterarm doet ook pijn. Ik frons mijn wenkbrauwen. Zo stond dat niet in het 'Nederlands Leerboek der Cardiologie'. 'De pijn straalt uit naar links', stond daar.

'Waarom denkt u dat u een hartaanval hebt, mevrouw', zeg ik.

'Omdat twee broers van mij een hartaanval hebben gehad en twee zoons ook'.

De echtgenoot is geopereerd; met een shaggy tussen de lippen geklemd toont hij mij zijn litteken – hartpatiënten zijn daar trots op, heb ik al vaker gemerkt.

Als ik de vrouw onderzoek, kan ik toch geen duidelijke symptomen vinden. De bloeddruk is normaal, de polsslag ook. Ze is niet bleek of shockerig. Er zijn geen 'stressomstandigheden', ze heeft niets bijzonders gegeten. Kortom, er is geen reden om wakker te worden met een benauwd gevoel op de borst. Ik sta in tweestrijd. Zij heeft net zo goed kans op een hartinfarct als haar hele familie, maar de symptomen zijn mij niet duidelijk genoeg. De nacht maakt alles altijd dreigender. Moet ik haar of mijn onzekerheid behandelen? Ik besluit af te wachten. Op de Isordil® doet ze niks. Dan hak ik de knoop door. 'Ik denk dat het geen infarct is', zeg ik. 'We wachten eens even af of de pijn ook vanzelf verdwijnt. Laat het me onmiddellijk weten als het erger wordt. Ga maar rustig naar bed.'

Ik doe dat ook. En van deze patiënt heb ik niets meer gehoord, noch die nacht nog de daaropvolgende dag. Maar de nacht was nog lang niet afgelopen . . .

05.15 uur.

' . . . Zo'n pijn in de rug en die schiet ook in mijn lies en mijn kuitbeen en kan ik niet even komen, ik ben zo ongerust . . . '

Ik heb het gevoel dat ik midden in een gesprek val. Ik grijp een pen en vraag bepaald niet vriendelijk of ik er even tussen mag komen.

'Wat is uw naam?'

'Iteren.'

'Hoe oud bent u?'

'29 jaar.'

'Waar woont u?'

'Schalmijlaan 36, maar dokter, ik verga van de pijn en het kan echt niet wachten'

. . . 'Echt niet?'

'Nee, ik moet nu weten wat ik heb!'

Ik geef mijn adres op, leg de hoorn neer en draai me om.

05.30 uur.

'Het kind gaat kapot van de oorpijn en we zitten er al mee op de EHBO van het ziekenhuis, en die doen er ook niks aan. Ja, van gisteravond af, maar nu houdt ze het echt niet meer uit.'

Ik heb altijd zeer veel medelijden met kinderen met oorpijn, maar nu is dat medegevoel heel ver weggezakt . . . of ligt het nog bij een van de vorige patiënten? 'Nou, kom dan maar, als het echt niet anders kan.' Ik geef mijn adres op.

Tegen 6 uur komt de meneer met de rugpijn. Het is een prachtig klassiek geval van lumbago en dat vertel ik hem.

'O, wat ben ik nu opgelucht', zegt hij. Terwijl ik een recept zit te schrijven, zegt hij: 'Och, dokter, laat maar. Ik neem die medicijnen toch niet, want, eh, ik ben niet zo op medicijnen.'

Ik moet hier heel diep van zuchten én tot tien tellen, voor ik kan vragen waarom hij dan nu, zo acuut, bij mij moest zijn.

'Ik wilde gerustgesteld worden, want ik maakte me zorgen. En jullie zijn toch de hele nacht óp voor spoedpatiënten?'

'Nou nee', leg ik hem uit. 'Ik probeer te slapen, want ik heb nog de hele dag voor de boeg.' Dat wist hij niet, het spijjt hem. Tevreden gaat hij, zonder recept, naar huis.

Het kindje met oorpijn is niet gekomen. Ik had geen adres of telefoonnummer, dus kon ik niets nagaan. Wordt dat straks weer een opgeblazen verhaal over een waarnemer die niet wilde komen? Ik ben te moe om me er druk over te maken. Hoe lang kan ik nu nog slapen?

08.00 uur.

'Met mevrouw Jutphaas. Zeg dokter, kunt u niet eens komen voor mijn man? Hij heeft de ziekte van Parkinson en nu heeft hij zo'n last van zijn benen. En vannacht heb ik de zuster er al bij gehad en die zei dat ik u om 8 uur kon bellen.'

Gezegd zijn zulke zusters. Ik ga er naar toe en prijs de zuster voor haar juiste interventie. Ze zullen het aan de nachtdienst doorgeven. Die zijn ook wel eens blij met een complimentje.

Marie-José Molledans

Delegatie van medische handelingen aan wijkverpleegkundigen

De afgelopen jaren is op allerlei niveaus het vastleggen van specifieke bevoegdheden van verpleegkundigen in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) besproken en het onderwerp is nog steeds actueel. Zoals bekend, gaat het hier onder meer om het verrichten van een aantal medische handelingen, waarvan de meeste sinds jaar en dag in de verpleegkundige opleidingen worden geleerd. Ook in Medisch Contact is het onderwerp al vanuit diverse invalshoeken belicht. De uiteindelijke uitkomst van de discussie rond de Wet BIG blijft echter nog steeds onzeker.

Enkele jaren geleden besloten de drie regionale kruisverenigingen in Zuid-Oost-Noord-Brabant (Eindhoven, de Kempen en Peelland) die uitkomst niet af te wachten en de zogeheten 'delegatie van medische handelingen aan wijkverpleegkundigen' pragmatisch te benaderen. Genoemde kruisverenigingen waren, en zijn nog steeds, van mening dat degene om wie het uiteindelijk gaat, de patiënt in de thuissituatie, gebaat is bij een goede regeling. Een regeling die het mogelijk maakt noodzakelijke handelingen te blijven verrichten en die er mede voor zorgt dat patiënten thuis kunnen zijn.

Onlangs hebben wij in het tijdschrift Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ) onze ervaringen tot nu toe verwoord. Het leek ons zinvol, gezien de duidelijke rol van de (huis)artsen hierbij, ook enkele aspecten te belichten in Medisch Contact.

ROL HUISARTSEN

Aangezien het gaat om 'medische' handelingen, is er een duidelijke rol weggelegd voor de arts, in casu de huisarts. Daar waar in het verleden in Nederland problemen ontstonden bij het verrichten van medische handelingen door verpleegkundigen, werd geleidelijk aan geaccepteerd dat handelingen onder bepaalde condities door artsen kunnen worden 'gedelegeerd'. Bovendien is de huisarts de behandelaar van de patiënt thuis en bepaalt hij of zij mede (in samenwerking met de wijkverpleging en eventuele andere hulpverleners) het zorgplan. Het is dan ook belangrijk de plaatselijke huisartsen in een vroeg stadium bij de

Mw. Drs. A. Theunissen en
Mw. Drs. I. Jacobs

Over de specifieke bevoegdheden van (wijk)verpleegkundigen wordt nog heel wat afgepraat. In het zuid-oosten van de provincie Noord-Brabant zijn de kruisverenigingen maar vast aan de slag gegaan in de vorm van een regeling met betrekking tot de zorg voor patiënten thuis.

ontwikkeling van een dergelijke regeling te betrekken. In Zuid-Oost-Noord-Brabant is dat niet overal even consequent gebeurd. Het is noodzakelijk gebleken dat een volgende keer wel te doen.

REGELING

Velen (ook huisartsen) hebben zich afgevraagd waarom er zo nodig een regeling moest komen. Een van de redenen is het belang van de continuïteit in de zorgverlening voor de patiënt. Bovendien kwamen via de werkorganisaties de laatste jaren steeds meer vragen om duidelijkheid rond het uitvoeren van medische handelingen. Wijkverpleegkundigen gingen hier nogal verschillend mee om; dit leverde weer onduidelijkheden op voor de huisartsen en de andere samenwerkingspartners, onder meer in het kader van de ziekenhuisnazorg. De drie kruisverenigingen zagen het dan ook als hun taak, met inachtneming van de wettelijke voorschriften en rekening houdend met de ontwikkelingen, een werkbaar kader te scheppen.

In het kort houdt de regeling het volgende in: Wijkverpleegkundigen ontnemen aan hun diploma bepaalde deskundigheden; ze worden bekwaam geacht die medische handelingen te verrichten welke ze in de opleiding hebben geleerd. Bij onvoldoende bekwaamheid/routine zorgt de werkgever voor scholingsmogelijkheden. Bij- en nascholing vinden plaats binnen en buiten de kruisorganisaties, door eigen staffunctionarissen en intramurale deskundigen.

In de loop van de tijd kwamen (en komen) er natuurlijk 'nieuwe' handelingen bij. De epidurale pijnbestrijding en de

suprapubische catheter zijn daarvan bekende voorbeelden. In de praktijk is gebleken dat dergelijke handelingen zeker verantwoord (lees: onder bepaalde voorwaarden) kunnen worden uitgevoerd in de thuissituatie. Een van de voorwaarden daarvoor is individuele scholing van de betrokken wijkverpleegkundige(n), gevolgd door afgifte van een bekwaamheidsverklaring door de werkgever.

Voor een beperkt aantal handelingen wordt een schriftelijk verzoek (standaardformulier) van de huisarts gevraagd; hier is dus formeel sprake van het delegeren van een handeling. Bij andere handelingen kan worden volstaan met een mondelinge overdracht van huisarts aan wijkverpleegkundige. Alle relevante handelingen zijn geprotocolleerd. In individuele gevallen kunnen deze 'standaarden' worden aangepast of aangevuld.

ERVARINGEN

Na de interne bespreking van de regeling, zoals die is neergelegd in de nota 'Delegatie van medische handelingen aan wijkverpleegkundigen' (Kruisverenigingen Zuid-Oost-Noord-Brabant, januari 1987), zijn de huisartsen in de regio Zuid-Oost-Noord-Brabant geïnformeerd.

Hoewel er nog sprake is van enkele witte plekken, hebben inmiddels vele gesprekken met groepen huisartsen plaatsgevonden. Hierdoor konden belangrijke knelpunten, onder andere de weerstanden tegen veel 'papierwerk', worden weggenomen. Op de bijeenkomsten werden interessante discussies gevoerd en werd duidelijk de bereidheid getoond een en ander in goede harmonie te regelen. De reacties van huisartsen hebben geleid tot aanpassingen in de uitvoering van de regeling op enkele praktische punten.

Inmiddels hebben zich diverse zorgverleningssituaties met te delegeren medische handelingen voorgedaan, waar zowel in de ogen van patiënt en familie als in die van de professionals op een zinvolle wijze mee is omgegaan. De hier geschetste casus (zie apart kader) is daar een voorbeeld van. Deze situaties bieden natuurlijk uitstekende samenwerkingsmomenten, zowel in de eerste lijn als aansluitend in de tweede lijn. Met diver-

se verpleegafdelingen van de ziekenhuizen in de regio zijn uitstekend afspraken te maken; de wijkverpleegkundigen ondervinden veel medewerking van deze afdelingen, onder andere met betrekking tot deskundigheidsbevordering. De wijze waarop nu met deze materie wordt omgegaan komt het begrip van de intramurale sector voor de zo andere thuissituatie zonder meer ten goede.

Belangrijk blijft een goede afstemming tussen ziekenhuis en eerste lijn. Dat vraagt nog de nodige aandacht en is een proces van geleidelijkheid. De eerste stappen zijn ondernomen om met de ziekenhuizen (specialisten/verplegingsdiensten) hierover nader van gedachten te wisselen.

Overigens heeft de Nationale Kruisvereniging, in samenwerking met de Landelijke Huisartsen Vereniging, recent besloten tot een experimentele regeling. Inhoudelijk sluit deze fraai aan bij de wijze waarop in Zuid-Oost-Noord-Brabant sinds 1987 wordt gewerkt.

TOT SLOT

Veel onzekerheid en onduidelijkheid over de regeling blijkt te zijn weggenomen door erover te praten en ermee te werken. Punten die de aandacht bij voortdurend blijven vragen zijn de begeleiding van de uitvoering en de vraag: 'Hoe doen wij het?'

De manier waarop nu kan worden ingegaan op zorgvragen waarbij er sprake is van medische handelingen, sterkt de betrokken kruisverenigingen in hun mening dat er verantwoord kan worden geanticipeerd op verdere ontwikkelingen op dit vlak. In goede samenwerking met de huisartsen en de intramurale sector zullen wij op een kwalitatief verantwoord niveau 'onze' patiënten verder van dienst kunnen zijn. En daar gaat het toch uiteindelijk om. □

Casus

Een telefoontje van de oncologische afdeling van een plaatselijk ziekenhuis naar de dienst wijkverpleging: 'Mw. B komt overmorgen naar huis en er komt nogal wat bij kijken.'

De wijkverpleegkundige neemt contact op met de verpleegafdeling. De 63-jarige Mw. B blijkt te hebben aangegeven thuis te willen sterven. Mw. B krijgt parenterale voeding via een infuus*, medicatie via een infuuspomp* en epiduraal catheter*. De maaginhoud wordt via de maagsonde continu afgezogen met behulp van een pompje*. Verder heeft Mw. B nog een blaascatheter.

De wijkverpleegkundige neemt contact op met de huisarts met het verzoek om medewerking c.q. ondersteuning. Zij bezoekt de patiënte in het ziekenhuis en maakt daar afspraken met de afdeling en de familie.

De heveling van de maaginhoud kan thuis gebeuren (via een spuit). De parenterale voeding en medicatie worden doorgenomen; de wijkverpleegkundige zal thuis zo nodig infuussysteem en blaascatheter verwisselen*, de medicatie via de infuuspomp verzorgen, de insteekplaatsen controleren en verzorgen en waar nodig de familie bijspringen. Tevens zorgt zij via het uitleenmagazijn voor de benodigde verpleegartikelen. De familieleden zullen in eerste instantie zelf de dagelijkse verzorging op zich nemen, evenals het verwisselen van infuuszakken, het optrekken van de maaginhoud en de epidurale pijnbestrijding.

De wijkverpleegkundige maakt het nog ontbrekende protocol over het gebruik van de digitale infuuspomp, een en ander in overleg met de hoofdwijkverpleegkundige en een verpleegkundige van de oncologische afdeling. Deze laatste instrueert de wijkverpleegkundige (en een collega die weekenddienst heeft) met betrekking tot de infuuspomp; zij doet dit direct na ontslag, bij Mw. B thuis.

De hoofdwijkverpleegkundige verzorgt de bekwaamheidsverklaringen. Dit doet zij enkele dagen later ook voor twee andere wijkverpleegkundigen, die weer door hun collega's zijn geïnstrueerd. Na een week neemt de wijkverpleging de meeste taken van de familie over en verzorgt Mw. B meerdere keren per dag. In samenwerking met de huisarts worden alle relevante medische handelingen uitgevoerd en wordt uiteraard aandacht besteed aan de begeleiding van patiënt en familie.

Uiteindelijk is Mw. B, drie weken na ontslag uit het ziekenhuis, in alle rust, thuis overleden.

Knelpunten

Als knelpunten bij de opvang van deze situatie zijn ervaren:

- De onmogelijkheid over de ontslagdatum overleg te plegen.
- Het feit dat de huisarts niet door het ziekenhuis op de hoogte is gebracht. De huisarts is bovendien degene die medische handelingen moet delegeren aan de wijkverpleegkundige.
- De korte tijd tussen aankondiging en daadwerkelijk ontslag. Ontbrekende bekwaamheid moest nog worden verworven (met 7x24-uurswaarborg) en de wijkverpleegkundige moest onder tijdsdruk een heleboel praktische dingen regelen. In de thuissituatie trek je nu eenmaal geen kasten met verpleegkundige en medische materialen open, zoals op een verpleegafdeling.

Als zeer positief is de praktische bijdrage van de verpleegkundige van de oncologische afdeling ervaren.

*Dit zijn medische handelingen.

Mw. Drs. A. Theunissen, arts sociale geneeskunde, is algemeen staffunctionaris bij de Kruisvereniging Eindhoven.

Mw. Drs. I. Jacobs, verplegingswetenschapper, fungeert als algemeen beleidsmedewerker zorgverlening bij de Regionale Kruisvereniging Peelland.

Hoge doses steroiden bij astma: alternatieven

Astma is een aandoening die wordt gekenmerkt door een verhoogde reactiviteit van de luchtwegen en een neiging tot vernauwing van de luchtwegen als reactie op uiteenlopende stimuli¹. De cumulatieve prevalentie van deze aandoening wordt voor de Verenigde Staten geschat op 5% tot 7%.² Een onmiddellijke, regelmatige en agressieve therapie met preparaten met een bèta-adrenerge werking die moeten worden geïnhaaleerd, theofylline, cromoglicaat of een combinatie hiervan, vormt de hoeksteen van de behandeling. Als de symptomen of de veranderingen in het functioneren van de luchtwegen aanhouden ondanks een juist gedoseerde toediening van deze middelen, kunnen systemisch werkzame corticosteroiden geïndiceerd zijn. Gelukkig kunnen de meeste mensen met succes worden behandeld zonder systemische corticosteroiden of met een incidentele 'steroidenstoot'³. In het laatste geval kan men proberen de toestand van de patiënt na zo'n 'steroidenstoot' te stabiliseren met het inhaleren van corticosteroiden. Bij bepaalde patiënten is de reactiviteit van de luchtwegen echter zo ernstig, dat er meestal exacerbaties optreden en men steeds vaker steeds meer systemische corticosteroiden moet toedienen. Bij deze steroiden-afhankelijke astmapatiënten kan een langdurige toediening van systemische corticosteroiden de bijnierfunctie blokkeren en ernstige bijverschijnselen veroorzaken, zoals obesitas, cataracten, myopathie, osteoporose en psychiatrische stoornissen⁴. Onder deze omstandigheden staat de arts voor de taak een zodanig behandelingsregime te ontwikkelen dat de verwoestende en mogelijk levensgevaarlijke gevolgen van zware astma onder controle worden gehouden zonder dat er bedenkelijke iatrogene bijverschijnselen optreden.

De laatste tijd zijn er verschillende publikaties verschenen over de medicamenteuze behandeling van astma waarin onder meer uitgebreid is ingegaan op de farmacologische eigenschappen, de veronderstelde werkingsmechanismen, het therapeutisch effect en de bijwerkingen van corticosteroiden^{2,4}. Daarnaast heeft de American Thoracic Society richtlijnen opgesteld voor de behandeling van astma¹. Hoewel er verschillend wordt gedacht over de exacte dosering en over de indicaties voor het gebruik van corticosteroiden, houden men zich over het algemeen aan de volgende vuistregels. In de eerste plaats mogen corticosteroiden nooit als enige middel worden toegediend voor symptomatische astma. Corticosteroiden hebben geen acuut bronchusverwijdend effect; het kan uren duren voordat men er wat van merkt. Daarom moeten corticosteroiden altijd worden toegepast in combinatie met bronchospasmolytica, zoals bèta-adrenerge agonisten en theofylline. In de tweede plaats is de meest uitgesproken indicatie voor het gebruik van systemische corticosteroiden een ernstige astma of status asthmaticus. Onder deze omstandigheden kunnen systemische corticosteroiden voorkomen dat de patiënt plotseling overlijdt en ervoor zorgen dat de astma minder vaak opleeft³. Daarbij kan het gebruik van corticosteroiden meestal binnen een paar weken worden afgebouwd en worden beëindigd, voordat de patiënt last krijgt van bijniersuppressie of van de bijverschijnselen die zich op de lange termijn voordoen. Bij sommige patiënten met chronische of recurrerende astma is een voortdurende behandeling met corticosteroiden geïndiceerd. Wanneer een patiënt met chronisch ernstige astma onvoldoende reageert op een conventionele behandeling, dient de arts zich echter eerst te overtuigen van de juist-

heid van zijn diagnose. Immers, andere stoornissen, waaronder aandoeningen van de larynx, hartkwalen en andere longziekten, kunnen zich voordoen als astma doordat ze de luchstroom beperken en een piepende ademhaling veroorzaken^{2,5}. Omdat deze aandoeningen een andere behandeling vereisen, moeten ze in alle gevallen waarin de arts astma vermoedt worden uitgesloten. Zelfs wanneer de patiënt bekend is met een zeer hoge reactiviteit van de luchtwegen, moet de arts bedacht zijn op andere klinische problemen die van invloed kunnen zijn op het verloop van de astma (bijvoorbeeld chronische sinusitis, allergische bronchopulmonale aspergillose, roken, negatieve invloeden die verband houden met de werksituatie of psychologische en omgevingsfactoren²). Wanneer de diagnose vaststaat, moet de arts zich ervan vergewissen dat het gekozen beleid adequaat is. Ook is het van belang dat de arts nagaat of de patiënt zich aan het voorgeschreven regime houdt, het bronchospasmolyticum op de juiste wijze inhaleert en altijd precies op tijd de juiste doses bèta-adrenerge agentia en orale theofylline inneemt. Het inhaleren van corticosteroiden en cromoglicaat, doeltreffende profylactica bij astma met een lage incidentie van ernstige bijwerkingen, kan erg nuttig zijn om relaps te voorkomen of systemische corticosteroiden uit te sluipen^{2,4}. In sommige gevallen kan het nodig zijn anticholinerg bronchospasmolytica uit te proberen, met name bij astmapatiënten met coëxistente verschijnselen van chronische bronchitis of emfyseem^{2,4}. Lukt het met deze methoden niet de recurrerende astma onder controle te krijgen, dan dient men over te stappen op een behandeling met systemische corticosteroiden. De patiënt moet dan eenmaal per dag een kort werkend corticosteroid krijgen in een dosis die

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

zo laag is dat hij of zij betrekkelijk weinig last zal hebben van bijwerkingen. Voor het geval er per dag meer dan 7,5 mg prednison nodig is, moet men proberen de symptomen van de patiënt te stabiliseren met doses om de andere dag; dit om de bijniersuppressie en de bijwerkingen op de lange termijn zoveel mogelijk te beperken. Als de patiënt steroïden-afhankelijk lijkt, dient men zich ervan te vergewissen dat er toen de patiënt nog stabiel was verschillende adequate pogingen zijn gedaan om het gebruik van de systemische corticosteroïden geleidelijk te verminderen en dat voor het overige de conventionele astmabehandeling is ingesteld op een optimaal effect. Met deze maatregelen kan het langdurig gebruik van systemische corticosteroïden bij de meeste patiënten worden teruggedrongen. Bij sommige patiënten echter is het, ondanks de aandacht voor al deze aspecten en de niet aflatende inspanningen van arts én patiënt, onmogelijk de zeer hoge bronchiale reactiviteit onder controle te krijgen zonder een regelmatige toediening van hoge doses systemische corticosteroïden; in deze gevallen krijgt de patiënt vaak last van bijverschijnselen en is er dringend behoefte aan doeltreffende alternatieven voor de behandeling met hoge doses corticosteroïden.

In een poging de lange-termijnbijwerkingen van corticosteroïden te verminderen, heeft men gezocht naar een 'steroïden-besparend' agens dat het mogelijk maakt de dosering van de corticosteroïden te verlagen zonder dat dit ten koste gaat van een adequate en stabiele longfunctie. Verschillende onderzoekers hebben erop gewezen dat het opnemen van troleandomycine, een antibioticum uit de groep der macroliden, in de medicatie van patiënten met een steroïden-afhankelijke astma, gunstige steroïden-besparende effecten heeft^{6,7}. Deze effecten lijken geen verband te houden met de antibiotische eigenschap van deze stof; het effect is betrekkelijk specifiek voor methylprednisolon en kan

gedeeltelijk worden verklaard door de invloed die het middel heeft op de corticosteroïdenstofwisseling^{6,8}. Troleandomycine verlengt de plasmahalveringstijd van methylprednisolon tegen te gaan⁸.

Ook sommige anti-inflammatoire middelen kunnen nuttig zijn als steroïden-besparende agens. Zowel bij dieren als bij mensen is een verband geconstateerd tussen de verhoogde reactiviteit na inademing van verschillende stoffen en ontstekingen van de luchtwegen⁹. Bovendien bleek blootstelling aan een stimulus bij exemplaren van twee verschillende diersoorten met neutropenie niet tot een verhoogde reactiviteit van de luchtwegen te leiden⁹. Op grond hiervan mogen we veronderstellen dat het terugdringen van luchtwegontstekingen bij astmapatiënten een gunstige invloed zal hebben op de zeer hoge reactiviteit van de luchtwegen. Het zou heel goed kunnen zijn, dat we hier te maken hebben met het mechanisme dat ten grondslag ligt aan het gunstige effect van corticosteroïden, die bekend zijn om hun ontstekingsremmende eigenschappen^{3,4}.

Ook van goudzouten is bekend dat ze anti-inflammatoire eigenschappen hebben en doeltreffend werken bij de behandeling van ontstekingachtige aandoeningen, zoals reumatoïde artritis. In Japan zijn goudkuren (chrysotherapie) jaren lang aangewend bij de behandeling van astmapatiënten; dit resulteerde in een verbetering van de symptomen, een minder grote behoefte aan andere therapieën (waaronder de behandeling met corticosteroïden) en zo nu en dan langdurige remissieperiodes^{10,11}. Chrysotherapie gaat echter gepaard met veelvuldige, soms ernstige dermatologische, hematologische, renale en pulmonale vergiftigingsverschijnselen¹¹. Bovendien waren de meeste astmapatiënten in deze onderzoeken niet steroïden-afhankelijk en hadden zij dus een lichtere vorm van astma. Dat chrysotherapie een steroïden-besparend effect heeft bij patiënten met ste-

roïden-afhankelijke astma blijkt ook uit berichten uit de Vereniging Staten^{12,13}; het betreft hier echter kortlopende onderzoeken bij een beperkt aantal patiënten.

Een ander ontstekingsremmend middel dat vaak wordt gebruikt bij de behandeling van reumatoïde artritis is methotrexaat. Mullarkey c.s. hebben verslag gedaan van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar het effect van een aanvullende behandeling met lage doses methotrexaat bij patiënten met steroïden-afhankelijke astma¹⁴. In een dubbelblind 'crossover'-onderzoek bij 14 patiënten constateerden zij dat de proefpersonen subjectief verbeterden en 36,5% minder prednison nodig hadden wanneer zij methotrexaat gebruikten in plaats van de placebo. Verschillende patiënten die methotrexaat na het onderzoek bleven gebruiken lukte het met prednison te stoppen. De onderzoekers constateerden geen verschil in de gemiddelde spirometrische waarden tijdens de twee behandelingsperiodes en er waren weinig bijwerkingen. De behandeling met lage doses methotrexaat lijkt bij deze patiënten dus een gunstige steroïden-besparende uitwerking te hebben gehad.

Deze bevindingen wijzen erop dat methotrexaat nuttig kan zijn bij de behandeling van astma. Voordat een behandeling met lage doses methotrexaat echter als meer dan een experimentele therapie voor steroïden-afhankelijke astma mag worden beschouwd, moeten er nog veel vragen worden beantwoord. Het is belangrijk dat er ander geblindeerd onderzoek komt met grotere aantallen patiënten om de voorlopige resultaten van Mullarkey en collega's te bevestigen. Ook zijn er lange-termijnonderzoeken nodig om de incidentie van de toxische effecten en de duur van de gunstige effecten te bepalen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat het gunstige effect van een behandeling met lage doses methotrexaat bij patiënten met reumatoïde artritis na vier tot zes maanden stilaan achterwege blijft. Boven-

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

dien heeft men behandeling met methotrexaat bij een derde van de patiënten moeten staken vanwege ongunstige gevolgen, met als meest ernstige gevolg hepatische, hematologische en/of pulmonale toxiciteit¹⁵. De bevindingen van Mullarkey en de zijnen hebben voorlopig alleen nog maar de hoop gewekt dat verder onderzoek op dit terrein zal leiden tot nieuwe inzichten en effectievere interventies waar het gaat om de behandeling en de preventie van astma.

Cott GR, Cherniack RM. Steroids and 'steroid-sparing' agents in asthma. *N Engl J Med* 1988; 318: 634-6.

Literatuur

1. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary (COPD) and asthma. *Am Rev Respir Dis* 1987; 136: 225-44.
2. Gershwin ME (ed). *Bronchial asthma: principles of diagnosis and treatment*. 2nd ed. Orlando Fla: Grune & Stratton, 1986.
3. Jenne JW, Murphy S (eds). *Drug therapy for asthma: research and clinical practice*. Vol. 31. Lung biology in health and disease. New York: Marcel Dekker, 1987.
4. Cherniack RM (ed). *Drugs for the respiratory system*. Orlando Fla: Grune & Stratton, 1986.
5. Christopher KL, Wood RP II, Eckert FB, Blager FB, Raney RA, Souhrada JF. Vocal-cord dysfunction presenting as asthma. *N Engl J Med* 1983; 308: 1566-70.
6. Spector SL, Katz FH, Farr RS. Troleandomycin: effectiveness in steroid-dependent asthma and bronchitis. *J Allergy Clin Immunol* 1974; 54: 367-79.
7. Wald JA, Friedman BF, Farr RS. An improved protocol for the use of troleandomycin (TAO) in the treatment of steroid-requiring asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1986; 78: 36-43.
8. Szeffer SJ, Brenner M, Jusko WJ, Spector SL, Flesher KA, Ellis EF. Dose- and time-related effect troleandomycin on

methylprednisolone elimination. *Clin Pharmacol Ther* 1982; 32: 166-71.

9. O'Byrne PM, Hargreave FA, Kirby JG. Airway inflammation and hyperresponsiveness. *Am Rev Respir Dis* 1987; 136: Suppl: S35-S37.
10. Muranaka M, Miyamoto T, Shida T et al. Gold salt in the treatment of bronchial asthma – a double-blind study. *Ann Allergy* 1978; 40: 132-7.
11. Muranaka M, Nakajima K, Suzuki S. Bronchial responsiveness to acetylcholine in patients with bronchial asthma after long-term treatment with gold salt. *J Allergy Clin Immunol* 1981; 67:350-6.
12. Reed CE. New therapeutic approaches in asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1986; 77: 537-43.
13. Klausmeyer WB, Noritake DT, Kwong FK. Chrysotherapy in the treatment of corticosteroid-dependent asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1987; 79: 720-5.
14. Mullarkey MF, Blumenstein BA, Andrade WP, Bailey GA, Olason I, Wetzel CE. Methotrexate in the treatment of corticosteroid-dependent asthma: a double-blind crossover study. *N Engl J Med* 1988; 318: 603-7.
15. Tugwell P, Bennett K, Gent M. Methotrexate in rheumatoid arthritis: indications, contraindications, efficacy, and safety. *Ann Intern Med* 1987; 107: 358-66.

Slaaphouding en wiegedood

Zoals de brievenrubriek in de *Lancet* dit jaar leert (11 juni, blz. 1332; 9 juli, blz. 106) is er veel belangstelling voor de houding waarin baby's die aan wiegedood zijn overleden worden aangetroffen. Die belangstelling is met name aangewakkerd door Beal (South Australia) en De Jonge (Amsterdam). Laatstgenoemde heeft er zelfs voor gezorgd, dat in Nederland op de TV aan moeders wordt verteld dat zij hun kind beter op de rug dan op de buik te slapen kunnen leggen. De suggestie dat de kans op wiegedood zo wordt verkleind, komt ook naar voren uit brieven waarin erop wordt gewezen dat in sommige (maar niet alle) onderzochte series van kinderen die aan wiegedood waren overleden een relatief groter aantal kinderen met het gezicht omlaag bleek te hebben geslapen.

In Westerse landen is een beweging op gang gekomen om zuigelingen niet meer op hun zij, maar op hun rug te leggen; men steunt daarbij op waarnemingen van ademhalingsfysiologen bij neonati¹. Zoals Beal heeft aan-

getoond², is er een verschil in het relatieve aantal kinderen dat op de buik te slapen wordt gelegd en van een speciale afdeling komt en het relatieve aantal kinderen dat op zijn buik te slapen wordt gelegd en van een gewone afdeling komt. Bekend is, dat er een samenhang bestaat tussen geboortegewicht en wiegedood en dat, in overeenstemming met die bevinding, verhoudingsgewijs meer kinderen die op een 'zware' obstetrische of neonatologische afdeling hebben gelegen naderhand aan wiegedood zijn overleden. Dit gegeven is op zich van invloed op het relatieve aantal wiegekinderen dat op zijn buik liggend of op zijn rug liggend dood wordt aangetroffen; men moet zich hier zodra het gaat over gegevens met betrekking tot de slaaphouding rekenschap van geven. Een andere factor is de scholingsgraad van de moeder: in het ene milieu worden kinderen heel anders grootgebracht dan in het andere; zo is borstvoeding in de ene kring populairder dan in de andere.

Dan is er nog een punt waarover zel-

den wordt gesproken, te weten het wiegie of de matras³. Zoals wij al lang geleden hebben beschreven⁴, zal nasale obstructie bij bepaalde soorten matrassen eerder optreden dan bij andere. Uit de VS stamt voorts een bericht over een kennelijk hogere prevalentie van aan wiegedood overleden kinderen die met het gezicht omlaag op een waterbedmatrasje lagen⁵. Ik hoop, dat het in het Verenigd Koninkrijk geen gebruik wordt baby's op een waterbed te leggen.

Andere factoren die vaak niet in de discussie worden betrokken, lijken wel zo belangrijk te zijn. Zoals kortelings door Lee c.s. vermeld (*Lancet* 11 juni 1988) zouden gegevens met betrekking tot Hongkong, waar wiegedood naar zeer wel hard valt te maken vrijwel niet voorkomt, erop kunnen wijzen dat belangrijker dan kinderen in een bepaalde houding te slapen te leggen is, dat er voortdurend iemand is die op ze let, ook als ze slapen. Uit eigen ervaring weet ik, dat ik als ik naar mijn kinderen ging kijken altijd even het gezichtje wilde zien, zelfs al

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

was het kind in slaap. Dat men baby's daarginds op hun rug en niet op hun buik te slapen legt uit angst dat ze anders stikken, hoeft dus niet waar te zijn.

Vertrouwelijke informatie over wiegekinderen die zijn gestorven maakt het aannemelijk dat er kinderen zijn die in hun wiegje stikken⁶, maar dan hebben we het over een klein aantal. Als we alle feiten in ogenschouw nemen, springen deze gevallen er zo uit; de houding waarin het kind in bed is gelegd, op zijn rug of op zijn buik, blijkt maar in een paar van die gevallen als enige oorzakelijke factor in aanmerking te komen.

Het is niet eenvoudig iets te zeggen over de slaaphouding. Bewijzen dat die houding in maar liefst een derde van de gevallen van wiegedood de hoofdrol speelt – wat wel is gesuggered – ontbreken. Het zou erg zijn, als moeders het gevoel zouden krijgen dat het haar eigen schuld is dat haar kind is gestorven: had ze het maar niet op de buik moeten laten slapen, ook al had de kinderarts het nog zo gezegd . . .

John L. Emery

Naschrift

Zoals Prof. Emery al aangeeft, is het pad van wie onderzoek doet naar wiegedood en slaaphouding, met voetangels en klemmen omgeven. Dat klopt. Niettemin zijn wij stellig van mening, dat men erop bedacht moet zijn zuigelingen niet op hun buik te slapen te leggen en dat nader onderzoek hierover nodig is.

Eén potentiële 'confounder' is een laag geboortegewicht. In een groot aantal afdelingen voor pasgeborenen legt men de kinderen bij voorkeur op hun buik te slapen; kinderen met een laag geboortegewicht lopen een grotere kans aan wiegedood te overlijden. Toch gaat het in maar circa 15% van de gevallen van wiegedood om kinderen met een laag geboortegewicht¹⁻³. Langs deze weg kan het door ons gevonden statistische verband dus niet worden wegverklaard. Bij een onderzoek waarvan de uitkomsten nog niet zijn gepubliceerd, vonden we dat het verband uiterst sterk bleef na correctie voor een geboortegewicht lager dan 2.500 g. Terecht merkt Emery op, dat er nog maar weinig bekend is over de invloed van matras en dek; nader onderzoek hiernaar is nodig. Ook wij hebben onze bedenkingen bij het waterbed, maar we merken wel op dat er slechts zes gevallen zijn beschreven waarin wiegedood met het slapen op een waterbed werd geassocieerd. Als we op basis hiervan al moeten gaan uitkijken, dan toch helemaal wanneer het gaat over de buikligging, waarvan immers bij herhaling is aangetoond dat er een statistisch verband bestaat met de wiegedood⁴.

Het is goed mogelijk, dat in landen waar wiegedood nauwelijks voorkomt (bijvoorbeeld Hongkong) andere aspecten van de babyverzorging dan de houding waarin het kind te slapen wordt gelegd een rol spelen; inderdaad kan men wat dit betreft, met Emery, denken aan de omstandigheid dat in die landen beter op de kleinsten wordt gelet. Het onderzoek waar wij ons op het ogenblik mee onledig hou-

den is erop gericht meer over dit soort factoren te weten te komen.

De slaaphouding op zich kan de dood niet veroorzaken. Wiegedood is een multifactorieel bepaald gebeuren: zowel bij het kind gelegen factoren als factoren van buiten kunnen er een rol bij spelen, en één zo'n medeoorzakelijke externe risicofactor kan de slaaphouding zijn; als dat zo is, is daar wat aan te doen. Behalve als het gaat om een kind dat lijdt aan een aandoening als het Robin-syndroom of reflux-oesophagitis of als het gaat om een prematuur geboren kind tot 4 weken, is het niet duidelijk waarom men het op z'n buik zou laten slapen.

Adèle C. Engelberts,
Guus A. de Jonge

Literatuur

1. Prone or supine for preterm babies. *Lancet* 1988; 1: 688.
2. Beal S. MD Thesis. Flinders University of South Australia, 1987.
3. Oudesluys-Murphy AM, Yperen WJ van. The cot in cot deaths. *Eur J Pediatr* 1988; 147: 85-6.
4. Emery JL, Thornton JA. Effects of obstruction to respiration in infants, with particular reference to mattresses, pillows, and their coverings. *Br Med J* 1968; ii: 209-13.
5. Ramanathan R, Chandra S, Gilbert-Barnes E, Franciosi R. Sudden infant death syndrome and water beds. *N Engl J Med* 1988; 318: 1700.
6. Jepson ME, Taylor EM, Emery JL. Identification of failures in the child health services by means of confidential enquiries into infant deaths. *Maternal Child Health* 1983; (Jan): 26-31.

Literatuur

1. Watson E, Gardner A, Carpenter RG. An epidemiological and sociological study of unexpected death in infancy in nine areas of southern England I: *Epidemiology. Med Sci Law* 1981; 21: 78-86.
2. Rintahaka PJ, Hirvonen J. The epidemiology of sudden infant death syndrome in Finland in 1969-1980. *Forensic Sci Int* 1986; 30: 219-33.
3. Cameron MH, Williams AI. Development and testing of scoring systems for predicting infants with high-risk of sudden infant death syndrome in Melbourne. *Aust Paediatr J* 1986 (suppl): 37-45.
4. Beal S. Sleeping position and SIDS. *Lancet* 1988; ii: 512.

Emery JL. Sleeping position, cot mattresses, and cot deaths. *Lancet* 1988; ii: 738-9 (Letters to the Editor).
Engelberts AC, Jonge GA de. Sleeping position and cot death. *Lancet* 1988; ii: 899-900 (Letters to the Editor).

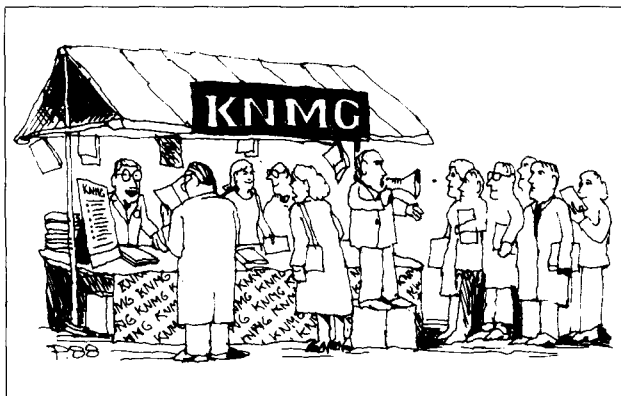
THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

KNMG

Grote belangstelling voor informatiemarkten

De tot nu toe gehouden drie van de vier in november jl. geplande KNMG-informatiemarkten voor medisch studenten zijn zeer geslaagd te noemen. In Rotterdam kwamen maar liefst 400 studenten hun licht opsteken bij de medewerkers van de diverse organisaties die deze markten bemannen. Volop in de belangstelling staan onderwerpen als de opleidingsmogelijkheden na het artsexamen en de vele aspecten van de werkloosheidsproblematiek. Leiden en Amsterdam hebben eveneens veel medisch studenten van de gevraagde informatie kunnen voorzien. Ten tijde van deze publicatie moest de op 28 november geplande markt aan de Rijksuniversiteit Limburg nog plaatsvinden.

De KNMG, haar maatschappelijke verenigingen en de registratiecolleges zijn samen met de Vacaturebank voor artsen, de SWG, de Olma, de Artsen Onderlinge, Movir DTO en de VVAA verantwoordelijk voor de organisatie van deze informatiemarkten. Helaas is in de aankondigingstekst op bladzijde 1400 van Medisch Contact nr. 45/1988 van 11 november jl. abusievelijk de VVAA niet als medeorganisator vermeld. De MFAS, de Medische Faculteitsvereniging van Amsterdamse Studenten, is verantwoordelijk voor de totale organisatie van de op 24 november in het AMC gehouden



informatie markt. De informatiemarkten voorzien duidelijk in een behoefte. Reden voor de organisatoren deze markten in het voorjaar van 1989 voor de medisch studenten in Nijmegen, Groningen en Utrecht te houden.



Massale belangstelling van de Rotterdamse studenten voor de op 15 november jl. in de examenzalen van het universiteitsgebouw van de Erasmus Universiteit gehouden informatiemarkt.

KNMG

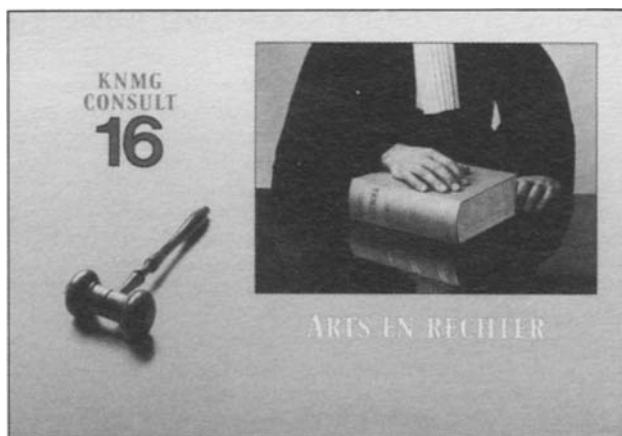
Consultreeks nummer 16 'Arts en rechter'

De Consultreeks van de KNMG is een serie informatieve brochures over diverse onderwerpen in relatie tot de medische beroepsuitoefening. De brochures worden gratis via Medisch Contact aan alle KNMG-leden gestuurd en bij tal van andere gelegenheden – bijvoorbeeld congressen en informatiemarkten van de KNMG – gratis ter hand gesteld.

Nieuw in de serie is nummer 16, getiteld 'Arts en rechter'. Hierin wordt achtereenvolgens behandeld: welke rechters er zijn, wie een klacht aanhangig maakt, aan welke normen er wordt getoetst en de bewijsproblematiek.

Nog volop verkrijgbaar in de Consultreeks zijn: nr. 9 – Arts en werkloosheid en nr. 15 – Financieringsmogelijkheden.

KNMG-leden kunnen de brochure gratis bestellen via telefoon 030-823911; voor niet-leden tegen betaling van f 10,- per brochure, over te maken op girorekening 58083 van de KNMG Utrecht onder vermelding van het gewenste nummer van de Consultreeks.



UIT DE VERENIGINGEN

KNMG

Servicerubriek werkzoekende artsen

Deze rubriek is opengesteld voor werkzoekende KNMG-leden. Via deze rubriek kunnen werkzoekende artsen zich – anoniem – bekendmaken aan potentieel geïnteresseerden. Hiertoe schrijft u in telegramstijl de belangrijkste gegevens op (opleiding, eventuele specialisatie, bijzondere interesse, ervaring, leeftijd en dergelijke) en stuurt deze gegevens aan de KNMG, t.a.v. de afdeling Public Relations, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht. De KNMG zorgt dan voor verdere afhandeling, zoals tekststroomlijning, publikatie én doorzending van reacties naar de inzender. Wat betreft dat laatste kunt u desgewenst ook uw eigen telefoonnummer en/of adres vermelden in deze mededeling. Het duurt twee à drie weken voordat publikatie kan plaatsvinden, houdt u daar rekening mee. Uiteraard geldt deze service uitsluitend voor leden van de KNMG. Geïnteresseerden kunnen schriftelijk reageren via de KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht ter attentie van de afdeling Public Relations (onder vermelding van het desbetreffende servicenummer) of via het in de annonce genoemde telefoonnummer.

133. Basisarts, 26 jr., vr., artsexamen oktober 1987. Ervaring: 6 maanden house officer chirurgie in Engeland. Zoekt werk liefst in de verloskunde als assistent, verloskundige of in onderzoek. Reacties: tel. 030-714213.

134. Algemeen arts, 41 jr., vr., zoekt om ruimere ervaring op te doen plaats als assistent niet in opleiding, bij voorkeur op afdeling Interne van een streekziekenhuis. Interesse: geriatrie. Reacties: tel. 01620-23849.

135. Huisarts, 33 jr. Ervaring: kleine chirurgie, traumatologie, Verloskunde en verpleeghuiswaarneming. Zoekt waarneming of associatie in huisartsenpraktijk. Reacties: tel. 030-444538.

KNMG

Omgaan met de media

Onmiskenbaar groeit de aandacht van de media voor de gezondheidszorg. Die ontwikkeling houdt in dat de kans op een contact van gezondheidswerkers met vertegenwoordigers van pers, radio en TV toeneemt. Daarom heeft de KNMG indertijd brochure nummer 13 in de Consult-reeks uitgegeven, getiteld 'Arts en publiciteit'. Hierin zijn allerlei nuttige wenken en suggesties voor de omgang met de media opgenomen. Dat is niet overbodig. Er kunnen zich immers lastige vragen voordoen.

Indien bijvoorbeeld artsen wordt gevraagd om voor een krant hun mening te geven over een nieuwe behandelwijze die door een collega elders wordt toegepast, dienen zij niet alleen voldoende van de materie te weten. Men moet ook oog hebben voor de positie van de bewuste collega en, minstens zo belangrijk, voor die van zijn patiënten, bij wie overspannen verwachtingen of juist angst kunnen ontstaan. Naast deze inhoudelijke problemen zijn er problemen van procedurele en uitvoerende aard. Wie dient men vooraf te informeren? En een artikel moet vóór publikatie op onjuistheden worden gecontroleerd.

Dit soort vragen en nog meer komt aan de orde in genoemde brochure die KNMG-leden gratis ter beschikking wordt gesteld.

Consultmogelijkheid voor leden van de Afdeling 's-Gravenhage en omstreken

Omdat geschreven adviezen nooit geheel zijn toegespitst op een specifieke situatie, is het prettig bij eventuele contacten met de media te kunnen terugvallen op iemand met ervaring op dit gebied. Eenmaal gemaakte fouten blijken in de praktijk nauwelijks corrigeerbaar en het is daarom zaak al meteen zorgvuldig te opereren. Daartoe kan men contact opnemen met:

In onze Afdeling: J. C. B. M. Rensing, Nicolaïstraat 1, 2517 SX 's-Gravenhage, tel. 070-450540.

Vanuit de PHV: M. F. Cox, Van Musschenbroekstraat 46, 2522 AS 's-Gravenhage, tel. 070-954939.

Vanuit de Bond van Medisch Specialisten: Dr. H. Walinga, Van Polanenpark 324, 2241 SB Wassenaar, tel. 01751-18833.

En natuurlijk . . . met de KNMG in Utrecht!

KNMG

Verslag minisymposium 'Arts en straling'

De Afdeling 's-Gravenhage en Omstreken heeft in samenwerking met de afdeling PR van de KNMG Utrecht op donderdag 20 oktober jl. in het Promenade Hotel te 's-Gravenhage een minisymposium 'Arts en straling' gehouden. Onder de 150 aanwezigen waren ook leden van de Afdelingen Westland, Delft en Leiden. Ir. J. Dekker, wetenschappelijk hoofdmedewerker van de medische faculteit Rotterdam, afdeling biologische en medische natuurkunde, nam als eerste spreker het woord. In zijn voordracht 'wat iedere arts over straling moet weten' behandelde hij de basale informatie over ioniserende straling en de toelaatbare dosis waaraan mensen kunnen worden blootgesteld.

Dr. J. A. Gevers Leuven, arts, wetenschappelijk onderzoeker te Leiden, sprak over 'Kernafval, daar kom je niet van af'. Hierin uitte hij zijn bezorgdheid over de effecten van straling (op langere termijn) op de mens. 'De genetische schade is niet duidelijk in te

schatten; mogelijk wordt de schade hersteld of treedt er selectie bij het conceptus op. Wellicht is de rustende eicel minder gevoelig voor straling'. Ook het omgaan met kernenergie en de verwerking van afval zijn zaken die zijn inziens de grootste aandacht vragen. Tot slot sprak KNMG-voorzitter W. H. Cense. In zijn voordracht 'Uitstraling of professionele must' stelde spreker dat radioactieve straling niet meer valt weg te denken uit de medische techniek, maar waarschuwde artsen dat zij de angst van mensen hiervoor niet zonder meer ter zijde mogen schuiven. Voorlichting alleen zal niet voldoende zijn. De KNMG dient zijns inziens aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid voor te stellen een aparte kamer voor milieuzaken op te richten, waaronder alle zaken de straling betreffende moeten ressorteren. De leden van deze kamer zullen alle disciplines moeten vertegenwoordigen die deskundig zijn op dit terrein.