

MEDISCH CONTACT

Nummer 47 – 25 november – 43e jaargang

De GG&GD Amsterdam wenst (en krijgt het geld om) alle zwangeren in die stad op HIV te screenen. Maar wat is de meerwaarde van zulk epidemiologisch prevalentieonderzoek? Zijn adequate preventie en hulpverlening nu niet urgenter? L. Wigersma (vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam) stelt de vraag; Dr. R. A. Coutinho, hoofd sector Volksgezondheid en Milieu van genoemde GGD, dient hem terstond van repliek.

Al twintig jaar krijgen bij Revalidatie Tolbrug van het Groot Ziekengasthuis te 's-Hertogenbosch ouders van motorisch gestoorde kinderen van 0 tot 4 jaar onderricht in het toepassen van behandelingstechnieken. Een evaluatie van revalidatie-arts G. J. D. Bleijerveld en logopediste M. F. J. G. van Wijmen, beiden werkzaam bij de Tolbrug.

In Engeland is de gezondheidszorg in 1948 generationaliseerd. De realiteit van nu en de idealen van toen ontlopen elkaar nogal. Zie de tweede bijdrage van Drs. L. W. F. Hooftman over de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk.

Bij ongeveer 25% van alle in het ziekenhuis overleden patiënten wordt obductie verricht. Maar hoe zit het met het aantal obducties bij patiënten die thuis of in het verpleeghuis zijn overleden? Om deze vraag te beantwoorden heeft de huisarts Drs. E. Wabeke, verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Groningen, een enquête gehouden onder de pathologische laboratoria in ons land.

Preventie en primaire behandeling van een CVA zijn regelmatig onderwerp van onderzoek geweest. Dr. J. de Vries, revalidatiearts, besteedt aandacht aan de gang van zaken op langere termijn. Centraal staat de vraag of de patiënt weer thuis komt.

Specialisten zijn gebonden aan een ziekenhuis en moeten daar, ook in hun eigen belang, intensief mee samenwerken. Maar er zijn mogelijkheden voor het opzetten van een eigen marketingstrategie, betogen Drs. F. P. Broere en R. W. Verbrugge van de vakgroep Commerciële Beleidsvorming Erasmus Universiteit Rotterdam.

INHOUD

Is epidemiologisch AIDS-onderzoek nog wel zinvol?

L. Wigersma – 1449

Prevalentieonderzoek kan richting geven aan preventiecampagnes

Dr. R. A. Coutinho – 1450

Kinderrevalidatie. Vroegtijdige behandeling van kinderen met motorische stoornissen

G. J. D. Bleijerveld en M. F. J. G. van Wijmen – 1451

The British Connection. De National Health Service

Drs. L. W. F. Hooftman – 1455

Weinig obducties bij thuis overledenen

Drs. E. Wabeke – 1457

Arts en recht. Ongerustheid als signaal. Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege d.d. 11 februari 1988 – 1458

Cerebrovasculair accident: de rol van revalidatiecentrum en verpleeghuis

Dr. J. de Vries – 1460

Marketing voor specialisten. 2: Marketingbeleid en marketingsactiviteiten

Drs. F. P. Broere en R. W. Verbrugge – 1463

Een telefoonactie van de Consumentenbond naar aanleiding van de acties van de specialisten

Mr. P. C. de Klerk – 1467

LSV: geen gevaar voor patiënt – 1469

Colofon 1442 – Colofon officieel 1442 – Hoofdreactioneel commentaar 1443 – Voorzitterskolom KNMG 1444 – Brieven 1445 – Praktijkperikelen 1448 – Dagboek 1466 – Boeken 1469 – Buitenland 1471 – Uit de Verenigingen 1476

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 doktersbezoek (pols voelen); uit het 14de-eeuws manuscript Canon van Avicenna'.
Bibliotheca Vaticana, Rome.

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, informaticus.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

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

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.

Apotheker als gezondheidsvoorlichter?

De laatste weken zijn er in de pers berichten verschenen dat in openbare apotheken materiaal voor zogeheten 'droge' tests zou worden geplaatst; de apotheker zou zich, door de patiënt bij te staan bij het interpreteren van de testuitslag, mede profileren als voorlichter en adviseur op gezondheidsgebied. Blijkens deze berichten zou het met name gaan om tests die door de Amerikaanse FDA niet zijn geaccepteerd en nu om commerciële redenen op de Europese markt, waar diagnostica aan veel minder stringente bepalingen onderhevig zijn, worden gedumpt.

Mij dunkt, dat de problematiek van de droge tests en het toekomstige profiel van de apotheker los van elkaar moeten worden benaderd. Eerst dus de droge tests. Enerzijds past het beschikbaar komen van dit soort tests in het emancipatieproces waarin mensen zelf betrokken worden bij de beantwoording van de vraag wat er met hen aan de hand is. Anderzijds bestaan er grote vragen over de kwaliteit en de betrouwbaarheid van deze tests, over het vermogen van mensen de uitslag te interpreteren en over de vraag of de introductie van dit soort diagnostica geen onnodige nieuwe kosten genereert. De tests zijn nauwelijks op grote schaal onderzocht. Zelfs artsen blijken er vaak moeite mee te hebben testuitslagen te interpreteren. Te verwachten is dat bij toepassing van een test in openbare ruimten de a priori kans op een positieve uitslag gering zal zijn, zodat onder alle condities (bijvoorbeeld zowel nuchter als na voedselopname) het onderscheidend vermogen van de test wel bijzonder krachtig moet zijn, wil men aan de uitslag betekenis kunnen hechten. Het gevaar is, dat mensen ten onrechte ongerust worden gemaakt of zonder grond worden gerustgesteld. Ervaringen met mensen die na een bloeddrukmeting in een grootwinkelbedrijf overstuurd op het spreekuur kwamen, stellen me wat dit betreft niet gerust. Gezien de snelheid waarmee deze ontwikkelingen plaatsvinden, moet de overheid zich snel uitspreken over de vraag of en, zo ja, welke eisen er ten aanzien van kwaliteit en beschikbaarstelling van diagnostica moeten worden gesteld.

Waarschijnlijk onbedoeld, heeft de publiciteit rondom de zogeheten droge tests de schijnwerper doen richten op de toekomstige functie van de apotheker. Wie de laatste jaargangen van het Pharma-

ceutisch Weekblad doorbladert, komt tot de conclusie dat de apotheker zich professioneel, en als we afgaan op wat sommigen zeggen ook financieel, in een crisis bevindt. De traditionele taak van de apotheker als geneesmiddelenbereider is praktisch wegge gevallen: nog ongeveer 10% wordt zelf bereid en dit percentage daalt snel. Met betrekking tot deze door de apothekers zelf bereide farmaceutische producten concludeerde de hoofdinspecteur van de Volksgezondheid voor de geneesmiddelenvoorziening, Dr. C. A. Teijgeler, vorig jaar dat uit een onderzoek was gebleken dat 45% van het totale aantal onderzochte monsters niet aan de kwaliteitseisen voldeed; een constatering waarop het hoofdbestuur van de KNMP reageerde door zowel de kwaliteitseisen te kritiseren als de apothekers te verzoeken aan de eigen bereiding de

Dr. C. Spreeuwenberg

nodige aandacht te geven. Aan het bewaken van kwaliteit van de af te leveren geneesmiddelen komen de meeste apothekers nauwelijks toe. Het vasthouden aan eigen bereidingen en kwaliteitscontrole in elke apotheek wordt binnen de eigen kring al als een gestreden en verloren zaak beschouwd¹. Er wordt daarom gepleit voor centralisatie van deze taken in regionale clusters en openbare apotheken met gezamenlijke productie- en laboratoriumfaciliteiten.

De laatste decennia is de voorlichtende taak op het gebied van geneesmiddelen steeds belangrijker voor de apotheker geworden. In te veel gevallen is het overleg met de voorschrijvende artsen over het farmacotherapeutisch beleid nog te weinig gestructureerd en ontbreekt het aan een goede feedback. De tijd dat een voorschrift kon worden afgeleverd met het etiket 'Gebruik bekend' ligt achter ons. In het rapport 'Profiel openbare apotheker' wordt terecht ook grote aandacht gegeven aan de medicatiebegeleiding en -bewaking. Iedereen die met voorschrijven te maken heeft, weet dat hierbij gemakkelijk fouten worden gemaakt en dat een dubbele bewaking – door arts en apotheker – geen overbodige luxe is. Door verdergaande automatisering zullen deze taken beter kunnen worden uitgevoerd, mits de patiënten ook na het verwezenlijken van de plannen van de

commissie-Dekker bij één apotheek ingeschreven blijven. Met het oog op de privacy lijkt het niet wenselijk dat er één databestand en -netwerk komt waarbij gegevens over patiënten tussen apotheken kunnen worden uitgewisseld.

Thans lijkt een ontwikkeling te zijn ingezet waarbij de apotheker zich ook op diagnostisch terrein wil gaan profileren. In 1986 voorzag – op grond van feiten of van dromen? – de secretaris wetenschappelijke zaken van de KNMP, De Blaey, al dat 'patiënten de apotheker zullen gaan raadplegen over kwalen die de gang naar de huisarts nog niet nodig lijken te maken'². Er zijn thans plannen om apothekers videomateriaal over veel voorkomende gezondheidsproblemen aan patiënten ter beschikking te laten stellen. Gecombineerd met het aanbieden van diagnostische tests en de advisering hierover is de apotheek dan al aardig op weg de schijn te wekken een 'centrum van deskundigheid over gezondheid' te zijn, wat het ten enenmale niet is. Terecht schreef Van der Hoeven³, dat zelfzorg, eigen verantwoordelijkheid en deprofessionalisering niet betekenen dat daar waar de arts niet wordt geraadpleegd, de apotheker zijn plaats moet innemen. Van de inrichting van de apotheek en het dragen van een witte jas gaat de suggestie van deskundigheid uit. De apotheker mag het gebied waarop hij deskundig is, te weten de controle van de grondstoffen en de bereiding en verstrekking van en voorlichting over geneesmiddelen, verdedigen. Tegelijk echter moet hij eerlijk zijn en aangeven dat zijn kennis op het gebied van gezondheid en de diagnostiek van kwalen niet uitstijgt boven die van een leek.

Het is begrijpelijk dat apothekers met enige jaloezie kijken naar het professionaliseringsproces van de huisarts en dat ze daarvan willen leren⁴. Wil dat met succes gebeuren, dan doen ze er verstandig aan zich evenals de huisartsen op de specifieke kenmerken van hun beroep te concentreren. □

1. Kind LAP de, Grijseels H. Het bestaansrecht van de eigen bereiding in de openbare apotheek. *Pharmaceutisch Weekblad* 1988; 123: 325-6.

2. Blaey CJ de. Naar een evenwichtige en deskundig bemande eerstelijnsgezondheidszorg. *Medisch Contact* 1986; 41: 1185-6.

3. Hoeven ACJ van der. Plaats en taak van de openbare apotheek in de ogen van de LHV. *Medisch Contact* 1987; 41: 663-4.

4. Matthijse AM. Ontwikkeling in de openbare farmacie en het professionaliseringsproces van de huisarts. *Pharmaceutisch Weekblad* 1988; 123: 165-73.

KNMG-voorzitter W. H. Cense:

Een eigen specifieke verantwoordelijkheid

Mijn inleiding tijdens de Algemene Vergadering van 28 oktober jl. stond in het teken van twee actuele onderwerpen.

1. het conflict tussen de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) en de overheid plus andere participanten en belanghebbenden in de gezondheidszorg;
2. de relatie tussen milieu en gezondheidszorg.

De traditionele taakverdeling tussen de KNMG en haar maatschappelijke verenigingen brengt met zich mee dat de KNMG niet verantwoordelijk is voor de puur materiële belangenbehartiging. Desondanks achtte ik het als voorzitter van belang, namens het hoofdbestuur tegenover de leden verantwoording af te leggen over de positie die de KNMG in de afgelopen maanden heeft ingenomen ten opzichte van de LSV.

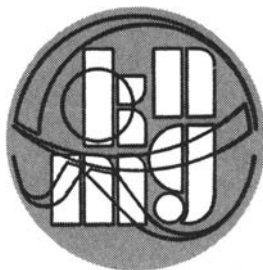
Onder de gehele beroepsgroep is de laatste jaren een verschuiving waar te nemen van roeping naar beroep. Toch zal de zorg voor de patiënt te allen tijde centraal dienen te staan. Tegen die achtergrond heeft het hoofdbestuur in 1986 een Domus Actie Comité ingesteld. Dit heeft als opdracht de interne coördinatie, communicatie en afstemming inzake te voeren acties te activeren en te begeleiden. Met name het bewaken en formuleren van de randvoorwaarden is een voorname rol van de KNMG. Eén van de belangrijkste randvoorwaarden is, dat ook tijdens acties de medische zorg voor patiënten nooit in het gedrang mag komen; immers, de KNMG staat primair voor de bevordering der geneeskunst in de ruimste zin des woords.

Het Domus Actie Comité heeft uiteindelijk een actieplan opgesteld dat aan die voorwaarden voldeed. Natuurlijk trad er ongemak op voor patiënten. Echter, iedereen die op medische gronden diende te worden geholpen; kreeg ook daadwerkelijk hulp. De acties zijn overigens ook volgens de richtlijnen van het Comité Permanent van artsen der EG geoorloofd.

Door het eenzijdige besluit van het kabinet over de inkomenspositie en praktijkkosten van de specialisten was het

hoofdbestuur van mening dat het niet gepast was de politiek verantwoordelijke bewindsman het jaarlijkse, gezamenlijke ledencongres van de KNMG te laten openen. De manier waarop de overheid de kosten van de gezondheidszorg tracht te beteugelen, is naar mijn oordeel beleidsmatig zeer kortzichtig en derhalve een blunder.

Niettemin sprak en spreek ik de vurige wens uit, dat uiteindelijk de teleurstelling en de boosheid worden omgezet in een constructieve, strijdvaardige attitude. Een attitude waarin kwaliteit in de gezondheidszorg in de meeste brede betekenissen wordt verheven tot één, boven de partijen staand, na te streven doel. Im-



mers, kwaliteit te zamen met de bewaking en toetsing ervan, zal een steeds belangrijker criterium worden waarop de gehele beroepsgroep wordt aangesproken.

Het is tegen deze achtergrond dat, uitgaande van haar eigen specifieke taakstelling en verantwoordelijkheid, de KNMG, als één van de koepelorganisaties in de gezondheidszorg, bewust een initiërende en stimulerende rol zal blijven spelen en opeisen in de totale organisatie van onze gezondheidszorg.

De relatie tussen milieu en gezondheid kwam nadrukkelijk ter sprake op het KNMG-mini-symposium in Den Haag. Het hoofdonderwerp aldaar luidde: 'Arts en straling'. Het onlangs verschenen rapport van de Centrale Raad voor de Milieuhygiëne (1987) bevestigde de uitspraak van mijn voorganger, collega Derksen, dat de samenhang tussen volksgezondheid en milieu een veel gro-

tere is dan tot nu toe blijkt uit de beleidsafstemming ter zake. Om aan dit maatschappelijk zeer relevante onderwerp op een meer gestructureerde wijze aandacht te geven, stel ik dat:

- er op zo kort mogelijke termijn een inventarisatie van de veelheid van activiteiten met betrekking tot de relatie tussen milieu en gezondheid moet komen;
 - het bewustwordingsproces actief dient te worden ontwikkeld binnen de kring van medici;
 - er beleidsmatig gestalte dient te worden gegeven aan de gezondheidsdeskundigheid en -optiek bij milieuvraagstukken;
 - ook in dit verband een minister van Volksgezondheid noodzakelijk is.
- Ook hier ligt voor de KNMG een uitdaging om haar verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg concreet gestalte te geven.

Zowel het eerste als het tweede onderwerp maakt duidelijk dat de KNMG een eigen specifieke verantwoordelijkheid heeft. Die verantwoordelijkheid berust niet alleen op doelstellingen en deelbelangenbehartiging. Het bewaken van waarden die uitsteken boven groepsbelangenbehartiging is het beste visitekaartje dat een professionele organisatie kan afgeven. Dit illustreert nogmaals, zowel impliciet als expliciet, de aparte en onmisbare waarde van het individuele lidmaatschap der KNMG.

W. H. Cense,
voorzitter KNMG

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.

SCREENING OP PKU EN CHT

In ons land worden alle pasgeborenen sedert jaren onderzocht op de aanwezigheid van twee aangeboren aandoeningen, te weten fenylketonurie (PKU) en congenitale hypothyreoïdie (CHT). Dit bevolkingsonderzoek wordt uitgevoerd door middel van de hielprik. Meer dan 99,5% van de pasgeborenen wordt gescreend. Jaarlijks worden hierbij circa 15 patiënten met PKU en circa 60 patiënten met permanente CHT vroegtijdig opgespoord. Door deze patiënten op zeer vroege leeftijd te behandelen kan cerebrale beschadiging worden voorkomen.

Dat de screening zo uitstekend loopt, komt door de medewerking van wijkverpleegkundigen, vroedvrouwen en huisartsen. Desondanks blijkt zich een aantal problemen voor te doen dat onze voortdurende aandacht vraagt:

1. *tijdstip screening*. Het optimale tijdstip is de leeftijd van 6 t/m 8 dagen ook bij prematuren.* Helaas wordt circa één derde van de kinderen op een later tijdstip onderzocht.
2. *invullen kaart*. De kaart dient volledig te worden ingevuld. Let op datum geboorte en hielprik en bij prematuren op de additionele gegevens (geboortegewicht, zwangerschapsduur); deze gegevens zijn van groot belang voor de interpretatie van de uitslagen.
3. *tweede onderzoeken*. Indien een tweede hielprik noodzakelijk is, dient op de screeningskaart duidelijk te worden aangegeven dat het om een tweede onderzoek gaat. Ter besparing van onnodige laboratoriumbepalingen moet tevens duidelijk worden gegeven of er onderzoek naar PKU dan wel naar CHT moet worden verricht.

Amsterdam, november 1988

Prof. Dr. J. J. M. de Vijlder,
secretaris landelijke begeleidingscommissies
CHT en PKU

* Bij PKU dient dit eventueel te worden herhaald, als er onvoldoende voeding is.

VAN NEONATALOGIE NAAR NEOTHANALOGIE?

Het zij mij vergund enige kanttekeningen te plaatsen bij het artikel 'Levensbeëindiging bij ernstig gehandicapte pasgeborenen' van de hand van Prof. Dr. H. J. J. Leenen (MC nr. 36/1988, blz. 1050). In het algemeen kan ik zijn beschouwingen over het rapport van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen van de KNMG onderschrijven. Zijn kritiek op de overwegingen in het KNMG-rapport ten opzichte van de invloed van de

BRIEVEN

ouders bij de beslissing over al of niet onleefbaar leven van de pasgeborene deel ik ten volle. De vaststelling van 'onleefbaar leven' van de pasgeborene moet *uitsluitend* geschieden op grond van de lichamelijke toestand en mag niet (mede) afhankelijk zijn van de aard, de gedragingen en de mening van de ouders.

In mijn artikel getiteld 'Wettelijke regeling euthanasie moet worden ontraden' (MC nr. 17/1984, blz. 537) heb ik Prof. Van den Bergs brochure 'Medische macht en medische etiek' aangehaald. Een passage uit dit artikel volgt hier:

'Ook gaat Van den Berg in op het softenondrama. Ik kan hem volgen waar hij stelt dat het in gevallen als door hem beschreven geoorloofd moet zijn in te grijpen en te voorkomen dat het kind met een afschuwelijke toekomstverwachting tot ontwikkeling komt. De navrante foto van het schrandere kijkende jongetje met stompjes van armen en benen zal velen hebben ontzet. Geen kind vraagt om geboren te worden; wanneer dan bij de geboorte blijkt dat het uitzicht op een menswaardig bestaan vrijwel nihil is, komt het mij voor dat de betreffende medicus, eventueel na collegiaal overleg, en met goedkeuring van de ouders, de verdere ontwikkeling actief beëindigt.

'Ik beseft dat dit standpunt in strijd is met de heersende wet. Maar boven de wet staat het menselijk mededogen. Of dan de wet moet worden gewijzigd? Ik meen van niet. In principe is de wet juist, maar de arts moet de mogelijkheid hebben – en nemen – in bepaalde gevallen, om zuiver menselijke redenen, van de wet af te wijken. Uiteraard zal de arts in zo'n geval zijn ingrijpen aan de Officier van Justitie moeten melden, met kennisgeving van de motieven die hem hiertoe hebben geleid. Wanneer er dan toch een aanklacht wordt ingediend, mag worden verwacht dat de rechter zal vonnissen: 'Schuldig zonder oplegging van straf'. De behandelend arts verricht in dit geval een niet-medische handeling. Maar hij of zij is degene die, door opleiding en ervaring, de meest aangewezen persoon is, die deze, op zich ellendige maar, door omstandigheden, noodzakelijke ingreep, zal moeten doen.' Hoewel ik de grondgedachten van Prof. Leenen deel, ben ik het niet eens met zijn conclusies: 'Onvrijwillige levensbeëindiging, onder welke vormgeving dan ook, moet worden afgewezen. Over actief levensbeëindigend ingrijpen zonder verzoek van de betrokkene ben ik kort: dat is infanticide en niet aanvaard-

baar.' Hier neemt Prof. Leenen een, mijns inziens, te dogmatisch standpunt in, en elk dogma, niet alleen een geloofsdogma maar ook een medisch dogma, is een menselijk maaksel en als zodanig feilbaar.

's-Gravenhage, oktober 1988

Dr. W. Mooij

Naschrift

Ik dank Dr. Mooij voor zijn reactie, die mij de gelegenheid geeft een punt nader te verduidelijken.

Ik reageerde op het KNMG-rapport, omdat ik meen dat dat rapport een poging doet in algemene zin een norm te veranderen die niet veranderd mag en kan worden, namelijk die van onvrijwillige levensbeëindiging. Ik beschouw mezelf niet als een dogmatisch persoon en ik heb me in het gezondheidsrecht ook niet zo gedragen. Maar er kan op een gegeven moment een normatieve grens komen die niet behoort te worden overschreden. Zo'n grens is onvrijwillige levensbeëindiging. Dat is trouwens ook het standpunt van Dr. Mooij, lijkt me. Het handhaven van die normatieve grens betekent niet, dat in individuele gevallen de arts zich niet op art. 40 Wetboek van Strafrecht (overmacht in de zin van noodtoestand) zou kunnen beroepen als hij die norm meent te moeten overtreden omdat hij in het concrete geval door de ellendigheid van de situatie van oordeel is niet anders te kunnen handelen. Ik heb op die mogelijkheid altijd gewezen en doe dat ook in mijn Handboek Gezondheidsrecht (p. 298). Ook op dat punt zijn Dr. Mooij en ik het eens, denk ik. Waar ik me tegen verzet is, dat vanwege uitzonderingsgevallen algemene gronden voor onvrijwillige levensbeëindiging acceptabel worden geacht.

Amsterdam, oktober 1988

Prof. Dr. H. J. J. Leenen

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

De Biltse huisarts Van der Smagt heeft in het artikel: 'Nog eens alternatieve geneeswijzen. Een pleidooi tégen' (MC nr. 42/1988, blz. 1281) blijk gegeven van een polariserend, eenzijdig denkpatroon. Uitgaande van het universitair wetenschappelijk (bij hem wiskundig redeneren in de trant van $1+1=2$) denken (waarbij dit bijna een religie gaat worden!), doorspekt deze collega zijn artikel met gemeenplaatsen als: 'algemeen wordt aangenomen', 'vele voorbeelden' (en toch relatief zelden voorko-

mend!), 'het is bekend', 'zeer vaak', 'het is duidelijk', 'in de meeste gevallen', etc. Hij zet alle alternatieve geneeswijzen onder één noemer en geeft er een 'wetenschappelijke' definitie aan.

Ik kan hem volgen wanneer hij de opkomst van de alternatieve geneeswijzen relateert aan het gevoel van onbehagen in de 'reguliere' geneeskunde bij de patiënten. Dit geldt echter niet alleen voor de geneeskunde, maar ook voor degenen die deze geneeskunde uitoefenen. Als collega Van der Smagt denkt dat hij tegen iemand die met roken wil stoppen, kan zeggen: 'Dan moet je niet meer roken!', getuigt dat van weinig tot geen invoelend vermogen in de persoon in kwestie.

Het domweg opsommen van enige bedragen die alternatieve genezers hun patiënten in rekening brengen, raakt kant noch wal. Op dezelfde wijze kunt u (indien u één uur voor een goede anamnese en onderzoek nodig heeft) f 171,— in rekening brengen! (f 28,50 per 10 minuten).

Als de huisarts langer aandacht aan een patiënt zou kunnen geven, was de behoefte aan alternatieve geneeswijzen niet zo groot geweest.

In de vijftien jaar dat ik als huisarts werkzaam ben geweest, heb ik de opbloei van de alternatieve geneeswijzen meegemaakt. Ik heb echter altijd in overleg met mijn patiënten getracht een oplossing voor hun problemen te vinden. Daarbij heb ik mijn ogen niet gesloten voor alternatieve geneeswijzen als aanvulling op c.q. in combinatie met de 'reguliere' geneeskunde en in nauw overleg met de alternatieve genezer.

Vindt collega Van der Smagt de alternatieve geneeswijzen een gevaar voor de volksgezondheid, ik vind 'blinde' praktiserende artsen een gevaar voor de volksgezondheid; ja zelfs oogkleppen kunnen voor onze patiënten al schadelijk zijn.

Ik hoop dat vele collega's een genuanceerder denkpatroon hebben over de combinatie 'reguliere' geneeskunde + 'alternatieve' geneeskunde, want naar artikelen als deze zitten we niet te smagten, omdat ze geen 'bijdrage leveren aan de noodzakelijke standpuntbepaling'.

Voorschoten, november 1988

J. H. Vrijenhoek, ex-huisarts

Naschrift

De toon van collega Vrijenhoeks reactie op mijn stukje doet vermoeden dat hij zich boos heeft gemaakt. Wellicht is daardoor zijn brief wat verward uitgevallen. Ik kon erin, ook na herhaalde lezing, geen argumenten vinden tegen mijn voornaamste conclusies:

1. Alternatieve geneeswijzen werken somatische fixatie en medicalisering in de hand en bevorderen afhankelijkheid van patiënten.
2. Het past een medicus niet zijn patiënten op grote schaal te onderwerpen aan geneesmethoden waarvan het effect nooit behoorlijk is onderzocht.

3. Wie dit toch doet, onder het mom van het toepassen van medische wetenschap, maakt zich schuldig aan misleiding.

De spelfout in de laatste zin van collega Vrijenhoeks brief moet waarschijnlijk als een geestigheid worden opgevat.

De Bilt, november 1988

C. P. van der Smagt

KONING CON ZU MENT

Een satirisch sprookje

Er was eens een heerser die 'Koning Con Zu Ment' heette. Hij woonde in een groot paleis midden in het bos. Wanneer de koning naar buiten keek, zag hij de bomen tot aan de hemel groeien. Niet dat hij vaak voor het raam stond. Daarvoor had hij geen tijd. Want koning Con Zu Ment regeerde over een machtig land, 'Verzorgingsstaat' geheten, en hij deed dat met verve. Dagelijks werden in het paleis banketten aangericht, waar iedereen aan deel kon nemen. Dat was gemakkelijk voor de onderdanen, maar niet voor de hofhouding. De koning had namelijk veel dienaren die 'zorgverleners' werden genoemd. Allen waren in het wit gekleed. Ze liepen rond met plechtige gezichten en gebruikten graag moeilijke woorden. Sommigen spraken zelfs Latijn. Ze genoten dan ook enig aanzien. Maar daar stond tegenover dat er veel van hen werd gevergd. Vergat zo'n zorgverlener eens iets, zag hij een kleinigheid over het hoofd, dan werd hij naar buiten geselecteerd en op het 'Con Zu Mentse platform' aan de schandpaal genageld. De koning zelf kwam de zondaar tuchtigen. Dan deed hij hem de kwelbuis aan en sloeg hij hem met een krant om de oren; een kwaliteitskrant, dat wel. In minder ernstige gevallen gooide hij met modder.

Zo regeerde koning Con Zu Ment vele jaren streng, doch humaan. Wel werd hij op den duur ouder en reumatischer, dus veeleisender. Het aantal schandpalen nam dan ook zienderogen toe. Maar de banketten bleven doorgaan, de zorgverleners holden, hijgend, door de gangen en de bomen groeiden tot aan de hemel. En het volk, het volk was zéér tevreden.

Op een kwade dag echter hielden die bomen plotseling op met groeien. Een voor een verloren ze hun bladeren en takken. Toen de koning dat zag raakte hij ontstemd. 'Dit is een belediging van mijn waardigheid,' dacht hij, 'het staat bijzonder armoedig!' Wijze mannen werden ontboden. 'Vertel mij,' zei de koning, naar buiten wijzend, 'hoe dat komt?' 'Het is een gevolg van overbemesting,' antwoordde de oudste geleerde, 'en van zure regen.' De koning trok zelf ook een zuur gezicht. 'Wat doen we ertegen?' sprak hij bars. 'Er kan van alles aan worden gedaan,' zeiden de wijzen, 'maar het gaat veel geld kosten. En, ziet u, de schatkist is bijna leeg. U zult eerst moeten bezuinigen.' 'Bezuinigen?', vroeg de koning. 'Hoe doe je dat?' 'Door personeel het bos in te

sturen', zeiden de wijzen. 'Onmogelijk', riep de koning. 'En mijn banketten dan? Díé kunnen niet worden gemist!' 'U zoudt het uurloon van de overgebleven zorgverleners kunnen verlagen,' sprak een lepe wijze, 'dan werken ze harder.' De koning dacht na. 'Kan een vorst zich zo iets veroorloven?', vroeg hij. Nu nam de nar het woord die Deus werd genoemd en zich ook als zodanig gedroeg. 'De Koning mag immers álles', kraaide hij. 'Ja', beaamde een andere pluimstrijker, wiens naam Enzetter luidde. 'Het kan best wat minder. Uw dienaren krijgen al wat ze nodig hebben en zelfs meer dan dat. Wat mijzelf betreft ligt de zaak moeilijker; de kosten die ik maak nemen elk jaar toe'.

Aldus geschiedde. De zorgverleners ontvingen voortaan minder loon, maar moesten wel harder werken, want de maaltijden mochten niet minder overvloedig zijn dan voorheen. Toch gebeurde het nu een enkele keer dat het tafellinnen vlekken vertoonde, of dat het eten koud was eer het op tafel stond. Natuurlijk verhuisde de verantwoordelijke functionaris in zo'n geval dadelijk naar het platform, dat langzaam aan te klein dreigde te worden. Zij die overbleven moesten nóg harder lopen en raakten met de dag meer uitgeput. Ogenschijnlijk veranderde er echter niets: de banketten gingen gewoon door, het volk stroomde toe en de koning werd geprezen.

Toen gebeurde het op een dag dat de vorst een pijnscheut voelde omtrent het middenrif. Met spoed werd de lijfarts ontboden. Deze stond echter zelf te wankelen op zijn benen. 'Majesteit,' sprak hij ten slotte zwakjes, 'een aderlating zou u zeker goed doen.' 'Welja,' antwoordde de koning, 'als het maar geen pijn doet.' Nu deed zich evenwel een moeilijkheid voor. De lijfarts bleek niet in staat te zijn tot enige inspanning. En toen de koning hem gebóód toch zijn plicht te doen, viel die statige dokter pardoos ondersteboven. Zelfs zweepslagen en prikken met het kortige ding konden hem niet meer op de been brengen. . . . Niet lang daarna blies ook koning Con Zu Ment zijn laatste adem uit. Hij werd bijgezet op Zorgvliet door het innig bedroefde volk, dat hemzelf evenzeer beweevende als zijn banketten. Er was een vorst die 'Koning Con Zu Ment' heette. Was: hij is niet meer, helaas . . .

Almelo, november 1988

J. C. Brakelé, oogarts

LANDELIJK PLATFORM GENEESKUNDIGE STUDENTEN

Met speciale belangstelling heeft het landelijk platform van geneeskundige studentenorganisaties kennis genomen van Medisch Contact nr. 35/1988 over het medisch onderwijs in Nederland. Gezien het feit dat het platform in deze uitgave van MC een paar keer wordt genoemd, onder andere in het artikel van de voorzitter van de KNMG, de heer W. H.

Cense, lijkt het ons wenselijk ons platform nader aan u voor te stellen.

Anderhalf jaar geleden is het *platform* opgericht, mede op initiatief van de KNMG. Nu september 1988 hebben wij, gebaseerd op de ervaringen van de afgelopen tijd, een beleidsnotitie opgesteld, welke in het kort de volgende strekking heeft:

Het platform staat open voor vertegenwoordigers van alle studentenorganisaties aan de medische faculteiten in Nederland; op dit moment zijn bijna alle faculteiten vertegenwoordigd. In het platform is als volgt een tweedeling aangebracht: enerzijds kennen we het onderwijsoverleg, anderzijds het activiteitenoverleg; deze twee vergaderen apart.

Het *onderwijsoverleg* houdt zich bezig met:

- informatieuitwisseling over onderwijszaken;
- discussie over actuele onderwijszaken; en
- het vergelijken van curricula aan de verschillende faculteiten.

Qua onderwerpen kunt u denken aan: keuzeonderwijs, tutor-systemen, blokonderwijs, studielastberekening, etc.

Het *activiteitenoverleg* houdt zich bezig met het uitwisselen van ervaringen over organisatie en verloop van de door de studentenorganisaties georganiseerde symposia/congressen, galabals, feesten, excursies en sportdagen, etc. en streeft ernaar met de gezamenlijke organisaties evenementen te organiseren, bijvoorbeeld een congres en een interfacultaire sportdag.

In een *gezamenlijke vergadering* worden meer algemene studentenzaken besproken.

Hoofddoel van het studentenplatform is het uitwisselen van informatie tussen de verschillende studentenorganisaties, het leggen van contacten met elkaar en het opkomen voor gemeenschappelijke belangen.

Het platform is een onafhankelijke organisatie; het maakt gebruik van vergaderfaciliteiten van de KNMG. In principe doet het studentenplatform geen politieke uitspraken, tenzij alle deelnemende organisaties zich daar unaniem in kunnen vinden. Alvorens met een standpunt naar buiten te treden, overlegt het platform met het Studentenbestuursleden Overleg Geneeskunde (SOG), zoals vice versa ook gebeurt.

Wij hopen dat deze informatie u enig inzicht geeft in de organisatie en de activiteiten van het platform.

Groningen/Utrecht, november 1988

Akke Schreuder,
Willem de Vries, voorzitter

EEN KIND HEEFT RECHT OP ADEQUATE OUDERS

Kremer voert weer eens aan, dat spermadonoren anoniem moeten blijven en dat ouders van donorkinderen hun kinderen nooit moeten vertellen hoe ze zijn verwekt (MC nr. 42/1988, blz. 1276). In de praktijk is gebleken, dat sommige ouders een dergelijke, levenslange ge-

heimhouding niet op kunnen of willen brengen. Daarmee is Kremers ideaal een *illusie* gebleken.

Derhalve heeft een groeiend aantal kinderen weet van het bestaan van een biologische ouder. Als gevolg van de door Kremer bepleite anonimiteit wordt hun de keuze onthouden die ouder wel of niet nader te leren kennen. Ik ken persoonlijk kinderen die in een dergelijke positie verkeren en daar ernstig onder lijden. Daarmee is Kremers ideaal niet zomaar een illusie, maar vooral een *schadelijke* illusie gebleken.

Om donor te worden zonder aan deze schade bij te dragen, ben ik in 1985 naar Zweden gereisd. Daar leerde ik, dat er door de overgang van anoniem naar niet-anoniem donorsysteem inderdaad een tekort aan donoren was opgetreden, maar dat dit tekort in Stockholm alweer was verdwenen en in de rest van het land geleidelijk kleiner werd. Oude donoren verdwenen, nieuwe kwamen. Er zijn dus wel degelijk donoren die ook na de zaadlozing zich verantwoordelijk willen weten, die het volledig accepteren dat hun biologische kinderen zelf besluiten of ze hen als donor willen kennen en die het allerminst als 'straf' zien wanneer zo'n kind daartoe besluit. Daarbij is het irrelevant of dat besluit voortkomt uit 'nieuwsgierigheid' of uit 'diep verlangen': dat is aan die kinderen om uit te maken, niet aan de donoren en nog minder aan Kremer.

Kremer heeft de zaadcel willen losmaken van de persoon van de donor zoals, generaliserend, zijn generatie ziekte los heeft willen zien van de persoon van de patiënt. Hoeveel meer schade moet zich nog manifesteren, vóór hij daarvan terugkomt en ophoudt de keuzes te maken die niet hem, maar die kinderen toekomen?

Kampen, november 1988

Hans Schilder, co-assistent
Rijksuniversiteit Groningen

Naschrift

Gelukkig is de heer Schilder nog in opleiding. Als één van zijn opleiders wil ik hem het boekje 'Zindelijk denken' ter lezing aanbevelen, met name het hoofdstuk over ongeoorloofde generalisaties¹. Sommige ouders van door donorinseminatie ontstane kinderen ervaren geheimhouding inderdaad als een belasting, maar 'sommige' is iets anders dan 'vele'. Uit goed gedocumenteerd onderzoek is gebleken²⁻⁴, dat meer dan 90% van de KID-ouders geheimhouding niet belastend vindt, maar zinvol voor zichzelf en voor hun kind(eren).

Inderdaad is in Zweden, na de ondoordachte Zweedse wetgeving waarmee de spermadonoranonimiteit werd opgeheven, het gevreesde donorentekort niet ontstaan. Echter niet doordat het donorenbestand op peil bleef maar doordat het aantal receptor-echtparen drastisch verminderde. De gynaecoloog Prof. Bygdeman van het Karolinska Hospitaal in Stockholm vertelde mij enige maanden geleden dat na het van kracht worden van de nieuwe wet

veel van zijn donoren verdere medewerking hadden geweigerd. Een klein aantal 'alternatieve donoren', meestal mannen met weinig ontwikkeling en vaak met een afwijkend gedragspatroon, was overgebleven. Van Dr. Ahlgren uit Lund had ik een jaar eerder hetzelfde gehoord; hij noemde de overgebleven donoren 'odd people'.

De meeste Zweedse echtparen willen van deze donoren geen gebruik maken en gaan, wanneer ze daarvoor financieel voldoende draagkrachtig zijn, naar Noorwegen of Denemarken, waar nog volledige donoranonimiteit bestaat. In vijf van de tien ziekenhuizen waar KID werd verricht, achtten de gynaecologen het niet verantwoord van de donoren 'nieuwe stijl' gebruik te maken en moesten ze daarom de hulpverlening staken.

De door mij verkregen inlichtingen geven dus wel een wat ander beeld van de situatie dan de heer Schilder beschrijft. Op zijn denigrerende opmerking over de generatie artsen waartoe ik behoor zal ik niet ingaan. Wel hoop ik dat deze toekomstige collega geen representant is van zijn leeftijdsgroep.

Groningen, november 1988

J. Kremer

Literatuur

1. Hoessel AFG van. Zindelijk denken. 28e druk. Bilthoven: Nelissen, 1983.
2. Levie LH. Een enquête over de gevolgen van donorinseminatie. Nederlands Tijdschrift voor Verloskunde 1963; 63:147-51.
3. Kremer J, Frijling BW, Nass JLM. Donorinseminatie en privacy. Medisch Contact 1981; 36:41-4.
4. Bierkens PB. Adoptie, spermadonorschap en geheimhouding. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129:2003-5.

NAAR EEN NORMINKOMEN VOOR DE HUISARTS

Open brief aan het LHV-bestuur

Naar mijn stellige overtuiging doet het bestuur van de LHV in vele opzichten uitstekend werk. De kwaliteit van het functioneren van de huisarts staat hierbij centraal. Er wordt mijns inziens de laatste jaren hard aan gewerkt om deze te optimaliseren. In één essentieel opzicht faalt het bestuur mijns inziens echter volledig; dat is het bereiken van een goede en adequate inkomenspositie van de huisarts, overigens een 'conditio sine qua non' voor dat optimaal functioneren van die huisarts. Voor de volledigheid: we praten alleen over het inkomen uit het particuliere deel van de praktijk.

In tegenstelling tot de specialisten zijn wij het wél met de regering eens over ons norminkomen. Dit norminkomen is ons ook toegezegd (!) door de regering. Echter, diezelfde regering doet er alles aan om op slinkse en laaghartige manier te voorkomen dat we het ook werkelijk krijgen. Het gaat daarbij waarachtig niet over kleine bedragen. We horen, willen we dat

norminkomen kunnen bereiken, ongeveer f 100,— per particuliere patiënt per jaar te ontvangen. Na de verandering in de honoringsstructuur per 1 juli jl. zullen we gemiddeld, als we heel zakelijk zijn, ongeveer f 75,— per particuliere patiënt per jaar ontvangen. Ergo: f 25,— per particuliere patiënt per jaar te kort. Vooral voor huisartsen met een grote particuliere praktijk is dat fnuikend. Ik behoor zelf tot deze categorie. Ik heb ongeveer 1.600 particuliere patiënten. Ik ontvang dus per jaar $1.600 \times f 25,—$ te weinig; dit is f 40.000,—.

Ik begrijp met de beste wil van de wereld niet, dat wanneer er over Dees en zijn problemen met de gezondheidszorg in de media wordt gesproken c.q. geschreven, iets wat de laatste maanden frequent gebeurt, slechts de specialisten en apothekers worden genoemd als mensen uit die gezondheidszorg met wie Dees problemen heeft. De huisartsen hebben nota bene ook een denderend probleem met hem, maar die worden hier nooit, ik herhaal *nooit* genoemd. En dit terwijl we driemaal achtereenvolgens gelijk hebben gekregen van de rechter, waarbij de essentie van de uitspraak van de rechter was: 'recht op norminkomen'. Ondanks deze uitspraak werden er per 1 juli weer overheidsmaatregelen van kracht waardoor ons inkomen weer stukken verder van genoemd norminkomen is komen af te liggen! Hoe is het dan in hemelsnaam mogelijk, dat de huisartsen niet eens worden genoemd als hebbend een probleem met Dees? Hoe is het dan in hemelsnaam mogelijk dat überhaupt geen protest gehoord wordt van LHV en huisartsen?

Dit wijst toch op een zeer slechte P.R. van de LHV, te meer als men weet, en dat weet ik volledig zeker, dat de patiënten bij goede uitleg zeer begrijpend staan tegenover onze pro-

blemen in dezen? Ze verklaren ons nu ook werkelijk voor gek, dat we deze achteruitgang zomaar weer accepteren. We vergeten steeds weer dat we een enorme goodwill bij onze patiënten hebben, des te meer nog als het gaat om zo'n duidelijke en eerlijke zaak.

De regering heeft weer goed gegokt. We hebben ons voor de zoveelste keer als veel te brave huisdokters financieel volledig laten inpakken. Ik sta echt volledig perplex, voel me als een roepende in de woestijn en mis lef en vechtlust voor deze zeer belangrijke zaak, zowel bij het LHV als bij de meeste huisartsen.

Er moet actie komen, hoe dan ook. We zijn machtiger dan we denken. We hebben een sleutelpositie in de gezondheidszorg en, ik herhaal, we hebben een geweldige goodwill, en bovenal: we hebben gelijk! Door de huidige ontwikkelingen moeten we veel te hard werken om ons norminkomen te halen. Dit houdt risico's in voor kwaliteit en motivatie. Dit *moet* veranderen.

Nieuw-Vennep, november 1988

P. L. Verkuyt

Naschrift LHV

De heer Verkuyt centreert zijn kritiek op de particuliere tarieven. Zoals hij terecht stelt, moet het ook via de particuliere tarieven mogelijk zijn een normatieve omzet te behalen bij 2.350 particuliere patiënten. Zoals de heer Verkuyt dan ook aangeeft, moet hiervoor een bedrag per particuliere patiënt worden bereikt van ruim f 100,—.

Tussen gelijk *hebben* en gelijk *krijgen* ligt evenwel een wereld van verschil. Dat bewijst de aanpassing van het particuliere verrichtin-

gengetal wel. De LHV heeft de laatste tariefwijzigingen moeten afdwingen via drie gedingen bij de rechter, terwijl ook nu weer een aanpassing van het particuliere kostenbudget, welke nota bene door ziektekostenverzekeraars en COTG is goedgekeurd, door de staatssecretaris van WVC wordt geblokkeerd. Ook dat weet de heer Verkuyt!

Daarbij komt nog het element goodwill, waarop hij zelf ook doelt. Inderdaad, de huisarts heeft veel goodwill bij zijn patiënten. Deze goodwill is een groot goed en is een van de pijlers van de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt; hierin zit ook de kracht van de beroepsgroep.

Deze goodwill neemt dan ook een belangrijke plaats in bij de overwegingen welk soort actie moet worden ondernomen voor het bereiken van ons doel, waarover wij met de heer Verkuyt niet van mening verschillen. Vooralsnog heeft het Centraal Bestuur op grond daarvan gekozen voor een beleid dat erop is gericht via reguliere kanalen het doel te bereiken.

RECHTZETTING

In de in MC nr. 44/1988, blz. 1337, gepubliceerde brief 'Lef' van F. D. Gunning zijn twee storende fouten geslopen, die het betoog voor een deel onbegrijpelijk maken. In de 5e regel van de 1e kolom moet voor 'nauwelijks' worden gelezen: 'namelijk'. 'Functiewaardering' in de 7e regel van de 3e kolom behoort 'functietherwaardering' te zijn.

PRAKTIJKPERIKELLEN

Zo luiden de regels!

Een 83-jarige patiënte, bewoonster van het plaatselijke bejaardenhuis, heeft driemaal een CVA doorgemaakt. Hoewel een hemiparese haar aan een rolstoel kluistert, maakt ze het in haar vertrouwde omgeving overigens redelijk wel. In januari 1988 dreigt ze ten gevolge van een gastro-enteritis, die als een klein epidemietje in het bejaardenhuis rondgaat, te dehydreren. Wat nu, patiënte wel of niet laten opnemen . . . ?

Met medewerking van de wijkverpleegkundige (materiaal) en dienstaanpassing van de drie verpleegkundigen-A van het bejaardenhuis is er 3 x 8 uur toezicht op de door mij ingestelde infusie therapie. Binnen een dag is patiënte prima opgeknapt en is een opname voorkomen.

Kosten: enkele flessen infusievloeistof en een infuustoedieningssysteem à f 6,60.

Het ziekenfonds kon zich hiermee bij de afrekening van de declaratie over de maand januari '88 (welke trouwens pas medio augustus '88 plaatsvond) niet verenigen. Ondanks een besparing van kosten met betrekking tot enkele opnamedagen en twee ambulanceritten (geschat minimaal f 2.500,—) wordt het bedrag van f 6,60 niet vergoed . . . Er dient eerst een machtiging te worden aangevraagd, waarna het bedrag op een aparte lijst alsnog kan worden gedeclareerd! Motivering: 'Zo luiden de regels . . .'

Pietluttige motivering of demotiverende pietluttigheid . . . ?

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

Is epidemiologisch AIDS-onderzoek nog wel zinvol?

Het epidemiologisch onderzoek is een omvangrijk onderdeel van de research op het gebied van AIDS. Epidemiologen bestuderen tot nog toe voornamelijk het vóórkomen en de verspreiding van het humane immunodeficiëntievirus (HIV) en AIDS in de bevolking. Dergelijk prevalentieonderzoek heeft in hoge mate bijgedragen tot beter begrip van het 'natuurlijk gedrag' van het virus, de transmissie, de verspreidingspatronen en de geografische verschillen daarin. We hebben een redelijke indruk over de mate waarin het virus in verschillende bevolkingsgroepen vóórkomt en de snelheid waarmee het zich verspreidt. Longitudinale studies hebben inzicht gegeven in het natuurlijk beloop van HIV-infectie. Een internationaal vermaard voorbeeld van zo'n studie is het grote cohort-onderzoek over homoseksuele mannen in Amsterdam. De waarde van zulke studies hangt samen met het feit dat epidemiologische, virologische, immunologische, klinische en sociaal-psychologische ontwikkelingen in hun samenhang worden bekeken.

Het volksgezondheidsbeleid op het gebied van AIDS, inclusief de planning van preventie en wetenschappelijk onderzoek, is tot op heden voor een belangrijk deel gebaseerd op de uitkomsten van genoemd epidemiologisch onderzoek. We weten echter niet precies hoeveel mensen in Nederland met HIV besmet zijn, laat staan hoeveel er nog besmet zullen worden. De wens tot een betere planning van in de toekomst benodigde zorgvoorzieningen te komen, lijkt op het eerste gezicht een plausibele reden om gedetailleerder kennis te vergaren over de prevalentie van HIV in allerlei verschillende groepen van de bevolking. In de steeds luider klinkende pleidooien voor uitbreiding van het HIV-seroprevalentieonderzoek valt de zorgplanning dan ook als (enige) argument te beluisteren. Het 'wilen weten' op zichzelf is geen argument. Bij het opstellen van modellen die de ontwikkeling van de epidemie en haar sociaal-economische gevolgen kunnen voorspellen, blijkt echter dat meer kennis over de HIV-seroprevalentie nauwelijks tot nauwkeuriger voorspellingen leidt. Andere, moeilijk vast te stellen factoren, zoals riskante gedragspatronen en het bereik en effect van preventie, blij-

L. Wigersma

De GG&GD Amsterdam wenst (en krijgt het geld om) alle zwangeren in die stad op HIV te screenen. Maar wat is de meerwaarde van zulk epidemiologisch prevalentieonderzoek? Zijn adequate preventie en hulpverlening nu niet urgenter? L. Wigersma, universitair docent aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, stelt de actuele vraag. Dr. R. A. Coutinho hoofd van de sector Volksgezondheid en Milieu van genoemde GGD, dient hem terstond van repliek.

ken voor zo'n voorspelling van minstens even groot belang te zijn, en die factoren kunnen aan grote veranderingen onderhevig zijn¹.

De vraag rijst, of epidemiologisch onderzoek dat uitsluitend de prevalentie van HIV in (groepen in) de bevolking wil vaststellen, nog wel zo zinvol is. Wat is de meerwaarde van de wetenschap dat er zo- en zoveel militairen, operatiepatiënten en zwangere vrouwen HIV-positief zijn? Wij weten immers al wat er moet worden gedaan om besmetting met het virus te vermijden en wij weten ook dat zulke gegevens niet tot betere zorgplanning leiden. Mede gezien het feit dat vele andere factoren die belangrijk zijn voor het indammen van de epidemie nog vrijwel niet zijn onderzocht, is het verbazend dat de weinig onderbouwde oproep tot HIV-screening van alle zwangeren in Amsterdam zoveel kritiekloze publieke aandacht krijgt (NOS-journaal 6 oktober 1988) en zonder problemen voor financiering door het ministerie van WVC in aanmerking komt². Terwijl op bijna alle andere gebieden voorstellen voor screening worden onderworpen aan een kosten-batenanalyse en een prioriteitenafweging ten opzichte van ander noodzakelijk onderzoek, lijkt dat bij voorstellen tot epidemiologisch prevalentieonderzoek naar HIV niet of nauwelijks te gebeuren. Heeft dit onderzoek wellicht een eigen intrinsieke waarde in de nog jonge wetenschappelijke en beleidsmatige historie rond AIDS verkregen? Het tegen-

deel moet vooralsnog worden aangetoond, met een degelijker bewijsvoering dan nu bestaat. Daarbij dient ook de vraag naar het nut van het dupliceren van identiek onderzoek in vele landen te worden beantwoord.

BELEIDSOPTIES

Ondertussen is een herziening van de prioriteiten in het epidemiologisch en ander bevolkingsgerichte HIV-onderzoek aan te bevelen. Uit het oogpunt van de volksgezondheid – het enige logische vertrekpunt – dient onderzoek bij te dragen aan de kennis die noodzakelijk is voor de beheersing van de HIV-epidemie en de gevolgen daarvan. Gegeven het feit dat werkzame geneesmiddelen en vaccins nog in geen jaren beschikbaar zullen komen, zijn adequate preventie en hulpverlening voorlopig de urgentste beleids-opties. Vastgesteld moet worden, dat de overheid voor de planning op die gebieden nauwelijks wetenschappelijke instrumenten heeft die een gedifferentieerder, meer aan de behoeften aangepast en effectiever beleid mogelijk maken.

Op het gebied van *preventie* is geen substantieel effect meer te verwachten, als er geen onderzoek wordt verricht om vast te stellen welke methoden er nodig zijn om verschillende leeftijds- en bevolkingscategorieën liefst blijvend te beïnvloeden in de richting van veilig seksueel gedrag. Daarvoor is inzicht nodig in sociale en seksuele patronen, alsmede toegankelijkheid voor en bereidheid tot gedragswijziging in verschillende bevolkingsgroepen. Ook het meten van de effectiviteit van het tot op heden gevoerde preventiebeleid, hetgeen veel meer inhoudt dan het meten van kennis, is noodzakelijk om het beleid te kunnen bijstellen. Op het gebied van *hulpverlening en zorg* is inzicht nodig in de aard en omvang van hulpvragen op het gebied van HIV en AIDS in relatie tot de aard, omvang en duur van de daarbij geboden hulp en het effect van die hulp. Dergelijk episode-georiënteerd epidemiologisch onderzoek brengt het zorgcontinuüm van eerste- en tweedelijnszorg samenhangend in kaart. Op basis van die gegevens kan een evenwichtiger planning van voorzieningen en deskundigheidsbevordering worden gerealiseerd en kan wild-

groei van AIDS-specifieke zorg worden ingeperkt.

Het onderzoek naar *HIV-seroprevalentie* dient eveneens aantoonbaar bij te dragen aan de beheersing van de HIV-epidemie. Die bijdrage is evident waar het de screening van bloeddonaties en sperma- en weefseldonoren betreft. Voor het overige lijkt in de Nederlandse situatie alleen dat onderzoek aangewezen, dat niet al elders wordt verricht en dat het natuurlijk beloop van HIV-infectie met een groot aantal andere relevante facto-

ren in verband brengt. De cohortstudie onder homoseksuele mannen in Amsterdam is daarvan een goed voorbeeld; misschien wel het enige. □

Literatuur

1. Jager JC. Voorspellingen van de AIDS-epidemie en economische gevolgen. Voordracht symposium AIDS Stockholm. Utrecht, 1 juli 1988.
2. R. Coutinho, hoofd sector Volksgezondheid GG&GD Amsterdam, in NOS-Journaal 6 oktober 1988. Zie ook de Volkskrant van 7 oktober 1988.

Prevalentieonderzoek kan richting geven aan preventiecampagnes

L. Wigersma vraagt zich af of epidemiologisch onderzoek naar het vóórkomen van het AIDS-virus in de bevolking wel zinvol is. Hij pleit voor diepgaande studies, waarbij epidemiologische, virologische, immunologische, klinische en sociaal-psychologische gegevens in hun samenhang worden bekeken.

Natuurlijk is dergelijk onderzoek nodig. In Amsterdam gebeurt dat ook, niet alleen onder homoseksuele mannen, maar ook onder druggebruikers en heteroseksuelen met veel wisselende partners. Uit deze studies kunnen echter geen conclusies worden getrokken over het vóórkomen van het AIDS-virus in de algemene bevolking. Al dit soort studies gebeurt namelijk bij vrijwilligers. En dat betekent dat de gegevens niet kunnen worden gegeneraliseerd.

Waarom moet de algemene situatie in kaart worden gebracht? In de eerste plaats voor de planning van de gezondheidszorg. Maar dat is niet de enige reden om zorgvuldig te volgen hoe het AIDS-virus zich onder de bevolking verspreidt, hoe snel dat gebeurt en bij welke groepen. We kunnen ons, gezien de ernst van de ziekte en de potentiële omvang van deze dodelijke epidemie, niet permitteren voor verrassingen te worden gesteld. Prevalentieonderzoek kan tot resultaten leiden die richting geven aan de preventiecampagnes.

Een goed voorbeeld is het zwangerenonderzoek in New York. Buiten de grote stad bleek het percentage met het AIDS-virus besmette zwangeren zeer gering te zijn (< 0,1%), maar in New York City zelf bleek 1%-2% van alle zwangeren geïnfecteerd. De hoogste besmettingspercentages (in bepaalde buurten > 5%) werden gevonden onder de zwarte en Spaanssprekende minderheidsgroepen – een onrustbarend gegeven, dat aantoont dat de verspreiding van het AIDS-virus onder de minderheidsgroepen aldaar via heteroseksueel con-

tact veel verder is voortgeschreden dan men had gedacht. Dat heeft voor de preventie consequenties. Kennelijk moet er in New York City veel meer energie en geld worden gestoken in campagnes die op de uiterst moeilijk bereikbare minderheidsgroepen zijn gericht.

DENKFOUT

Met prevalentiegegevens uit andere landen kunnen we hier weinig beginnen, de bevolkingssamenstelling is lokaal zeer verschillend. De denkfout die Wigersma – met vele anderen

– maakt, is dat hij meent precies te weten hoe het AIDS-virus zich zal gaan verspreiden. Maar het AIDS-virus verspreidt zich via seksueel contact, en we weten weinig over het seksueel gedrag van de bevolking. Via groots opgezette onderzoeken wordt dat nu op veel plaatsen in de wereld bestudeerd, maar of iedereen bij dit soort studies werkelijk zal vertellen hoe zijn seksueel gedrag is, valt te betwijfelen. Daarvoor zijn er nog te veel taboes rond de seksualiteit. De risicogroepen zijn dus wel op papier bekend, maar in de praktijk niet te omlijnen.

Voorlichting is ons enige wapen tegen AIDS. Daarom worden er voorlichtingscampagnes opgezet. Er is er net één gestart onder jongeren, om hen aan te sporen tot veiliger seksueel gedrag. Dat betekent nogal wat, juist omdat het om seksualiteit gaat. Kan de overheid zich permitteren dat soort campagnes te voeren, zonder dat we weten wat het reële besmettingsrisico is? Beschouw je de doelgroepen dan nog wel als zelfstandige personen, die op grond van feiten beslissingen over hun gedrag kunnen nemen? Preventiecampagnes zijn nuttig en nodig, maar ze moeten zijn gebaseerd op feiten.

Ten aanzien van de kennis over de verspreiding van het AIDS-virus dreigt Nederland een witte vlek te worden, een achtergebleven gebied. En dat betekent dat voorlichting en preventie in ons land in toenemende mate zullen worden bepaald door opvattingen en (onuitgesproken) ideeën van beleidsmakers en politici. Een ongezonde basis. Kennelijk is Wigersma het nu met die uitgangspunten eens. Maar hoe zal dat over tien jaar zijn? □

Dr. R. A. Coutinho is hoofd sector Volksgezondheid en Milieu bij de GG & GD Amsterdam

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.

Kinderrevalidatie

Vroegtijdige behandeling van kinderen met motorische stoornissen

VERLEDEN

In 1968 werd door Dr. C. F. Vreede, revalidatiearts in het Groot Ziekengasthuis 's-Hertogenbosch, een voor die tijd bijzondere vorm van vroegtijdige behandeling opgezet: ouders leerden zelf hun motorisch gestoorde kind behandelen, waardoor zij met hun kind minder vaak voor therapie naar het ziekenhuis hoefden te komen. De achterliggende gedachte hierbij was: de ontwikkeling van het kind gericht hanteren en gericht stimuleren op ieder adequaat moment, is effectiever dan behandelen in een therapeutische situatie op een tevoren bepaald tijdstip. De ouders zouden meer zekerheid krijgen en zich minder machteloos voelen; een goede relatie tussen ouders en kind waarborgt immers een optimaal ontwikkelingsklimaat.

Aanvankelijk werd gestart met een aantal ouders en kinderen in de vorm van een *spelgroep*. Spelen leek het meest aangewezen middel en het meest herkenbaar voor de ouders. Een speltherapeute was bezig met de kinderen; een fysiotherapeute, een ergotherapeute, een logopediste en een verpleegkundige waren direct aanwezig om waar en wanneer nodig te worden geraadpleegd. De ouders speelden mee en kregen advies of instructie van één der therapeuten of van de verpleegkundige. De fysiotherapeute gaf instructie ten aanzien van bijvoorbeeld rollen, kruipen, zitten, staan, lopen, fietsen; de verpleegkundige deed dit ten aanzien van onder meer zindelijkheid, slapen, voeding, gebruik van beugels en schoenen; de ergotherapeute gaf aandacht aan het spelen, speelgoed, zitten en ADL-aanpassingen en de logopediste aan zuigen, slikken, drinken, kauwen, eten en communicatie. De maatschappelijk werkende begeleidde de ouders tijdens het acceptatieproces en was een schakel tussen thuis en revalidatie. Samen vormden de therapeuten, de verpleegkundige en de maatschappelijk werkende, onder leiding van de revalidatiearts, de zogenaamde coachinggroep.

G. J. D. Bleijerveld en
M. F. J. G. van Wijnen

Al twintig jaar krijgen bij Revalidatie Tolbrug van het Groot Ziekengasthuis te 's-Hertogenbosch ouders van motorisch gestoorde kinderen terwijl hun kinderen nog heel jong zijn onderricht in het toepassen van behandelings technieken. Dat gebeurt in de vorm van een multidisciplinair begeleide spelgroep, later therapiegroep, nog later instructiegroep genoemd. Een evaluatie van revalidatiearts G. J. D. Bleijerveld en logopediste M. F. J. G. van Wijnen, beiden werkzaam bij de Tolbrug.

Wekelijks werden casuïstiek en vakinhoudelijke zaken in teamverband besproken. Tijdens deze bijeenkomsten konden huisartsen en/of kinderartsen worden uitgenodigd indien zich rond een kind problemen in de begeleiding voordeden. Na enige tijd werd de naam 'spelgroep' gewijzigd in 'therapiegroep': de ouders vonden dat de kinderen niet kwamen om te spelen, maar om therapie te krijgen. Die nieuwe benaming gaf echter ook nog onvoldoende aan wat de bedoeling was: de ouders werden zich daarvoor nog niet goed bewust dat zij degenen waren die de behandeling thuis zouden toepassen. In de jaren zeventig ontstond de benaming 'instructiegroep': er wordt instructie gegeven, geen therapie; ook de ouders gaven hun kind geen therapie, maar pasten de instructies toe in de hantering en omgang met hun eigen (gehandicapte) kind. Zo werd de aanpak meer systematisch bij de behandeling van kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar. Het geheel werd een multidisciplinaire therapievorm. Motorische stoornissen zijn immers van invloed op alle ontwikkelingsaspecten en een therapeut die in alle benodigde vakgebieden is opgeleid bestond – en bestaat – nog niet.

HEDEN

In 1988 zijn coachinggroep en instructiegroep nog steeds wezenlijke onderdelen van de kinderrevalidatie. De indicatie is niet veranderd, dat wil zeggen: er is ontwikkelingsvertraging bij het kind, de ouders maken zich daarover ongerust, zijn onzeker en vragen om therapie. Door ervaring en veranderde werkomstandigheden zijn onderdelen aangepast; de oorspronkelijke visie bleef evenwel ongewijzigd. Er zijn twee instructieteams opgebouwd, de verpleegkundige heeft als enige in beide teams zitting. De andere disciplines zijn dubbel vertegenwoordigd, waardoor continuïteit en overdracht is gewaarborgd. Beide teams houden tweemaal per week een uur instructiegroep bijeenkomst.

Procedures

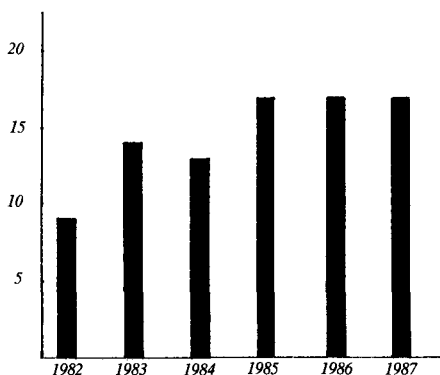
Na de gebruikelijke verwijzing, door huisarts of kinderarts, worden het kind en de ouders uitgenodigd voor het eerste revalidatiegeneeskundig onderzoek. Omdat de ouders van tevoren geen inzicht kunnen hebben in de therapie mogelijkheden (individuele therapie, instructiegroep, therapie in engere zin in de woonplaats), zijn twee procedures ontstaan. De eerste is een observatieprocedure. Wanneer niet direct duidelijk is of een instructiegroep is geïndiceerd, wordt voor observatie verwezen naar individuele behandelaars van het instructieteam. Tevens wordt op deze wijze meer zicht verkregen op de instructiebehoefte en de instructiegevoeligheid van de ouders. Na deze periode worden de bevindingen in de coachinggroep geëvalueerd en wordt er een advies geformuleerd. Nadien bespreekt de revalidatiearts dit met de ouders en wordt er een keuze gemaakt.

Wanneer ouders al meteen aangeven voor de instructievorm te voelen wordt de tweede procedure gekozen: een proefperiode in de instructiegroep. Eerst gaat dan de maatschappelijk werkende op

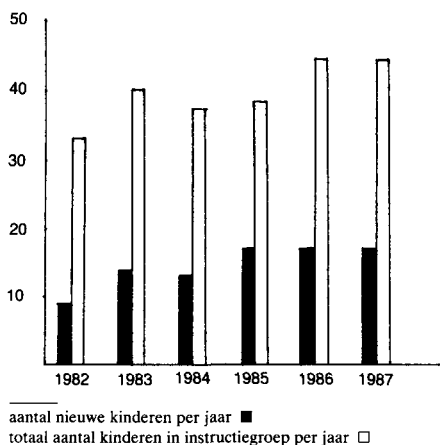
huisbezoek om verdere uitleg te geven en te inventariseren wat van belang kan zijn voor het instructieprogramma.

Na drie maanden wordt deze periode afgesloten met een evaluatief huisbezoek door de maatschappelijk werkende en een teambespreking van de coaching-

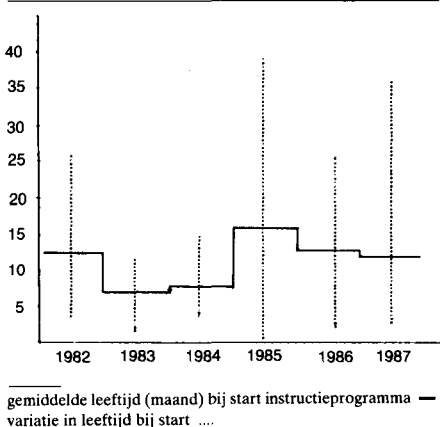
Figuur 1. Aantal nieuwe kinderen per jaar.



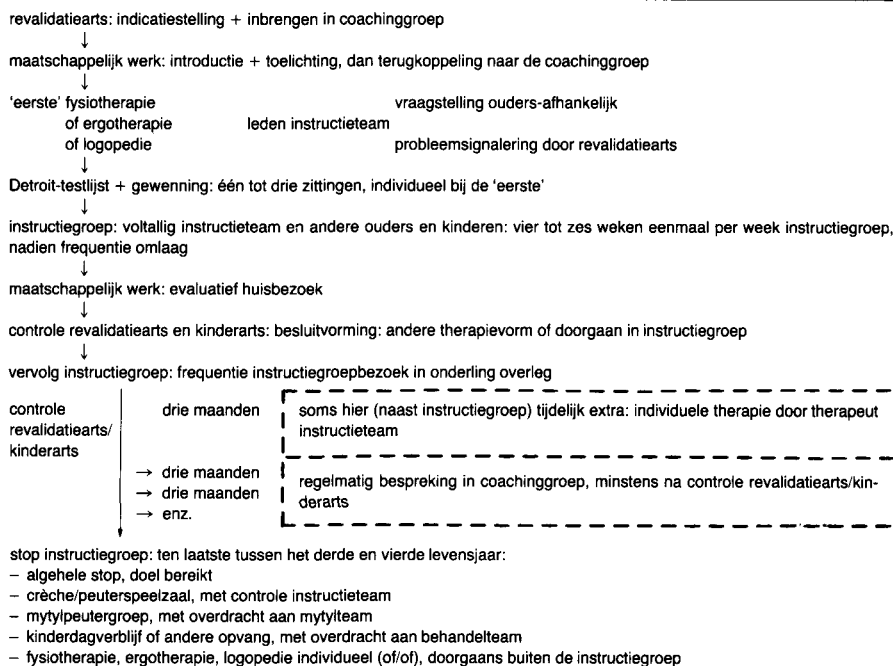
Figuur 2. Aantal nieuwe kinderen en aantal kinderen in de instructiegroep per jaar.



Figuur 3. Gemiddelde leeftijd en variatie in leeftijd bij de start van het instructieprogramma.



Schema 1. Instructiegroepverloop.



groep. Nadien overleggen de ouders met de revalidatiearts en de kinderarts op het gezamenlijk spreekuur of zij in deze vorm willen doorgaan dan wel de voorkeur geven aan individuele therapie. De ouders kiezen dus zelf, zij het gefaseerd, voor deze vorm van behandeling (schema 1).

Instructiegroep

Een nieuw aangemeld kind bezoekt met zijn ouders de eerste vier tot zes weken éénmaal per week de groep, daarna vermindert veelal de frequentie. Deze wordt in onderling overleg van ouders en team vastgesteld en kan variëren van éénmaal per week tot éénmaal per vier maanden. De frequentie hangt samen met de instructiebehoefte van de ouders en de instructienoodzaak van het kind. De instructiegroepcapaciteit wordt optimaal benut wanneer drie kinderen en hun ouders aanwezig zijn en wordt maximaal

benut door vier kinderen en hun ouders; allen bevinden zich samen in dezelfde ruimte.

Het aanbod van kinderen blijft vrij constant (figuur 1). Gemiddeld zijn er de laatste jaren 24 kinderen in zorg. De aanmeldingsleeftijd is steeds meer naar 0 jaar verschoven (figuren 2 en 3).

Het verschuiven van de leeftijd loopt parallel aan de ontwikkeling in de opvattingen over vroegtijdige onderkenning en interventie. In de loop der jaren werden meer kinderen verwezen met een disharmonisch ontwikkelingsprofiel, zonder duidelijke diagnose, zoals kinderen uit de risicogroepen (tabel).

Evaluatie

De instructiewerkwijze werd steeds verder uitgediept en wordt voortdurend aan kritische beschouwing onderworpen. Het bleek en blijkt bijzonder moeilijk om nauwkeurig te formuleren waar nu pre-

Tabel. Diagnosegroepen (nieuwe kinderen).

	1982	1983	1984	1985	1986	1987
inf. encephalopathie.....V.....	3	3	2	2	—	1
M.....	2	—	3	2	3	4
mot. retardatie.....V.....	1	4	2	5	3	5
M.....	—	5	4	7	7	3
spina bifida.....V.....	—	—	1	—	—	1
M.....	—	—	—	—	—	—
restgroep.....V.....	1	1	—	—	2	3
M.....	2	1	1	1	2	—

cies de verschillen liggen tussen deze werkwijze en andere vormen van instructie bij vroegbehandeling. Voor methodisch onderzoek of wetenschappelijk gefundeerde evaluatie is geen ruimte, toetsing van de werkwijze aan klassieke therapievormen is niet mogelijk, aangezien op die grond geen groepen kunnen worden samengesteld. De vraagstellingen: 'Komt het kind niet tekort?', 'Is deze behandelwijze belastend of zelfs overbelastend voor ouders?' en: 'Is deze werkwijze therapeutisch verantwoord, ofte wel passen we de diverse behandeltechnieken op deze indirecte manier wel goed toe?', vormen gedurende al die jaren een soort rode draad voor de manier waarop wordt gewerkt.

Om toch enige toetsing te verkrijgen werd in 1983 ouders achteraf gevraagd naar hun ervaringen. Mede op grond van hun bevindingen werd gaandeweg het instructieprogramma bijgesteld op de volgende punten: a. de 'oefeningen' door ouders (te veel); b. de overdrachtstechnieken (te 'deskundig'); c. de inpassing van de ADL (te weinig); d. de contra-indicaties voor deze werkwijze; e. de therapiewens van ouders naast of in plaats van instructiegroep; en f. de frequentie van instructiegroepbezoek (in het begin te laag).

ad a. Oefeningen ouders. Naarmate iets nadrukkelijker als oefening werd geïnstrueerd bleken de ouders van mening te zijn dat hun mogelijkheden ontoereikend waren. Tegenwoordig wordt meer de nadruk gelegd op het feit dat een kind spelenderwijs opgroeit en dat ook een baby vaardigheden al spelend verwerft. De kunst is dus om in dat spelen goede voorwaarden te creëren cq daartoe te instrueren.

ad b. Overdrachtstechnieken. De 'Bobath-therapie' wordt vaak aangeprezen als dé behandelingsmethode; ouders vragen veelal om deze therapie. Voorheen werd nooit expliciet vermeld dat alle instructieteamleden in deze methode geschoold zijn. De Bobath-therapie is niet alleenzalmakend en er moeten ook andere behandelingsstechnieken kunnen worden gebruikt. Behandelprincipes van bijvoorbeeld Voijta, Mueller en Veldman worden waar nodig immers ook toegepast. In de instructiegroep worden de technieken getransformeerd naar het toepassingsvermogen van de ouders. Dat betekent dat zonder veel omhaal wordt gewerkt en gepraat. Vakterminologie wordt uitsluitend gebruikt als ouders

Schema 2. *Detroit-ontwikkelingslijst.*

leeftijd	spraak/taal	handvaardigheden	locomotie	rijpheid
1 maand	zuigen/slikken			
3 maanden ..			zijdelingse hoofdbalans	
4 maanden ..	brabbelen			
6 maanden ..		grijpen	rollen	alleen spelen
8 maanden ..	herhaling lettergrepen			
10 maanden ..			mobiel op vloer kruipen	
12 maanden ..	jargon benoemen	met vingers eten	zitbalans	eenvoudige opdrachten uitvoeren
15 maanden ..			met beweegbare steun lopen	
16 maanden ..		oog-hand-coördinatie		
18 maanden ..	vloeiend jargon		lopen	onderzoekend spel
24 maanden ..	verbale communicatie	kleuren/vormen-onderscheid	vrij lopen	bij andere kinderen spelen
30 maanden ..	korte zinnen	begin zelf-verzorging		begin zindelijkheid
36 maanden ..	conversatie	zelfstandig eten/drinken		vragen om waardering
42 maanden ..		zelfstandig uitkleden	evenwicht bij bewegen	coöperatief spel

Uitsluitend de hoofdpunten van de lijst zijn vermeld. Deze ontwikkelingslijst geeft aan wanneer de vaardigheden uiterlijk aanwezig zijn.

daar direct of indirect om vragen. Mede daarom werd gekozen voor het gebruik van een ontwikkelingslijst die voor ouders herkenbare terminologie bevat: de Detroit-lijst (*schema 2*). Gebleken is dat door het gebruik van vaktermen bij ouders het gevoel van ondeskundigheid wordt versterkt, dat daarmee hun onzekerheid wordt vergroot en de vraag om klassieke therapie door een 'echte' therapeut toeneemt.

ad c. Inpassing in ADL. Een baby of jong kind slaapt, drinkt, eet, speelt, wordt verzorgd en er wordt met hem gespeeld. Op die manier zijn ouders met hem bezig en waarborgen zij een veilig ontwikkelingsklimaat. Het instructieprogramma moet dan ook daarop zijn gericht. De activiteiten van het dagelijks leven van kind en gezin vormen het referentiekader. De leidraad voor het instructieprogramma wordt gevormd door het ontwikkelingspeil van het kind, de afwijkingen daarin en de vraag en wens van de ouders. Het programma wordt samen met de ouders gemaakt door inventarisatie van de ontwikkelingsaspecten (Detroit-lijst), van de inbreng van de maatschappelijk werkende en van de revalidatiearts (sociale en medische gegevens) en van wat de ouders als meest urgent probleem zien. Het blijkt toch steeds moeilijk te zijn om ADL-gericht te instrueren. Daarom is er op proef een vragenlijst in gebruik om inzicht te krijgen in de persoon-

lijke ADL van ouders en kind; een en ander zal tot een adequater ADL-gericht instructieprogramma moeten leiden. De programmapunten worden geordend en gefaseerd, omdat niet aan alles tegelijkertijd kan worden gewerkt. Door middel van voordoen-nadoen-zelf doen, 'overhoord' worden en 'overzien' van ADL-instructies komen houdings- en bewegingscorrecties of facilitatie aan de beurt, bijvoorbeeld bij wassen, kleden, voeding geven, spelend met elkaar bezig zijn. De gegeven instructies worden voor de ouders op schrift gesteld. Ouders zijn noch therapeut, noch co-therapeut bij de behandeling van hun kind, juist omdat zij ouders zijn. Zij brengen in de instructiegroep de ontbrekende deskundigheid in: hun individuele ouderschap. Het instructieteam richt zich naar hun opvoedingsopvattingen. De inbreng van orthopedagoog of ontwikkelingspsycholoog wordt binnen het instructieteam wel gemist. Hebben ouders ten aanzien van opvoeding een hulpvraag, dan worden zij daarin begeleid door de maatschappelijk werkende van het coachingsteam. Zonodig worden relevante aspecten ingepast in het instructieprogramma. Voor uitgebreidere problematiek kan verwijzing plaatsvinden naar andere instanties.

ad d. Contra-indicaties. In de loop der jaren bleken als contra-indicaties te kunnen worden aangemerkt:

– Ouders die gehoorgestoord zijn. De

interactie tijdens de instructiegroepzittingen is te diffuus en te verwarrend omdat het communicatieprobleem met de ouders een ander soort instructiewijze vergt.

– Allochtone ouders. Taal- en cultuurverschillen vormen een probleem voor instructie binnen een groep.

– Ouders die twijfel houden over deze werkwijze. Zij lijken meer gebaat met hulp van individuele therapeuten.

– Ouders die al thuis fysiotherapie hadden en deze na de proefperiode willen handhaven. De fysiotherapeut van het team kan dan formeel niet worden geraadpleegd. Dat levert bij diverse adviezen of instructies moeilijkheden op, omdat dan onbedoeld tegenstrijdig advies of instructie zou worden gegeven. Voortaan wordt het kind in een dergelijk geval buiten instructiegroepverband door ergotherapie en/of logopedie begeleid.

ad e. Therapievorm. De wens om 'echte' therapie, dat wil zeggen behandeling door een therapeut, ontstaat meestal als het kindje groter wordt en ook wanneer bij een zwaar gehandicapt kind de problemen snel toenemen. Beperkingen worden dan duidelijker, hantering wordt moeilijker. De overweging is vaak 'doen wij wel genoeg' of 'doen wij ons kind niet te kort'. Indien – wat soms voorkomt – blijkt, dat de ouders in de instructiegroep behoefte hebben aan individuele therapie en/of onzeker zijn ten aanzien van hun eigen handelen cq uitvoeren van instructies, dan kan een afgesproken periode individuele oefen therapie worden geprobeerd naast de instructiegroep. De oefen therapie wordt dan gegeven door een lid van het betreffende instructieteam. De meeste ouders willen nadien weer terug in het instructieprogramma.

De periode waarin de behoefte aan individuele therapie ontstaat is meestal ook de tijd waarin ouders zich bezinnen over plaatsing op een peuterspeelzaal of vervolgpvang van hun kind. Daarbij worden zij geholpen door de maatschappelijk werkende van de coachinggroep. Het is ook de periode waarin een kind meer 'therapierijp' wordt en de therapeut in overweging neemt dat individuele behandeling noodzakelijk kan zijn.

ad f. Frequentie bezoek instructiegroep. De frequentie van het instructiegroepbezoek moet zo laag mogelijk worden gehouden. Om hier maximaal aan te voldoen werd soms te vroeg overgegaan naar een lagere frequentie, hetgeen pro-

blemen en onnauwkeurige programmering tot gevolg bleek te hebben. Voor een goede instructiebasis is bij de start een wekelijks contact noodzakelijk gebleken: men is dan beter op elkaar ingespeeld en er is een vruchtbaarder 'hoor en wederhoor'-klimaat. Tegenwoordig is daarom het instructiegroepbezoek bij aanvang gesteld op éénmaal per week gedurende vier tot zes weken en pas nadien op verlaging van de frequentie.

BESLUIT

Al vele jaren kent men de discussie aangaande de kindertherapeut en babytherapeut. In de praktijk blijkt de begeleiding door meerdere therapeuten-instructeurs voor ouders van een motorisch gestoord kind niet belastend te zijn. De ouders vinden het wisselende contact met de verschillende therapeuten-instructeurs in één ruimte gunstig. Het aanwezig zijn samen met meerdere ouders in de groep wordt als positief ervaren. Ook durven de ouders daardoor gemakkelijker vragen te stellen, ideeën te opperen en hun mening te geven. Bovendien zijn nooit meerdere therapeuten tegelijk met hen bezig, er zijn immers nog twee of drie andere ouders in diezelfde ruimte aan het werk. Ook het bij andere ouders kunnen 'afkijken' wordt als positief aangemerkt. Ouders die zich wél belast voelden, bijvoorbeeld doordat hun kind of zichzelf te veel werden afgeleid, kozen vanwege voornoemde voordelen toch voor voortzetting van het instructieprogramma.

De instructiegroep heeft tot doel ouders zekerheid, verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid te bieden en hun kinderen een zo goed mogelijke ontwikkelingskansen aan te reiken om 'scheefgroei' te voorkomen. Het samen zoeken naar adequate oplossingen en ouders sterk te laten zijn vormt nog steeds een goede behandelingsstrategie.

In de instructiegroep leren de ouders hoe zij zelf thuis 'therapie' kunnen geven. Dat kan door hun in hun dagelijkse verzorging van en omgang met hun kind manieren te leren om de behandeltechnieken toe te passen. Het kind krijgt verweven in het dagpatroon, als het ware doorlopend een juiste stimulans op de momenten die daarvoor geschikt zijn. Ouders en kind zijn dan minimaal aangevoerd op therapie.

Voor de leden van de coachinggroep betekent dit wel dat zij voor ouders en teamleden maximaal toegankelijk moeten zijn en ter discussie kunnen staan. De instructieteamleden moeten extra des-

kundigheid hebben of kunnen ontwikkelen; zij moeten namelijk het 'vak' kunnen omzetten in een begrijpelijke en overneembare ADL. De therapeuten-instructeurs zullen goed op de hoogte moeten zijn van elkaars taken en instructies, zodat zij elkaar kunnen ondersteunen en aanvullen en kunnen verwijzen. Het vergt (vak)ervaring, een dergelijke transfer te kunnen maken. □

Literatuur

Detroit Orthopaedic Clinic. A Code of Method for evaluation function in Cerebral Palsy.

Publikaties (oud-)leden coachinggroep

Vreede CF. Over een instructiegroep. Colloquiumbundel Revalidatie. 1973.

Vreede CF. Over periferisatie. Colloquiumbundel Revalidatie. 1974.

Jedema A, Thuring C, Wijnen M van. Ouderinstructie: een vorm van behandelen. Logopedie en Foniatrie 1979; 51.

Gregorowitsch A, Herbrink L. Behandeling van gehandicapte kinderen door hun ouders op instructie van een multidisciplinair team. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie 1978; 6: nr. 3.

Herbrink L. Ervaringen van ouders met een instructiegroep. Keypoint 1984; 8: nr. 4.

The British Connection

De National Health Service

In dit tweede artikel in de serie over de Engelse gezondheidszorg wil ik dieper ingaan op de National Health Service, de NHS, die financieel en organisatorisch volledig wordt gecontroleerd door de Engelse overheid. Zoals wel in meer westerse landen kampt ook de gezondheidszorg in Engeland met een financieringstekort. Dat zou verstrekken gevolgen kunnen hebben voor de individuele patiëntenzorg en de levensvatbaarheid van de NHS zelf.

Het is veertig jaar geleden dat Labour, dat toentertijd in Engeland het roer in handen had, de financiering en planning overnam van de verschillende ziekenfondsen die daarin tot dan toe hadden voorzien. Het doel in deze naoorlogse jaren van armoede was duidelijk: gratis medische hulp voor iedereen, ongeacht sociale status en omvang van de behandeling. Sinds haar oprichting is de NHS hevig bekritiseerd, als zou zij de initiële idealen niet hebben kunnen waarmaken. Nu, aan de vooravond van de jaren negentig en tijdens Thatchers derde ambtsperiode, heeft de NHS volgens sommigen het kritieke punt bereikt; alleen radicale chirurgie zou nog uitkomst kunnen brengen. Dat ondanks de noodzaak tot hervormingen binnen het systeem, de NHS nog steeds een patiëntenzorg van constante kwaliteit levert voor een veel lagere prijs dan in andere westerse landen, mag niet over het hoofd worden gezien. Maar de tekortkomingen, in de vorm van lange wachtlijsten voor operaties, een tekort aan ziekenhuisbedden in enkele districten en de onderbetaling van verpleegkundigen, hebben steeds meer twijfel doen rijzen aan de levensvatbaarheid van de NHS.

DOELSTELLINGEN

In het naoorlogse Engeland bleek het in het leven roepen van een genationaliseerde gezondheidszorg met verantwoordelijkheden voor de gehele bevolking, een wenselijke en logische stap. De doelstellingen van het in 1948 door Lord Bevin gelanceerde stelsel waren de volgende: het vrij verschaffen van volledige medische hulp (van pleisters tot harttransplantatie), het wegnemen van financiële lasten in tijden van ziekte en het

Drs. L. W. F. Hooftman

In Engeland is de gezondheidszorg in 1948 genationaliseerd. De realiteit van nu en de idealen van toen ontlopen elkaar nogal; financieel gesproken is de National Health Service al jaren lang op sterven na dood. Zie de tweede bijdrage van Drs. L. W. F. Hooftman over de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk, waar hij uit eigen ervaring over kan meepraten.

beteugelen van de totale kosten van de gezondheidszorg.

Deze idealen overleefden echter het eerste jaar al niet, toen de toenmalige staatssecretaris de te hoog oplopende kosten een halt moest toeroepen. Sindsdien hebben de tekortkomingen de onmiskenbare positieve kanten overschaduwd en op dit moment beginnen de Britten zelf, opgevoed met het geloof dat hun gezondheidszorg de beste ter wereld is, de schaduwkanten ervan in te zien.

CIJFERS

De NHS biedt werk aan meer dan 800.000 mensen en is hiermee de grootste werkgever in Engeland. Het komende jaar gaat de NHS de Engelse staat ongeveer 20 miljard gulden kosten, hetgeen een toename betekent van 3,5 miljard ten opzichte van het afgelopen jaar. Dit komt neer op een uitgave van circa 600 gulden per hoofd van de bevolking. In Nederland en de Verenigde Staten is dit respectievelijk 1.750 en 3.000 gulden per hoofd van de bevolking. Het percentage van het BNP besteed aan de gezondheidszorg, is 8,7% in Nederland, minder dan 6% in het Verenigd Koninkrijk en 11% in de VS.

Het staat vast dat deze van staatswege verleende medische zorg goedkoper is dan de op particuliere verzekeringen gebaseerde gezondheidszorg in de VS of Nederland, die beide mank gaan aan structurele en functionele complexiteit. Dat in deze tijden van toenemende vergrijzing van de bevolking een scherpe

budgettering echter tot problemen aan het consumptieve eind kan leiden, zal het volgende aantonen.

GEBOUWEN

Als mevrouw Thatcher tijdens haar pensionering plotsklaps zo ernstig ziek zou worden dat zij niet direct naar haar kamer in een privé-ziekenhuis zou kunnen worden gebracht, dan zou zij belanden op de Eerste Hulp van Kings College Hospital. Dit grote ziekenhuis ligt niet ver van Brixton, één der armste wijken van Londen. Men zou haar op een brancard tussen de emmers, die strategisch onder het lekkende dak staan opgesteld, en langs het bord: 'Niet op de grond spugen' rijden en haar, afhankelijk van de ernst van haar ziekte, uren op de gang laten wachten.

Op 24 maart jl. heeft de koningin-moeder een ultramoderne vleugel geopend van het St. Mary's hospital, ook in Londen, die de belastingbetaler 33 miljoen pond heeft gekost. Echter vanwege geldgebrek (de kas van de Health Authority is leeg) is tot nu toe circa de helft van de operatiekamers en van de zalen, alsmede de gehele afdeling Intensive Care, ongebruikt gebleven. Men claimt dat 'The Service' een directe injectie van 2 miljard gulden nodig heeft om de ziekenhuizen aan de huidige eisen aan te passen. Als men echter ziet dat sommige in de Tweede Wereldoorlog opgerichte noodgebouwen nog immer volledig in gebruik zijn, is te vrezen dat het hier niet bij blijft.

BEDDENCRISIS

Op 19 januari van dit jaar liep Philip Ford zwaar thoraxletsel op, toen hij in een poging behulpzaam te zijn bij het parkeren, klem kwam te zitten tussen een vrachtwagen en de muur. Op de EHBO van een van de kleinere ziekenhuizen in Londen constateerde men een letsel aan de linker a.subclavia. Daar het ziekenhuis geen afdeling voor thoraxchirurgie rijk is, begon men een poging tot overplaatsing, die vijf uur zou duren. Vijf grotere Londense ziekenhuizen weigerden overname vanwege of het niet beschikbaar zijn van een OK. Uiteindelijk, zeven zak-

ken bloed verder, lukte het bij het zesde. Niet zelden kost het de jongste assistent tijdens een druk weekend per spoedopname tussen een half uur en een uur om een bed voor een patiënt te vinden. Vaak moeten daardoor de voor die dag geplande opnames worden geannuleerd. Voor een man in Wolverhampton die het weekend voorafgaande aan de operatie op een streng dieet van louter vloeibaar voedsel was gezet, was op drie opeenvolgende maandagen geen bed beschikbaar.

WACHTLIJSTEN

Het beddentekort leidt tot annulering van geplande operaties (dus tot het groeien van de wachtlijsten) en het (te) snel ontslaan van patiënten. Op het ogenblik staan in totaal meer dan 600.000 mensen in Engeland in de rij voor een operatie, sommigen meer dan twee jaar. Hoewel 'queuring' hoort bij het dagelijkse Engelse ritme, is dit één der gevoeligste punten en een punt in elke gesprek over de gezondheidszorg. De kwestie van de baby's met een septumdefect in Birmingham die weken op een ingreep moesten wachten en van wie er tenslotte één stierf, heeft de landelijke pers en de Hoge Raad gehaald. Horrorverhalen als voornoemde en dat van de man uit Durham die 'omkwam' tijdens een protestmars tegen NHS-bezuinigingen na achttien maanden op een wachtlijst te hebben gestaan voor een openhartoperatie, hebben de gemoederen hoog doen oplopen.

De wachtlijsten hebben altijd een smet op het NHS-blazoen geworpen. Engeland is vrijwel het enige 'ontwikkelde' land waar mensen soms meer dan een jaar op een ingreep moeten wachten. Oorzaken: het inkrimpen van de bedden-capaciteit, een tekort aan verpleegkundigen, een lege kas. Een voorbeeld: een willekeurige grootmoeder in Noord-West London die een 'total hip replacement' moet ondergaan, is wat deze ingreep betreft het slechtst af in heel Engeland: zij zal er volgens de statistieken 1.562 dagen op moeten wachten.

Gezien het feit dat de financiële rek al uit het systeem is, zal hierin voorlopig geen verandering komen. De NHS tracht een gedeelte van de 'kleinere' ingrepen aan particuliere klinieken uit te besteden.

INKOMEN VERPLEEGKUNDIGEN

Woensdag 3 februari 1988 was voor de NHS een zwarte dag: honderden operaties werden afgelast en vele ziekenhuizen, vooral in de omgeving van London,

konden alleen spoedopnames accepteren vanwege een staking van verpleegkundigen. Dezen gingen de straat op, vergezeld van patiënten en sympatiserende burgers, omdat zij hun chronische onderbetaling beu waren. Een doorsnee-verpleegkundige verdiende toen bruto 22.000 gulden per jaar en een hoofdzuster bruto 25.000 gulden jaarlijks. De meesten kunnen hiervan net rondkomen, doch in de duurdere hoofdstad is het krap. Als neveneffect van deze situatie zien we 'moonlighting': om hun salaris wat aan te vullen werken velen als uitzendkracht in de avonduren, soms in hetzelfde ziekenhuis, na een gewone dagdienst te hebben gedraaid; door het algemene tekort aan verpleegkundigen kunnen vele ziekenhuizen niet zonder deze 'uitzendkrachten'. Op donderdag 21 april jl. heeft de regering wat stoom van de NHS-crisis-ketel genomen door de 487.000 verpleegkundigen een loonsverhoging van gemiddeld 15% toe te zeggen.

De NHS is de laatste jaren steeds aan het faillissement ontkomen via recidiverende financiële transfusies. Behalve het geld voor de recent ingevoerde loonsverhogingen is op dit moment 600 miljoen pond nodig om de dienstverlening in een aantal ziekenhuizen weer op een acceptabel peil te brengen. In 1983 stelde de regering Thatcher achthonderd managers aan, die het zakelijke reilen en zeilen van de respectieve 'health districts' moesten stroomlijnen. Desalniettemin is het onmogelijk gebleken een genationaliseerde mammoetindustrie als de NHS te runnen zonder het gebrek aan efficiency dat een dergelijk systeem eigen is. Velen zouden daarom gaarne een geleide terugkeer zien naar bijvoorbeeld een systeem van verplichte of vrijwillige verzekeringen, het liefst met behoud van de maximale medische efficiëntie en de toegankelijkheid voor een ieder die medische hulp behoeft.

Het zal duidelijk zijn, dat nationalisering geen oplossing is voor de problemen die een veel te dure gezondheidszorg als de Nederlandse met zich brengt. De Nederlandse gezondheidszorg is te aantrekkelijk voor zowel investeerders als (een aantal) artsen. Het resultaat: te veel bedden, te veel ziekenhuizen, te veel voorschriften, kortom een veel te dure medische consumptie. Jaarlijks wordt in Groot-Brittannië per hoofd van de bevolking 600 gulden minder aan medische hulp uitgegeven. Echter, in Nederland hoeft men niet bang te zijn dat de belangen van de consument worden aangetast. In Engeland is dat anders. □

Hulpverlening aan artsen

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

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

LANDELIJKE CONTACTPERSONEN

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

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

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

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

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

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

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

CONTACTPERSONEN REGIO TWENTE

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

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

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

ANONIEME DOKTERS

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

Werkgroep Den Haag, tel. 01751-17995

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-463449

Weinig obducties bij thuis overledenen

Verslag van een enquête

Volgens recente publikaties blijven obducties onmisbaar bij het verkrijgen van inzicht in de juistheid van een gestelde diagnose en toegepaste therapie¹⁻⁴. Bij ongeveer 25% van alle in ziekenhuizen overleden patiënten wordt obductie verricht⁵.

Obductie bij een patiënt die buiten het ziekenhuis overlijdt wordt mede belemmerd door het feit dat de ziektekostenverzekeraars deze procedure niet vergoeden^{6,7}. Uit een enquête van de Landelijke Huisartsen Vereniging blijkt, dat 88% van de huisartsen bij een onduidelijke doodsoorzaak graag obductie zouden willen laten verrichten⁸.

Sinds januari 1987 kunnen huisartsen en verpleeghuisartsen in de regio Groningen-Assen in het kader van een experiment dat in opdracht van de Ziekenfondsraad wordt uitgevoerd, obducties aanvragen. Het experiment heeft tot doel na te gaan of obducties bij thuis en in het verpleeghuis overleden patiënten een nuttige bijdrage kunnen leveren aan de gezondheidszorg.

De vraag is hoe vaak nu al obductie wordt gedaan. Om een antwoord op deze vraag te krijgen hebben wij een enquête onder de pathologische laboratoria in ons land gehouden. Op deze manier probeerden wij tevens enig inzicht te krijgen in de indicaties die huisartsen hanteren om obductie aan te vragen. Ook zijn wij nagegaan wat pathologen-anatomen van een eventuele uitbreiding van de obductiemogelijkheden vinden.

ONDERZOEK

De enquêteformulieren zijn in september 1987 verzonden aan de afdelingshoofden van de 61 pathologische laboratoria in Nederland waar obducties worden verricht op verzoek van medisch specialisten. De response was 92%; 5 aangeschreven afdelingshoofden reageerden niet. Bij de weergave van de resultaten hebben wij de opgegeven aantallen naar 100% geëxtrapoleerd.

In de enquête werden de volgende vragen gesteld:

1. Hoeveel obducties zijn er in 1986 uitgevoerd ten behoeve van specialisten, huisartsen, verpleeghuizen, zwakzinnigeninrichtingen en overige artsen?

Drs. Erik Wabeke

Bij ongeveer 25% van alle in het ziekenhuis overleden patiënten wordt obductie verricht. Maar hoe zit het met het aantal obducties bij patiënten die thuis of in het verpleeghuis zijn overleden? Om deze vraag te beantwoorden heeft de huisarts Drs. E. Wabeke, verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen, een enquête gehouden onder de pathologische laboratoria in ons land.

2. Vormen de kosten of de personeelsbezetting een beperking bij het verrichten van obducties ten behoeve van huisartsen, verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen? Hoe worden deze obducties gefinancierd?

3. Bent u het ermee eens de bestaande obductiemogelijkheden uit te breiden?

4. Kunt u op een vijfpuntenschaal aangeven hoe vaak huisartsen naar uw mening obductie aanvragen bij: doodgeboren kinderen, wiegedood, onverwacht overlijden en bij overledenen jonger c.q. ouder dan 65 jaar?

RESULTATEN

Aantal obducties

Uit de enquête bleek, dat er in 1986 in totaal 15.066 obducties zijn verricht, dat wil zeggen bij 12% van alle overledenen. Van deze obducties werden er 14.104 (94%) aangevraagd door een specialist. Ten behoeve van huisartsen, verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen zijn respectievelijk 338, 117 en 155 obducties verricht. De overige obducties zijn uitgevoerd ten behoeve van justitie en psychiatrische inrichtingen en bij patiënten die bij aankomst in het ziekenhuis bleken te zijn overleden.

Dit betekent dat bij minder dan 1% van de thuis overleden patiënten obductie werd aangevraagd. Enkele pathologen-anatomen vermeldten dat obducties bij thuis overledenen soms op naam van een specialist worden aangevraagd, vooral wanneer een patiënt bij deze specialist

onder behandeling is geweest. Dit gegeven zou van invloed kunnen zijn op het opgegeven aantal thuis overledenen. Waarschijnlijk gaat het hierbij slechts om een klein aantal obducties. In 80% van de laboratoria worden incidenteel obducties ten behoeve van huisartsen verricht.

Regionale verschillen

Huisartsen in Limburg bleken bij ongeveer 2% van de thuis overleden patiënten obductie aan te vragen; dit aantal was hoger dan het landelijk gemiddelde. Dit komt doordat enkele pathologen-anatomen huisartsen hebben gestimuleerd om obductie aan te vragen. In Friesland en Noord-Brabant vroegen verpleeghuisartsen relatief veel obducties aan. In Utrecht en Zuid-Holland werden relatief veel obducties ten behoeve van zwakzinnigeninrichtingen verricht. Het bleek dat pathologische laboratoria soms met instellingen in hun regio een regeling hebben getroffen over het laten doen van obducties. In meer dan de helft van de pathologische laboratoria werden nooit obducties ten behoeve van verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen verricht.

Beperkende factoren

In 63% van de laboratoria werd het ontbreken van een goede regeling voor de kosten als beperkende factor genoemd bij het aantal niet-klinische obducties; dit gold speciaal voor de kosten van het transport van de overledene. De personeelsbezetting bleek nauwelijks problemen op te leveren, omdat het aantal niet-klinische obducties nog relatief gering is. De ziekenhuizen c.q. pathologische laboratoria namen in 85% van de gevallen de kosten van de niet-klinische obducties voor hun rekening. In 10% van de gevallen werden deze kosten door de ziektekostenverzekeraar vergoed, in 5% van de gevallen ontvingen de nabestaanden een rekening en in minder dan 1% van de gevallen ging de rekening naar de arts die de obductie had aangevraagd.

De meeste pathologische laboratoria vonden uitbreiding van de bestaande obductiemogelijkheden gewenst; slechts drie laboratoria vonden dit niet.

Indicaties

Bij wiegedood zouden de huisartsen naar de mening van de pathologen-anatomen meestal wel een obductie laten doen. Bij onverwacht overlijden, bij doodgeboren kinderen en bij overledenen jonger dan 65 jaar hebben huisartsen soms behoefte aan obductiegegevens. Bij overledenen die ouder zijn dan 65 jaar vragen huisartsen sporadisch obductie aan.

BESCHOUWING

Uit deze enquête blijkt dat bij minder dan 1% van de patiënten die in 1986 thuis zijn overleden obductie werd verricht. Daarentegen werd bij 28% van de in ziekenhuizen overleden patiënten obductie verricht; dit percentage is iets hoger dan de 25% die door het CBS wordt opgegeven⁵. In het ziekenhuis is obductie een beproefde vorm van kwaliteitsbewaking⁹⁻¹¹; necrologiebesprekingen spelen hierbij een belangrijke rol.

Als huisartsen en verpleeghuisartsen vaker obducties zouden aanvragen, zouden diagnostiek en behandeling kunnen worden verbeterd. Bij wiegedood laten huisartsen meestal wel obductie doen; dit komt waarschijnlijk doordat daaraan in de literatuur veel aandacht is besteed en

de ouders gemotiveerd zijn om toestemming te geven¹².

Bij ouderen en chronische zieken blijken huisartsen zelden een obductie aan te vragen. Desondanks komt er door een obductie bij ouderen nogal eens een onverwachte diagnose aan het licht¹³⁻¹⁵. Obducties kunnen juist daarom behalve voor huisartsen ook voor verpleeghuisartsen belangrijk zijn.

Het aantal niet-klinische obducties lijkt vooral te worden belemmerd door het ontbreken van een goede financiële regeling. De meeste pathologen-anatomen vinden het zinvol de bestaande obductiemogelijkheden uit te breiden. Obducties ten behoeve van huisartsen en verpleeghuisartsen kunnen door het houden van necrologiebesprekingen leiden tot verbetering van de gezondheidszorg. Om deze besprekingen te organiseren moet er wel een mogelijkheid zijn de obducties uit te voeren.

Het is daarom gewenst dat er een goede regeling komt voor het aanvragen van obducties bij mensen die niet in een ziekenhuis overlijden. De betrokken artsen zullen dan ervaring moeten krijgen met de mogelijkheden en beperkingen van deze vorm van geneeskunde. Daarbij kunnen necrologiebesprekingen een belangrijke rol vervullen. □

Literatuur

1. Battle RM, Pathak D, Humble CG et al. Factors influencing discrepancies between premortem and postmortem diagnoses. *JAMA* 1987; 258: 339-44.
2. Gross JS, Neufeld RR, Libow LS et al. Autopsy study of the elderly institutionalized patient. Review of 234 autopsies. *Arch Intern Med* 1988; 148: 173-6.
3. Landefeld CS, Chren MM, Myers A et al. Diagnostic yield of the autopsy in a university hospital and a community hospital. *N Engl J Med* 1988; 318: 1249-54.
4. Reid WA, Harkin PJR, Jack AS. Continual audit of clinical diagnostic accuracy by computer: a study of 592 autopsy cases. *Journal of pathology* 1987; 153: 99-107.
5. Campos Cardoso A de. Obducties in Nederland. Maandbericht Gezondheid (CBS) 1986; 5: 11-27.
6. Nooter J. Obductie op verzoek van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26: 9-10.
7. Wabeke E, Wielink G. Obducties in de huisartsgeneeskunde. *Medisch Contact* 1987; 42: 843-4.
8. Steffelaar JW. Hoe gezond is de gezondheidsstatistiek? *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 112-5.
9. Anderson RE. The autopsy as an instrument of quality assessment. Classification of premortem and postmortem diagnostic discrepancies. *Arch Pathol Lab Med* 1984; 108: 490-3.
10. Council on Scientific Affairs. Autopsy; A Comprehensive Review of Current Issues. *JAMA* 1987; 258: 364-9.
11. Laisue JA, Altermatt HJ, Zuercher B et al. The significance of the autopsy: Evaluation of current autopsy results by the clinician. *Schweiz Med Wschr* 1986; 116: 130-4.
12. Geudeke M. Onderzoek en hulpverlening bij wiegedood. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 2052-4.
13. Campion EW, Reder VA, Mulley AG et al. Age and the declining rate of autopsy. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 865-8.
14. Kohn RR. Cause of death in very old people. *JAMA* 1982; 247: 2793-7.
15. Puxty JAH, Horan MA, Fox RA. Necropsies in the elderly. *Lancet* 1983; 1262-4.

Arts en recht

Ongerustheid als signaal

Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege d.d. 11 februari 1988

In bijgaande uitspraak wordt een huisarts verweten een 5½ weken oude baby niet te hebben onderzocht, toen de ouders met de baby zijn spreekuur bezochten. De ouders maakten zich ongerust, omdat het kind last had van diarree met sporen van bloed en slijm en omdat het gewicht afnam. Het kind had al bijna vier weken in het ziekenhuis gelegen en bleek bij controle op het zuigelingenbureau, twaalf dagen na ontslag en één dag voor het bezoek aan de huisarts, 70 gram te zijn afgevallen. De dag na het bezoek aan de huisarts moest de baby weer worden opgenomen, wegens ernstige dystrofie en chronische diarree.

De opvatting van het Centraal Medisch Tuchtcollege, dat 'in het algemeen een onderzoek van een zeer jeugdig kind reeds geïndiceerd is indien de nerveuze ouders zich daartoe tot de huisarts wenden', willen wij graag onderstrepen. Ongerustheid is een belangrijk diagnostisch signaal. Patiënten hebben er recht op dat hun klacht serieus wordt genomen en dat er altijd een behoorlijk onderzoek wordt ingesteld. Pas als dit heeft plaatsgevonden, kunnen mensen zo nodig worden 'gerustgesteld'.

Het college spreekt ook als zijn mening uit, dat in de praktijkruimte van elke huisarts een zuigelingenweegschaal aan-

wezig dient te zijn. Over de noodzaak hiervan kan men iets genuanceerder denken. Voor de casus had het in ieder geval niet uitgemaakt, aangezien de diagnose 'dystrofie' niet wordt gesteld op grond van gewichtsveranderingen maar door nauwgezet onderzoek van het kind. Bij twijfel dient men het onderzoek na enige uren te herhalen.

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

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door

G, wonende te Z, klager, ingestelde beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te W van 22 september 1986, waarbij zijn klacht tegen L, huisarts, wonende te Z, als ongegrond werd afgewezen.

1. Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft kennis genomen van de stukken in eerste aanleg, waaronder het proces-verbaal van de terechtzitting van 2 september 1986 en de beslissing waarvan beroep; voorts van het beroepsschrift, dat tijdig werd ingediend alsmede van het verweerschrift.

2. De zaak is in hoger beroep achtereenvolgens behandeld ter terechtzitting van 29 oktober en 26 november 1987; aldaar waren aanwezig de klager, zijn echtgenote (enkel ter zitting van 29 oktober 1987), de arts (enkel ter zitting van 26 november 1987), en zijn advocaat Mr. D te M. De voortgezette behandeling was nodig teneinde de arts in de gelegenheid te stellen het Centraal College over het feitelijk verloop te informeren.

3. Het Centraal College is ook overigens van oordeel, dat de arts in beginsel en als regel gehoor behoort te geven aan een oproep van de tuchtrechter voor hem te verschijnen en tijdig maatregelen behoort te treffen om zijn verschijning mogelijk te doen zijn, waartoe de aanstelling van een vervanger nodig kan zijn; indien een arts echter meent dat zijn aanwezigheid niet of minder vereist zou zijn, dient hij zich tenminste tijdig met de fungerend voorzitter te verstaan teneinde diens oordeel daarover in te winnen. Het wegblijven als fait accompli getuigt zonder meer niet van een passend inzicht in de functie van het tuchtrecht.

4. De klacht houdt in – zakelijk – dat de arts: A. gedurende de zwangerschap van de vrouw van klager, die leidde tot de geboorte van J op 21 juli 1985, in zorg te kort zou zijn geschoten; B. gedurende de periode van 21 juli tot 30 augustus 1985 onvoldoende aandacht aan J zou hebben besteed; en C. vervolgens toen klager en zijn echtgenote hun medische verzorging aan een andere huisarts in plaats van de arts wilden toevertrouwen, niet bereid zou zijn geweest een aantal medische bescheiden met betrekking tot de echtgenote van klager aan haarzelf af te staan.

5. De sub 3 a en c genoemde onderdelen van de klacht werden door het College in eerste aanleg ongegrond bevonden; het Centraal College kan zich met de betrokken oordelen verenigen, alsmede met de overwegingen die daaraan ten grondslag werden gelegd, nu van nieuwe feiten in hoger beroep niet is gebleken, zodat deze onderdelen geen nadere bespreking behoeven.

6. Met betrekking tot onderdeel 3b van de klacht is vast komen te staan dat klager en zijn echtgenote zich op 29 augustus 1985 op het spreekuur van de arts hebben vervoegd met J, die toen ongeveer zeven weken oud was,

waarbij zij tevens bij zich hadden een recente luier met ontlasting en een potje met ontlasting, die zij aan de arts hebben getoond.

7. De ouders, in het bijzonder de moeder, waren in hoge mate ongerust over het welzijn van J, waarvan de arts doordrongen was.

J was op 21 juli 1985 geboren met een gewicht van slechts 1.670 g en in verband daarmee in het ziekenhuis opgenomen geweest gedurende de periode van 21 juli tot 16 augustus 1985, en op laatstgenoemde datum ontslagen met een gewicht van 2.360 g. Volgens het consultatiebureau zou op 28 augustus 1985 het gewicht van J 2.290 g zijn geweest, hetgeen volgens de ouders van J op een abuis (weegfout) zou berusten, omdat J toen minder zou hebben gewogen. Tevens deelden de ouders op 29 augustus 1985 de arts mee dat J niet alleen in gewicht afnam, maar ook diarree met sporen van bloed en slijm, (die de arts verklaarde in de luier en het potje niet te hebben aangetroffen) had en ontzettend perste, waarbij hij huilde.

8. De arts heeft J toen niettemin niet onderzocht en volstaan met het bezien van J, zoals hij toegedeekt in zijn reisinwagen lag; J, die toen volgens klager niet huilde en volgens de echtgenote van klager geen koorts zou hebben gehad, zag er volgens de arts niet ziek uit. De arts heeft volstaan met het advies aan de ouders hem de volgende dag desgewenst weer te consulteren, indien de klachten mochten aanhouden.

9. Toen de arts de volgende dag, op 30 augustus 1985, J op verzoek van zijn ouders wel had onderzocht, liet hij J onverwijld in het ziekenhuis opnemen; J bleek toen zeer dystrofisch en vertoonde het beeld van chronische diarree ('intractable diarrhea').

10. Het Centraal College is van oordeel, dat de arts J op 29 augustus 1985 ten onrechte niet heeft onderzocht; daargelaten dat in het algemeen een onderzoek van een zeer jeugdig kind reeds geïndiceerd is, indien nerveuze ouders zich daartoe tot hun huisarts wenden, was daartoe te meer reden, gezien de aard en de ernst van de klachten en de voorgeschiedenis, waarvan de arts toen op de hoogte was. Aannemelijk lijkt voorts, dat de arts toen reeds de dystrofie had moeten diagnosticeren, aangezien een dystrofie wel abrupt kan verslechteren maar geleidelijk ontstaat, zodat de dystrofie, die op 30 augustus van ernstige aard bleek te zijn, op 29 augustus duidelijk waarneembaar moet zijn geweest.

Aan het vorenstaande doet niet af, dat de latere genezing van J aldus wel vertraagd, maar niet noemenswaard beïnvloed is.

11. De arts heeft zich voorts erop beroepen dat er geen reden was om J op 29 augustus 1985 te onderzoeken, omdat hij op 28 augustus door het consultatiebureau was gezien zonder dat de arts dienaangaande enig negatief bericht had bereikt en hij bovendien niet over een zuigelingenweegschaal beschikte, zodat hij J

toch niet had kunnen wegen.

12. Aldus heeft de arts miskend dat aan een consultatiebureau slechts een preventieve taak is toebedeeld en de curatieve taak door de arts als huisarts moet worden vervuld, waartoe eigen adequaat onderzoek moet worden verricht.

13. Het feit dat in de praktijkruimte van de arts zelfs geen zuigelingenweegschaal aanwezig bleek te zijn, valt naar het oordeel van het Centraal College niet te rijmen met de opvatting van de huisartsgeneeskundigen dat de primaire verantwoordelijkheid voor het zieke kind op de huisarts rust; daaraan doet niet af, dat de institutionalisering van de gezondheidszorg in samenhang met de huisartsenopleiding schijnt mee te brengen dat de huisartsen het geregelde onderzoek van (zeer) jeugdige kinderen aan consultatiebureaus zouden kunnen overlaten.

14. Het Centraal College is van oordeel, dat het onder 3b omschreven onderdeel van de klacht derhalve gegrond is en de arts zich onder voormelde omstandigheden schuldig heeft gemaakt aan handelingen die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnen, en de maatregel van waarschuwing op zijn plaats is; voorts dat het algemeen belang bekendmaking van deze uitspraak op na te noemen wijze vordert, aangezien de taak en de verantwoordelijkheid van de huisarts ten opzichte van het (zeer) jeugdige kind in het geding is.

15. De uitspraak waarvan beroep kan mitsdien in zoverre niet in stand blijven.

Rechtdoende in hoger beroep:

vernietigt de beslissing waarvan beroep; verklaart de klacht gegrond; legt de arts de maatregel van waarschuwing op; bepaalt dat deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in art. 13b-1 van de Medische Tuchtwet zal worden bekend gemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met verzoek tot plaatsing aan de tijdschriften Medisch Contact, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus gegeven in raadkamer door Mr. J. J. R. Bakker, plv. voorzitter; H. van Giffen, lid-geneeskundige; F. H. Veldhuyzen van Zanten, Prof. Dr. H. K. A. Visser en K. W. Woltering, plv. leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van Mr. J. Ekelmans, plv. secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag 11 februari 1988 door Mr. B. Pronk, voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris. □

Cerebrovasculair accident: de rol van revalidatiecentrum en verpleeghuis

Een retrospectieve studie

Gedurende de periode 1969-1983 is het aantal ziekenhuisopnamen als gevolg van een cerebrovasculair accident (CVA) sterk toegenomen, namelijk van 11.160 tot 23.702. De sterfte na een CVA daarentegen is opmerkelijk gedaald, namelijk met ongeveer 35%¹. De preventie en primaire behandeling van een CVA zijn regelmatig onderwerp van onderzoek geweest^{2,3}. Aan de gang van zaken op langere termijn na een CVA is echter heel wat minder aandacht besteed^{4,5}.

Voor de patiënt staat in dezen de vraag centraal: 'Kom ik weer thuis?' Indien ontslag uit het ziekenhuis naar huis niet direct mogelijk is, volgt een opname in een revalidatiecentrum of verpleeghuis. Na een periode van revalidatie wordt een aantal CVA-patiënten alsnog naar huis ontslagen, de overigen worden – voor zover ze niet zijn overleden – permanent bewoners van verpleeghuizen.

Vanuit het perspectief van revalidatie is het van essentieel belang dat aan CVA-patiënten de behandeling wordt geboden die aansluit bij de verwachtingen inzake het te bereiken functioneel niveau. Hierbij kan worden gedacht aan het revalideren van een CVA-patiënt op een specifieke 'stroke-unit' dan wel aan opname op een primair verzorgingsgerichte eenheid ('chronic care unit').

In het geval dat ontslag naar huis niet (direct) haalbaar is, vindt in de ziekenhuizen te Enschede en Hengelo overleg plaats tussen neuroloog en revalidatiearts over een opname in het regionaal revalidatiecentrum 'Het Roessingh'* dan wel in één van de negen regionale verpleeghuizen**. Opname in het revalidatiecentrum geschiedt in de verwachting dat de betrokken CVA-patiënt uiteindelijk alsnog naar huis zal kunnen worden ontslagen.

Binnen revalidatiecentrum en verpleeghuis bestond echter onvoldoende inzicht in de factoren die uiteindelijk bepalend waren voor ontslag naar huis. Teneinde

Dr. J. de Vries

Preventie en primaire behandeling van een CVA zijn regelmatig onderwerp van onderzoek geweest. In dit artikel besteedt Dr. J. de Vries, revalidatiearts in 'Het Roessingh', aandacht aan de gang van zaken op langere termijn. De vraag of de patiënt weer thuiskomt staat hierin centraal.

meer inzicht te krijgen in de behandeling van CVA-patiënten in revalidatiecentrum en verpleeghuis werd een gemeenschappelijk onderzoek verricht. In dit onderzoek stonden de volgende twee vragen centraal:

1. Welke CVA-patiënten komen in een revalidatiecentrum dan wel verpleeghuis terecht, met andere woorden: welke variabelen spelen een rol in de ontslagrichting vanuit het ziekenhuis?

2. Welke CVA-patiënten kunnen na een periode van revalidatie alsnog naar huis worden ontslagen, met andere woorden: welke variabelen zijn relevant voor ontslag naar de thuissituatie?

Een afgeleide vraag is of er belangrijke verschillen zijn tussen de ontslagpopulatie van een revalidatiecentrum en verpleeghuis.

In een poging deze vragen te beantwoorden werd besloten tot een retrospectief onderzoek.

METHODEN EN PATIËNTEN

Populatie en onderzoekvariabelen

Het retrospectief onderzoek werd verricht bij alle patiënten die, na in de periode 1982-1983 in één van de vier ziekenhuizen te Enschede en Hengelo opgenomen te zijn geweest en bij wie als hoofddiagnose 'cerebrovasculair accident' was gesteld, voor verdere behandeling klinisch werden opgenomen in het revalidatiecentrum of een verpleeghuis in de regio. Bij de diagnosestelling is uitgegaan van de SMR-codering voor een CVA (430-437). Onder deze codering rekent men de ziekten: subarachnoïdale bloe-

dingen; intracerebrale bloedingen; overige en niet gespecificeerde intracraniale bloedingen; afsluiten (occlusie) en stenose van precerebrale arteriën; afsluiting van cerebrale arteriën; passagère cerebrale ischemie; acute, maar niet scherp omschreven cerebrovasculaire accidenten; en overige, respectievelijk niet scherp omschreven cerebrovasculaire accidenten.

In totaal werden in de vier ziekenhuizen in die periode 1.278 patiënten met een cerebrovasculair accident opgenomen. Volgens opgave van de SMR was de ontslagrichting als volgt: 739 (57,8%) naar huis; 293 (22,9%) overleden in het ziekenhuis; 142 (11,1%) naar het verpleeghuis; 58 (4,5%) naar het revalidatiecentrum; en 46 (3,6%) naar een ander ziekenhuis.

Patiënten die reeds eerder een CVA hadden doorgemaakt en daarvoor waren opgenomen in het revalidatiecentrum of een verpleeghuis, werden buiten het onderzoek gelaten. Verder werden alleen die patiënten in het onderzoek betrokken van wie de voornaamste indicatie voor opname in revalidatiecentrum of verpleeghuis de scala van functionele beperkingen was, uitgaande van het houdings- en bewegingsapparaat, als direct gevolg van een manifest CVA. Factoren die bij CVA-patiënten op grond van klinische ervaring een rol zouden kunnen spelen in de ontslagrichting van ziekenhuis naar revalidatiecentrum c.q. verpleeghuis, hetzij van revalidatiecentrum c.q. verpleeghuis naar huis, werden ingedeeld in algemene en specifieke variabelen (zie tabel 1).

Registratie van patiënten met een CVA

Als bronnen werden ten eerste de klinische statussen uit het revalidatiecentrum en verpleeghuis van alle patiënten die in eerdergenoemde periode werden opgenomen, geraadpleegd. Van de verpleeghuizen zijn voorts aanvullende gegevens van artsen, fysiotherapeuten en (hoofd-)verpleegkundigen verkregen aan de hand van vragenlijsten en interviews. Patiënten van wie onvoldoende gegevens bekend waren, werden niet in het onderzoek opgenomen.

* Revalidatiecentrum Het Roessingh, Enschede

** Verpleeghuis St Elisabeth, Delden; Verpleeghuis Gerardus Majella, Denekamp; Psychogeriatrisch centrum Bruggerbosch, Enschede; Verpleeghuis De Cromhoff, Enschede; Verpleeghuis 't Kleyn Vaert, Enschede; Verpleeghuis Het Wiedenbroek, Haaksbergen; Verpleeghuis Oldenhove, Losser.

Het onderzoek betrof uiteindelijk 58 CVA-patiënten van het revalidatiecentrum en 107 verpleeghuispatiënten.

RESULTATEN

Opname

Er bleken grote verschillen te bestaan tussen de CVA-patiënten in het revalidatiecentrum en die in het verpleeghuis.

De gemiddelde verblijfsduur in het algemeen ziekenhuis van patiënten die naar revalidatiecentrum dan wel verpleeghuis werden ontslagen, bedroeg 44 dagen (van minimaal 12 dagen tot maximaal 96 dagen) respectievelijk 70 dagen (van 10 dagen tot 372 dagen), dat wil zeggen een verschil van bijna vier weken.

Bij opname in het revalidatiecentrum was de gemiddelde leeftijd van de CVA-patiënten 60,1 jaar (grenzen van 19 jaar tot 81 jaar) en in het verpleeghuis 78,8 jaar (grenzen van 63 jaar tot 97 jaar; *figuur 1*). Een CVA-patiënt in het revalidatiecentrum was gemiddeld dus bijna twintig jaar jonger dan een CVA-patiënt in het verpleeghuis.

Geslacht: De patiënten in het revalidatiecentrum waren in meerderheid mannen (60%). De verpleeghuispatiënten daarentegen waren in grote meerderheid vrouwen (76%).

De ernst van het cerebrovasculair accident valt vooral af te leiden uit het voorkomen van incontinentie, spraak- en taalstoornissen, het psychosyndroom, stoornissen van het bewegingsapparaat en beperkingen in de ADL-functies. In hoeverre CVA-patiënten therapeutisch kunnen worden belast is afhankelijk van de aanwezigheid van overige pathologie, zoals hart- en vaatziekten, inclusief hypertensie, longziekten, diabetes mellitus, adipositas, carcinoma en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Bij de CVA-patiënten in het verpleeghuis kwamen de aan het CVA gerelateerde stoornissen en ook de overige pathologie veel vaker voor dan bij de patiënten in het revalidatiecentrum (*tabel 2*).

In de revalidatiediagnose bij een CVA spelen de beenfunctie, loopfunctie en ADL-functies een specifieke rol: deze variabelen werden in respectievelijk een zes-, vijf- en vierpuntsschaal weergegeven. In tegenstelling tot de voorgaande variabelen bleken de CVA-patiënten in de verschillende behandelcentra wat deze specifieke functies ten tijde van de opname betreft een gelijk beeld te geven (*figuur 2*).

In het revalidatiecentrum en de verpleeg-

Tabel 1. Algemene en specifieke variabelen.

ALGEMENE VARIABELEN	geslacht leeftijd CVA-diagnose SMR overige diagnoses hemibeeld taal/spraakstoornissen psychosyndroom incontinentie recidief CVA thuisituatie, inclusief zelfstandige partner
SPECIFIEKE VARIABELEN	ADL-functies beenfunctie loopfunctie

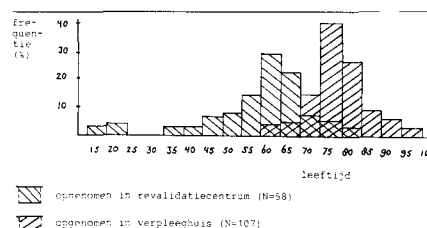
Tabel 2. Prevalentie van algemene variabelen bij CVA-patiënten opgenomen in revalidatiecentrum respectievelijk verpleeghuis.

	revalidatiecentrum (N=58)	verpleeghuis (N=107)
incontinentie	14% (8)	71% (76)
psychosyndroom	9% (5)	49% (52)
spraak/taalstoornissen	45% (26)	66% (71)
aandoening houdings/bewegingsapparaat	21% (12)	56% (60)
gemiddeld aantal overige diagnoses	2,4 (grenzen 0-6)	4,6 (1-10)

Tabel 3. Prevalentie van algemene factoren bij CVA-patiënten die ontslagen zijn uit revalidatiecentrum respectievelijk verpleeghuis naar de thuissituatie in vergelijking met de prevalentie bij de overige patiënten.

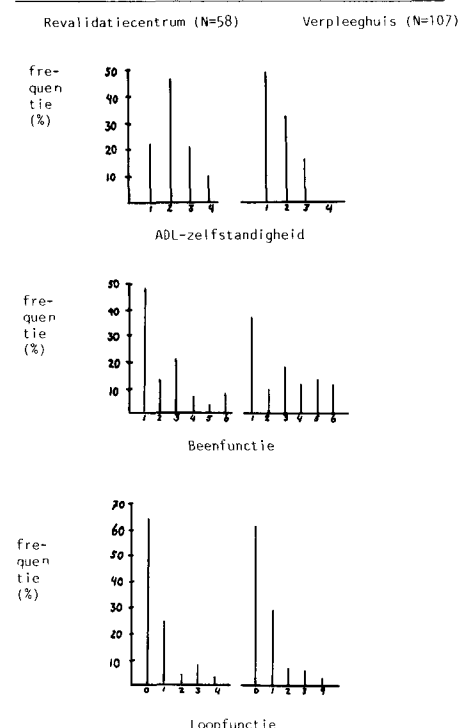
	revalidatiecentrum ontslagen/niet- (N=51)	revalidatiecentrum ontslagen/niet- (N=7)	verpleeghuis ontslagen/niet- (N=13)	verpleeghuis ontslagen/niet- (N=94)
psychosyndroom	6% (3)	28% (2)	23% (3)	52% (49)
incontinentie	10% (5)	43% (3)	31% (4)	77% (72)
spraak/taalstoornissen	45% (23)	43% (3)	38% (5)	70% (66)
overige diagnoses ...	2,3	3,1	3,5	4,7

Figuur 1. Frequentieverdelingen van leeftijd van CVA-patiënten opgenomen in verpleeghuis en revalidatiecentrum.

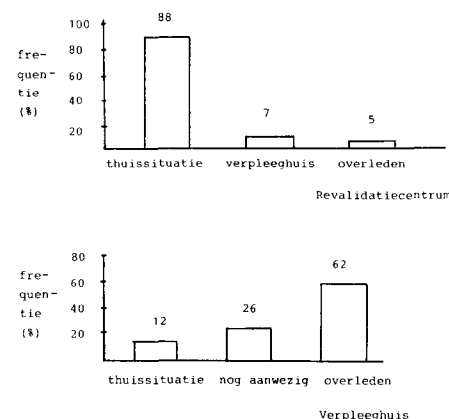


huizen was 74% respectievelijk 75% van de CVA-patiënten afkomstig uit de codegroepen 434 en 437. Bij de patiënten in de verschillende instellingen waren de CVA's gelijkelijk over beide hemisferen verdeeld, patiënten met een dubbelzijdig hemibeeld kwamen echter vooral in het

Figuur 2. Frequentieverdelingen van ADL-functies, beenfunctie en loopfunctie bij opname (eerste peiling) van CVA-patiënten in revalidatiecentrum respectievelijk verpleeghuis.



Figuur 3. Frequentieverdeling van CVA-patiënten in revalidatiecentrum en verpleeghuis die respectievelijk ontslagen zijn naar een thuissituatie, overgeplaatst zijn naar verpleeghuis uit revalidatiecentrum, overleden zijn, nog aanwezig zijn op peildatum.



verpleeghuis (7%), tegenover 2% voor het revalidatiecentrum. De sociale situatie van de CVA-patiënt – mogelijk van belang bij de uiteindelijke ontslagrichting – werd eveneens in het onderzoek betrokken. Een meerderheid van de revalidatiepatiënten (69%) had bij

opname een zelfstandige partner, in tegenstelling tot de (veel oudere) verpleeghuispatiënten (32%).

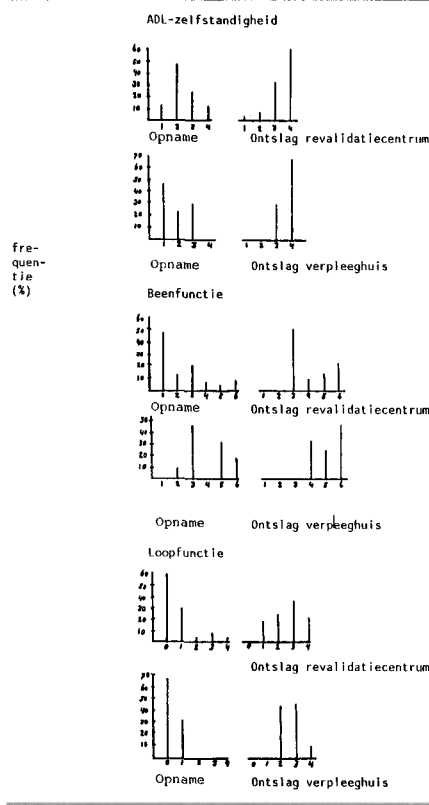
Ontslag

De gemiddelde opnameduur van CVA-patiënten in het revalidatiecentrum was aanzienlijk korter (4 maanden, met als grenzen 0 en 19 maanden) dan die van CVA-patiënten in het verpleeghuis (ten tijde van de laatste peildatum – 1 juni 1986 – reeds 19 maanden, met als grenzen 0 tot minimaal 52 maanden). Op de peildatum was 26% van alle in 1982 en 1983 in het verpleeghuis opgenomen CVA-patiënten daar nog aanwezig; de opnameduur was gemiddeld 3,5 jaar.

De overgrote meerderheid van de revalidatiepatiënten (88%) was naar een thuissituatie (eigen huis, een ander aangepast huis of verzorgingshuis) ontslagen, terwijl dit slechts bij 12% van de verpleeghuispatiënten mogelijk was (figuur 3). Ten tijde van de laatste peildatum was 62% van de verpleeghuispatiënten reeds overleden. Gezien de conditie van de nog aanwezige patiënten en gelet op hun lange verblijf, is de verwachting dat het overlijdenspercentage nog zal stijgen tot 88%. Het definitieve ontslagpercentage blijft derhalve 12% (100% – 88%). Het overlijden van de drie CVA-patiënten in het revalidatiecentrum was niet het directe gevolg van het optreden van het – al dan niet recidief – CVA: twee patiënten overleden aan een acute hartstilstand, één patiënt aan een gemetastaseerd carcinoom. In het verpleeghuis was 25% van de overleden patiënten vermoedelijk overleden aan de directe gevolgen van het (recidief) CVA. Het voorkomen van een recidief CVA (in verpleeghuis en revalidatiecentrum bij 39% respectievelijk 3% van de patiënten) bleek bij verpleeghuispatiënten een duidelijk beperkende rol te spelen voor ontslag naar 'huis': van alle ontslagen verpleeghuispatiënten had slechts 8% een recidief gehad.

Er werd verwacht dat factoren die een rol zouden spelen in de opnamerichting vanuit het ziekenhuis eveneens bepalend zouden zijn voor het ontslag uit revalidatiecentrum en verpleeghuis. Opmerkelijk was echter dat het functioneel niveau (zelfstandigheid in ADL, beenfunctie en loopfunctie), dat geen aantoonbare rol speelde voor de opnamerichting, het meest bepalend bleek te zijn voor het ontslag naar de thuissituatie. Het functioneel niveau was – op een enkele uitzondering na – bij de ontslagen patiënten dramatisch verbeterd (figuur 4). Slechts

Figuur 4. Frequentieverdeling van het functioneel niveau van de ontslagen CVA-patiënten uit revalidatiecentrum (N=51) en verpleeghuis (N=13) bij opname respectievelijk ontslag naar thuissituatie.



een klein percentage (9%) van de revalidatiepatiënten had bij ontslag naar de thuissituatie nog volledige of intensieve hulp (klasse 1 en 2) in de ADL-functies nodig, de meerderheid (58%) was geheel ADL-zelfstandig (klasse 4). Bij de verpleeghuispatiënten waren deze percentages bij ontslag zelfs 0% respectievelijk 69%. De beenfunctie en loopfunctie waren ook bij de ontslagen patiënten aanzienlijk verbeterd. Een grote meerderheid (83%) van de revalidatiepatiënten was in staat bij ontslag meer dan 50 meter te lopen (klasse 2 en hoger). Onder de ontslagen verpleeghuispatiënten was dit percentage zelfs 100%.

CVA-patiënten met een psychosyndroom werden naar verhouding aanzienlijk minder vaak ontslagen naar een thuissituatie, evenals patiënten met incontinentie; dit geldt voor revalidatiecentrum en verpleeghuis beide. Patiënten met spraak- en taalstoornissen werden eveneens minder vaak uit het revalidatiecentrum ontslagen dan uit het verpleeghuis. De multipathologie speelt waarschijnlijk eveneens een rol bij de ontslagrichting: de ontslagen CVA-patiënten uit verpleeghuis en revalida-

tiecentrum hadden duidelijk minder overige diagnoses dan de overige patiënten (tabel 3).

Een verrassende uitkomst in ons onderzoek was dat de factor 'leeftijd', die de belangrijkste rol speelde bij de opnamerichting, bij het uiteindelijk ontslag naar de thuissituatie geen enkele voorspellende waarde bleek te hebben: de leeftijd van de uit revalidatiecentrum en verpleeghuis ontslagen CVA-patiënten was gemiddeld 59,8 jaar (variërend van 19 jaar tot 81 jaar) respectievelijk 78,1 jaar (grenzen 63 jaar tot 92 jaar).

De overige onderzochte variabelen (geslacht, sociale situatie van de patiënt, CVA-codering en hemibeeld) bleken niet bepalend te zijn voor de ontslagrichting.

BESCHOUWING

Bij de nu volgende beschouwing dient men zich te realiseren dat de resultaten van het onderzoek worden beïnvloed door een bepaald verwijspatroon van CVA-patiënten naar revalidatiecentrum respectievelijk verpleeghuis.

Uitgangspunt voor opname van CVA-patiënten in het revalidatiecentrum 'Het Roessingh' is geweest, deze patiënten na een periode van revalidatie weer naar huis te kunnen laten gaan. Bij 88% van de opgenomen patiënten werd dit bereikt. Van de in de regionale verpleeghuizen opgenomen patiënten met een hemibeeld werd uiteindelijk 12% naar een thuissituatie ontslagen. De onderzoekresultaten kunnen een verklaring geven voor deze zeer verschillende ontslagpercentages.

Ten eerste laat dit onderzoek zien dat er grote verschillen zijn tussen de CVA-patiënten in het revalidatiecentrum en die in de regionale verpleeghuizen. De revalidatiepatiënt is bij opname gemiddeld bijna 19 jaar jonger dan de verpleeghuispatiënt. Incontinentie, psychosyndroom, taal- en spraakstoornissen en het aantal overige diagnoses (met name van het houdings- en bewegingsapparaat) komen bij verpleeghuispatiënten opvallend vaker voor. De motorische ernst van het hemibeeld, het ADL-niveau en de loopprestaties verschillen niet wezenlijk bij de opgenomen patiënten in respectievelijk het onderzochte revalidatiecentrum en de regionale verpleeghuizen, evenmin als de gecodeerde CVA-diagnose en de links/rechts localisatie van het hemibeeld.

Ten tweede blijkt uit dit onderzoek dat de uit revalidatiecentrum en regionale verpleeghuizen ontslagen populaties wat de

onderzochte factoren betreft bijna geheel overeenkomen. Per saldo verschillen de naar huis ontslagen populaties eigenlijk alleen duidelijk in leeftijd (een verschil van ruim 18 jaar) en in opnameduur (een reëel verschil van ongeveer 12 maanden). Essentieel voor ontslag is het bereikte functionele niveau, waarbij zelfstandigheid in ADL-functies en loopprestaties centraal staan. Beide populaties blijken een overeenkomstig functioneel niveau dat het thuis functioneren weer mogelijk maakt te bezitten. Opvallend is daarentegen dat het functioneel niveau geen rol heeft gespeeld bij het doen opnemen van de CVA-patiënt in het verpleeghuis of in het revalidatiecentrum.

Voor ontslag naar huis spelen de factoren 'leeftijd' en 'sociale situatie' (zelfstandige partner), in tegenstelling tot wat werd verwacht, geen zichtbare rol. De complicerende factoren 'psychosyndroom', 'incontinentie', 'taal- en spraakstoornissen' en het aantal overige diagnoses, vooral aanwezig bij CVA-patiënten die in het verpleeghuis werden opgenomen, reduceren, zoals verwacht de kans op ontslag naar huis.

Aan te nemen is verder, dat ten aanzien van de naar huis ontslagen patiënten het behandelklimaat van invloed is geweest op de opnameduur. Bij CVA-patiënten in

het revalidatiecentrum die ouder waren dan 70 jaar bleek de opnameduur aanzienlijk korter te zijn dan bij hun leeftijdsgenoten in de verpleeghuizen. Overigens verschillen beide groepen niet wezenlijk. Hierbij dient echter wel te worden aangekend dat in de verpleeghuizen de opnameduur aanzienlijk werd verlengd door huisvestingsproblemen (o.a. wachtlijsten bij ontslag naar verzorgingshuis).

CONCLUSIE

Geconcludeerd kan worden dat het in de praktijk vrij goed mogelijk is aan de hand van de in dit artikel genoemde factoren vast te stellen welke CVA-patiënten die vanuit het ziekenhuis niet direct naar huis kunnen worden ontslagen, op langere termijn, na een periode van revalidatie en reactivering, een reële kans hebben om weer thuis te functioneren. Het is aan te bevelen deze patiënten gezamenlijk te behandelen op een 'stroke unit'. Afhankelijk van de individuele mogelijkheden en beperkingen, dient een behandelplan te worden opgesteld en uitgevoerd. Het gespecialiseerde personeel van de 'stroke unit' en de outillage moeten dit mogelijk maken. Het is te verwachten dat langs deze weg een optimaal behandelresultaat wordt verkregen bij een minimale opnameduur. □

Literatuur

1. Hoogendoorn D. Atherosclerotische hersenaandoeningen in het ziekenhuis en in de landelijke statistiek van doodsoorzaken; het cerebrovasculair accident (CVA). Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1883-7.
2. Herman B et al. Epidemiology of stroke in Tilburg, the Netherlands. Stroke 1980; 11: 162-5.
3. Fulisawa et al. The effect of calcium antagonist nimodipine on the gerbil model of experimental cerebral ischemia. Stroke 1986; 17: 748-52.
4. Singer F. Zur rehabilitation der zerebralen Apoplexie-Ergebnisse an hand von 156 Patienten. Rehabilitation 1987; 26: 1-7.
5. Partridge CJ et al. Recovery from physical disability after stroke: normal patterns as a basis for evaluation. The Lancet 1987; i: 373-5.
- Del Zoppo GJ et al. Thrombolytic therapy in stroke: possibilities and hazards. Stroke 1986; 17: 595-607.
- Mulley G et al. Dexamethasone in acute stroke. Br Med J 1978; 276: 994-6.
- Sivenius et al. The significance of intensity of rehabilitation of stroke: a controlled trial. Stroke 1985; 16: 928-31.
- Strand T et al. A randomised controlled trial of haemodilution therapy in acute stroke. Stroke 1984; 15: 980-8.

De auteurs willen gaarne bedanken voor de royale medewerking die zij bij het verzamelen van de patiëntengegevens in de onderzochte centra hebben gekregen.

Marketing voor specialisten

2: Marketingbeleid en marketingsactiviteiten

In het eerste artikel is naar voren gebracht dat marktonderzoek een zinvol hulpmiddel is om informatie te verzamelen over doelgroepen in de markt (patiënten en huisartsen) en ontwikkelingen in de markt. Met behulp van deze informatie kunnen specialisten hun marketingbeleid bepalen, zoals in dit deel zal blijken.

MARKETINGSTRATEGIEËN

Het uitzetten van een marketingstrategie houdt in het selecteren van één of meer doelmarkten, de keuze van een concurrerende positie en het ontwikkelen van een effectieve marketing-mix om de gekozen afnemersgroepen te bereiken en te bedienen.

**Drs. F. P. Broere en
R. W. Verbrugge**

Specialisten zijn gebonden aan een ziekenhuis en moeten daar, ook in hun eigen belang, intensief mee samenwerken. Maar er zijn mogelijkheden voor het opzetten van een eigen marketingstrategie, betogen Drs. F. P. Broere en R. W. Verbrugge (vakgroep Commerciële Beleidsvorming, Erasmus Universiteit Rotterdam) in dit tweede en laatste artikel in een serie over marketing voor specialisten.

Een markt wordt gedefinieerd als het geheel van mensen die een bestaande of potentiële interesse hebben in de aangeboden dienst. Het is vrijwel onmogelijk om alle geïnteresseerden even goed te bedienen, omdat mensen in hun wensen en verlangens van elkaar verschillen. Aanbieders van de diensten kunnen efficiënter en effectiever werken wanneer zij zich tot bepaalde groepen afnemers beperken. Ook de afnemers zijn hierbij gebaat, omdat de dienst beter aan hun wensen en verlangens tegemoet komt. In de gezondheidszorg wordt aan dit verschijnsel voorbijgegaan.

Concurrentie is op vele niveaus aanwezig. In potentie is er concurrentie tussen alle artsen met hetzelfde specialisme, zelfs binnen de eigen maatschap, maar in

elk geval tussen specialisten van verschillende ziekenhuizen. Patiënten worden ten aanzien van de keuze van ziekenhuis en specialist mobieler. Het magische jaar 1992 kan ook voor de gezondheidszorg gevolgen hebben, namelijk een zekere internationale mobiliteit van patiënten. Het St. Catharinaziekenhuis in Eindhoven wil op deze ontwikkeling in gaan spelen door hartoperaties voor bepaalde groepen buitenlandse patiënten aan te bieden. Op een hoger niveau van concurrentie kan worden gedacht aan andere zorgvormen en andere therapieën en nieuwe organisatievormen binnen de gezondheidszorg, die voor afnemers aantrekkelijker kunnen zijn dan specialistische hulp in ziekenhuis of polikliniek. Voorbeelden zijn: preventieve en signaliserende gezondheidszorg, dagbehandeling, medische ingrepen in de polikliniek in plaats van poliklinische, thuisverpleging, onderhoudscontracten met tandartsen en HMO's.

De concurrentie zal toenemen door de hogere eisen die patiënten en huisartsen aan specialisten gaan stellen, de daling van de productie per specialist en door invoering van (een deel) van de plannen van de commissie-Dekker.

Organisaties kunnen op één van de volgende drie manieren een voorsprong ten opzichte van hun concurrenten opbouwen en behouden: door te streven naar lage kosten, of door hun diensten te differentiëren, of door zich sterk te richten op de wensen en verlangens van één patiëntendoelgroep. Door één van deze strategieën toe te passen kunnen zij zich een blijvend concurrentieel voordeel verwerven.

De marketing-mix is een melange van variabelen waarmee een organisatie haar afnemers benadert. De variabelen zijn de dienst, de distributie, de prijs, de communicatie en het personeel. Sommige van deze instrumenten zijn niet zo variabel: de monetaire prijs ligt vrijwel vast, reclame is (nog?) niet toegestaan, etc. Toch is er ruimte voor een eigen beleid. Voor elke doelgroep kan een specifiek op die groep gerichte marketing-mix worden samengesteld.

Bij het bepalen van de marketingstrategie moet de specialist zich afvragen welke veranderingen er in de omgeving plaatsvinden en in hoeverre hij op deze dynamiek moet inspelen door bijvoorbeeld zijn dienstenpakket te verbreden, of zich juist verder te specialiseren of samenwerking te zoeken met anderen of andere organisaties.

MARKETINGBELEID

Specialisten hebben met de volgende doelgroepen te maken:

- patiënten, die op grond van hun behoeften aan medische diensten kunnen worden verdeeld in potentiële, poliklinische en klinische patiënten;
- doorverwijzers, doorgaans de huisartsen, die de patiënt adviseren bij het kiezen van specialist en ziekenhuis en doorgaans een overwegende invloed hebben;
- ziekenhuizen. Hoewel vele specialisten zelfstandig gevestigd zijn, zijn zij voor de totale dienstverlening afhankelijk van het ziekenhuis (en omgekeerd);
- de ziektekostenverzekeraars, die invloed hebben op de verstrekkingen.

Of een organisatie erin slaagt een blijvend concurrentieel voordeel te verwerven, hangt af van haar positionering. Dit begrip houdt in dat de dienstverlening van de organisatie in de ogen van de afnemer bepaalde voordelen biedt boven de dienstverlening van concurrenten. Voor de doelgroep patiënten zal de positionering betrekking hebben op service en/of persoonlijke aandacht. Een specialist kan zich positioneren op basis van specifieke medische kwaliteiten, het geven van een goede service of door veel aandacht te besteden aan het onderhouden van goede contacten met de patiënten (communicatie). Wat men voor de positionering wil benadrukken is afhankelijk van het eigen functioneren. Bedacht moet worden dat de diensten die de specialist aanbiedt in belangrijke mate door hemzelf worden gemaakt. Hij is de personificatie van de dienst.

Service omvat alle aspecten die voor de patiënt minder tijdsbeslag kunnen opleveren, zoals:

- korte wachttijd;
- korte wachttijd (in de wachtkamer);
- korte behandelingsduur;
- goede bereikbaarheid, ook telefonisch;
- gunstig tijdstip van afspraak.

Persoonlijke aandacht omvat:

- goed contact met de specialist;
- vriendelijk personeel;
- voldoende informatie bij voorbeeld een betere uitleg van de behandeling en goede adviezen;
- informatieve bijeenkomsten organiseren voor patiënten met bepaalde ziektebeelden.

De positionering ten opzichte van de huisartsen manifesteert zich in een goede en snelle informatierugkoppeling over doorverwezen patiënten en een goede taakverdeling met de huisartsen. Het gaat om de hulp die de huisarts vindt bij de dagelijkse werkzaamheden in zijn praktijk.

Een goede relatie met patiënten en huisartsen is ook zeer in het belang van het ziekenhuis, waaraan de specialist is verbonden, zodat de positionering vooral op deze elementen moet zijn gericht.

De financiers zullen – gezien hun aard – waarschijnlijk het meest hechten aan efficiency als voornaamste aspect van positionering. Naarmate de voorstellen van de commissie-Dekker verder in praktijk worden gebracht zijn hierin echter grote veranderingen te verwachten.

Het verwerven van een blijvend concurrentieel voordeel – in samenwerking met het ziekenhuis – is slechts beperkt mogelijk. Het streven naar de laagste kosten wordt, gezien het vergoedingensysteem niet echt beloond. Differentiatie of gerichte benadering van een patiëntendoelgroep kan voor specialisten op zich zinvol zijn, maar wordt door de huidige budgettering vanuit de ziekenhuizen niet aangemoedigd. Ook de binding met patiënten en huisartsen loopt daardoor gevaar. Zo blijven de vaak historisch bepaalde vestigingsplaats (verzorgingsgebied en bereikbaarheid) en een breed verzieningspakket van het ziekenhuis over en kunnen specialisten en ziekenhuis streven naar een betere reputatie dan de concurrenten.

De marketing-mix kan in hoofdlijnen als volgt worden ingevuld:

Dienst. De consulten en de medische verrichtingen vormen de kerndienst. De optimale dienstverlening omvat tevens de behandeling en nazorg door huisartsen. Bij een ruime opvatting van dienstverlening dienen hieronder ook serviceverlening en persoonlijke aandacht te worden verstaan.

Distributie. Dit begrip omvat enerzijds de optimale (fysieke) bereikbaarheid van de specialist en daarmee het ziekenhuis, maar anderzijds ook de verwijzingsfunctie. Het doel van deze functie is het verkrijgen van het gewenste aantal verwijzingen, het wegnemen van belemmeringen voor verwijzing (klachten, wachtlijsten, een negatieve attitude) en het benutten van de mogelijkheid die huisartsen hebben om het beeld van de specialist bij de patiënt te verbeteren.

Prijs. Niet zozeer de monetaire prijs, omdat behoudens eigen bijdragen en eigen risico's, de verzekering de verrichtingen vergoedt. Belangrijker is het de opgeofferde tijd te minimaliseren en de psychologische prijs door persoonlijke aandacht en het wegnemen van dremfels, te verlagen.

Communicatie. Uitingen, gericht op doelgroepen. Bij potentiële patiënten is het doel in samenwerking met het ziekenhuis een voorkeurspositie te bereiken, via voorlichtings- en public relations-activiteiten. Bij poliklinische en klinische patiënten moet de voorkeur worden behouden onder meer door drukbezochte ruimten (mede) voor communicatiedoel-einden te gebruiken. Bij de verwijzers zal een zo gunstig mogelijke positie moeten worden bereikt door een goede en snelle communicatie over verwezen patiënten, het deelnemen aan lezingen en het onderhouden van min of meer informele contacten.

Personeel. Gezichtsbepalend voor de dienst. Bij aanname en beoordeling, moet mede worden gelet op de gewenste contactuele eigenschappen en service-instelling. Het is zinvol om het eigen personeel mee te laten draaien in motive-ringsprogramma's die door het ziekenhuis worden georganiseerd.

AANDACHTSPUNTEN

Voor de beoordeling van het gevoerde beleid en de bereikte positie kan een sterkte-zwakte-analyse worden uitgevoerd. Een probleem is dat men zelf de criteria moet bepalen, op grond waarvan men besluit of een aspect zwak of sterk is. De sterke en zwakke punten worden door de individuele positie van de specialist bepaald. In het algemeen valt geen overzicht van sterke en zwakke punten voor specialisten op te zetten. Vandaar dat hieronder een lijst van aandachtspunten wordt weergegeven, aan de hand waarvan de analyse kan worden uitgevoerd.

De aspecten en de te beoordelen aandachtspunten zijn:

1. de kwaliteit van het personeel:
 - personeelsselectie;
 - beoordelingsbeleid;
 - motivatiebevordering;
2. de bereikte positie bij de patiënten:
 - naambekendheid en imago bij patiënten;
 - patiëntentrouw of -verloop;
 - voorlichting en begeleiding;
 - klachtenbehandeling en honorering van individuele wensen;

– mijden bepaalde groepen het ziekenhuis of een bepaald specialisme?

3. de bij de huisartsen bereikte positie:

- de bereikbaarheid van de specialist;
- mondelinge en schriftelijke patiënten-informatie;

– huisartsvriendelijk imago;

– samenwerking en taakverdeling met specialisten;

– persoonlijk contact met specialisten;

4. kwaliteit van de dienstverlening:

– kerndienst;

– service;

– persoonlijke aandacht;

– systematische kwaliteitsmeting op deze aspecten;

5. communicatie met doelgroepen:

– potentiële patiënten;

– poliklinische patiënten;

– klinische patiënten;

– huisartsen;

– specialisten;

– verzekeraars;

6. marketing:

– oordeelsmeting bij doelgroepen;

– voldoende outputmeting (productie);

– duidelijke doelstellingen;

– aanwezigheid van een blijvend concurrentieel voordeel;

– positionering;

– ontwikkeling van de positie op de markt;

– achtergronden van marktbeveging bekend?

MOGELIJKE ACTIVITEITEN

Ontwikkelingen buiten de eigen organisatie kunnen kansen, maar ook bedreigingen vormen voor die organisatie. De zogenoemde externe analyse heeft tot doel de relevantie van de kansen en bedreigingen vast te stellen. Hoewel de regio's onderling verschillen en ook de bereikte positie bij de doelgroepen voor elke organisatie anders kan zijn, is het mogelijk een aantal algemene kansen en bedreigingen te noemen.

Kansen voor specialisten zijn:

1. het verzorgen van bedrijfsgeneeskunde (met name voor speciale beroepsgroepen);

2. het voorzien in behoefte aan preventieve en signalerende gezondheidszorg door middel van checks, keuringen en voorlichting;

3. het ontstaan van subspecialismen en de groei van sommige specialismen;

4. de introductie van nieuwe medische apparatuur en nieuwe behandelwijzen;

5. het ontstaan van nieuwe woonwijken en groeikernen (buitenpoli's) en ander-

zijds de trek terug naar de grote steden;

6. de behoefte van patiënten aan meer service en meer persoonlijke aandacht;

7. de sluiting, inkrimping of verplaatsing van concurrerende ziekenhuizen.

Bedreigende ontwikkelingen voor ziekenhuizen kunnen zijn:

1. de mogelijkheid van functiereductie van ziekenhuizen alsmede de beddenreductie;

2. de veranderende bevolkingsopbouw en -omvang in het verzorgingsgebied;

3. een kritischer houding van huisartsen, die zich zou kunnen uiten in hogere kwaliteitseisen en een oriëntatie op meerdere specialisten (bij verschillende ziekenhuizen);

4. een grotere invloed van de verzekeraars op de budgetten en vergoedingen;

5. een kwaliteitsverbetering van concurrenten op het gebied van de kerndienst, service of persoonlijke aandacht;

6. de introductie van zelfstandige poliklinieken, zoals Medicenter (hoewel mislukt) en Medi-check of van nieuwe samenwerkingsvormen, vergelijkbaar met HMO's in de Verenigde Staten.

Samenvattend kan worden gesteld dat kansen voornamelijk ontstaan door het voorzien in andere afnemersbehoeften, het bedienen van andere afnemersgroepen of het vervullen van andere functies. Dit komt doorgaans neer op het ontwikkelen van meer vormen of varianten van dienstverlening. Kansen kunnen ook ontstaan door een veranderende markt-omvang en een andere houding van doelgroepen. Bedreigingen ontstaan voornamelijk door een veranderende marktomvang en een kritischer houding van doelgroepen.

Het is aan de specialist(en) de kansen te benutten en de bedreigingen af te zwakken, uitgaande van eigen sterkte en werkend aan het verminderen van eigen zwakte. Om een verbetering van de positie te bereiken kunnen alternatieven worden ontwikkeld, waaruit er één kan worden gekozen en uitgewerkt. Deze alternatieven moeten aansluiten bij de analyse en/of een bijdrage leveren aan de efficiency en effectiviteit; zij moeten goed afgebakend zijn en voor elk probleem moet meer dan één alternatief worden ontwikkeld om de keuzemogelijkheid te vergroten.

Enkele alternatieven voor specialisten kunnen zijn:

1. Diensten ontwikkelen voor doelgroepen die door meer dan één specialisme

moeten worden behandeld. Te denken valt aan sportbegeleiding, behandeling van bepaalde beroepsziekten en begeleiding van bejaarden.

2. Decentralisatie van de huidige dienstverlening. De reisafstand van de patiënten kan worden bekort door de dienst dichterbij de patiënt te brengen en wel op de volgende manieren:

- specialisten verzorgen spreekuren in huisartspraktijken;
- het inrichten van poliklinieken in verpleeghuizen, met name voor interne geneeskunde en neurologie;

– het inrichten van zelfstandige poliklinieken, die fungeren als diagnostische centra.

3. Samenwerking met concurrenten, zonder de zelfstandigheid te verliezen, bij voorbeeld in verband met de aanschaf van kostbare apparatuur of het doen van onderzoek.

BESLUIT

De gezondheidszorg kent nog steeds vele regels en een strakke structuur, die vele randvoorwaarden stellen voor het voe-

ren van een eigen beleid. Specialisten – hoewel zelfstandig gevestigd – zijn gebonden aan een ziekenhuis en moeten daar, ook in hun eigen belang, intensief mee samenwerken.

In dit artikel is aangegeven dat er binnen de randvoorwaarden mogelijkheden zijn voor het opzetten van een eigen marketingstrategie, gebaseerd op onderzoek en analyse. De specialist, zijn maatschap en het ziekenhuis waaraan hij is verbonden kunnen werken aan een betere positionering en op termijn een blijvend concurrentieel voordeel verwerven. □



Dagboek van een waarnemer

7: Een goed einde?

Nieuwjaarsnacht, 01.30 uur.

'Met mevrouw Goes. Ik ben de dochter van meneer Goes. Kunt u niet wat geven om vader rustig te krijgen? Hij is niet te houden.'

Deze boodschap kan ik niet helemaal plaatsen. 'Wat bedoelt u met: hij is niet te houden, en hoe oud is uw vader?'

'Vader is 72 jaar. Hij heeft vandaag Nozinan® van de huisarts gehad, maar het lijkt wel of hij er nog onrustiger van wordt.'

'Tja, Nozinan® werkt natuurlijk niet meteen. Misschien kunt u hem een borrel geven om te slapen', suggereer ik. Dat was dus de slechtste opmerking die ik in dit geval kon maken.

'Vader heeft een hersentumor, weet u daar niks van? Waar komt u eigenlijk vandaan?'

'Uit Den Haag.'

'Wat moet nou een dokter uit Den Haag verdomme in ons dorp? Kunnen ze het zelf niet? U snapt er ook al niks van!'

De hoorn ligt erop. Daar zit ik nou. Geen adres, geen telefoonnummer, ik weet niet eens of ik de naam wel goed heb verstaan. Ik hoop dat ze opnieuw bellen.

02.00 uur.

'Met mevrouw Goes. Kom alsjeblieft hierheen en geef vader een kalmeringsspuit. Het is geen doen.'

Ik noteer adres en telefoonnummer. Dan bel ik de dienstdoende apotheker, wat je wel en niet met Nozinan® kunt combineren. Dat weet hij zo gauw ook niet. Misschien gewoon Valium®

of Prazine®, denk ik. Als ik in het bejaardenhuis kom, overzie ik de situatie. Het is een tweekamerwoning met een keukentje aan de woonkamer vast. In dat keukentje staat het bed voor de schoondochter. De dochter slaapt naast vader. Dat is al twee weken zo. Voor moeder is een logeerkamer gehuurd, opdat zij 's nachts rustig kan slapen en overdag op vader kan passen. Vader zit op de bank. Hij pompelt wat. 'Taxi, taxi', blijkt hij te zeggen. Hij wil naar buiten. Hij heeft vier maanden geleden te horen gekregen dat hij een hersentumor heeft. Hij is opgegeven. De man ziet er cachectisch uit.

'Meneer Goes, zal ik u een spuitje geven om te slapen?', zeg ik tegen hem. Hij kijkt me aan. 'Laten we hem naar de slaapkamer brengen', stel ik voor. Hij gaat gewillig mee. Ik geef hem 10 mg Valium® i.v. Hij slaapt meteen. We dekken hem toe. Ik ga mee naar binnen en drink koffie. Ze tobben al een tijdje met hem. Vannacht was hij heel onrustig, haalde kasten leeg en wilde in zijn pyjama naar buiten lopen. De dochter en schoondochter zien er moe uit. We maken alle drie onze excuses over ons optreden. Ik stel voor dezelfde ochtend om ongeveer 09.00 uur terug te komen of zoveel eerder als ze me nodig hebben. Daar gaan ze mee akkoord.

09.00 uur.

Nu is ook de zoon er. Vader moet weer worden gesedeerd. De Nozinan® is gestaakt. Vader is gewassen en verschoond door de dochter. Ik maak kennis met moeder. Het is tijd om eens

wat gegevens op een rij te krijgen. Ik beloof de huisarts te bellen. Ik probeer altijd de beschikking te hebben over privé-nummers, voor noodgevallen. De familie heeft het telefoonnummer van de specialist die vader heeft behandeld; die zou altijd beschikbaar zijn voor advies. Ik beloof aan het begin van de middag terug te komen met meer informatie. 'En jullie bellen als er iets verandert?' Dat beloven ze. De communicatie tussen de familie en mij lijkt goed. Op de praktijk bel ik de eigen huisarts op. Waarom heeft hij dat nou niet overgedragen. Die mensen hebben een slechte indruk van mij, en wat erger is: hoe kunnen ze mij nu vertrouwen, na zo'n start? Ik voel me belazerd.

De huisarts, die deze patiënt ook maar heeft overgenomen van de eigen huisarts die op vakantie is, kan me niet veel informatie verschaffen. De man heeft een primaire inoperabele hersentumor. Hij is inderdaad opgegeven. Veel medicatie kan hij niet verdragen. Er zijn twee mogelijkheden: opname, omdat de zorg thuis te intensief is voor de dochter en schoondochter (die ook nog hun gezin te verzorgen hebben), of thuis met intensieve zorg van mij. Valium® lijkt een goede keuze als medicatie. Overigens heeft deze huisarts een goed excuus voor de gebrekkige overdracht. Met de afspraak dat ik hem kan bellen als er problemen zijn hang ik op.

De specialist in het ziekenhuis voorziet me van goede informatie. Hij duikt in de status, overlegt met zijn achterwacht en zijn collega op de psychiatrie over de sedering. Als hij me terug-

belt, stelt hij voor: sederen met Valium®, eventueel te combineren met Haldol®. Opname is mogelijk.

14.00 uur.

De zoon belt of ik wil komen. Vader zit bij hem op de bank en is erg onrustig. Hij wil naar buiten. Ik ben er in vijf minuten. Ik hoor dat vader nu incontinent is voor urine en faeces. De dochter is naar de apotheek gegaan om celstofmatjes en luiers te kopen. Hij merkt wel dat hij het laat lopen, en dat vindt hij verschrikkelijk. De man is suf en onrustig. Ik geef hem weer een injectie. Dan ga ik in de kamer met de familie overleggen. Er zijn twee mogelijkheden: opname in een ziekenhuis en thuisverpleging. De keus is aan hen.

Aan mij de vraag: 'Hoe lang kan het nog duren?' 'Dat is een gok, dagen tot enkele weken.' De dochter is heel beslist. 'Dan houden we hem hier. Die laatste dagen van zijn leven hoeft hij van mij niet in het ziekenhuis. Als u tenminste komt?' Dat beloof ik graag. Ik heb vaker gemerkt dat de solidariteit in een gezin groot is in moeilijke situaties. Ik stel voor om ongeveer 21.00 uur terug te komen; ik ben telkens met intervallen van zeven uur geweest. Dat is goed.

21.00 uur.

Avondvisite. De toestand van de patiënt blijft ongeveer gelijk. Hij zit weer op de bank. Zijn

zoon neemt hem in zijn armen en draagt hem naar bed. Als ik de injectie klaar maak (ik heb nog geen Haldol® gebruikt en het is ook nog niet nodig zolang het met Valium® goed gaat) komt moeder naar me toe. 'Het gaat niet goed met hem, hè, dokter?', zegt ze. 'Nee,' zeg ik, 'het gaat niet goed.' 'Denkt u dat hij gauw dood gaat?' vraagt ze fluisterend. Ik wacht gewoon, dan snikt ze: 'Ik kan hem niet missen dokter, maar dit is geen leven. Hij weet niet meer wat hij doet of zegt. Ik hoop dat het gauw is afgelopen.' Ik kan alleen maar mijn arm om haar heen slaan. Welk woord heeft nog betekenis bij dit verdriet? Hoe kun je mensen steun geven, bij dit lijden? Alleen maar door hen niet in de steek te laten.

Als ik de injectie heb gegeven, ga ik zitten voor een kop koffie. De semafoon staat aan, de achterwacht weet waar ik ben. Deze mensen hebben nu zorg, aandacht en tijd nodig. De zoon zegt heel beslist: 'Dit duurt niet lang meer, dokter. Hij wilde de feestdagen nog bij ons zijn en nu is zijn strijd gestreden.' Hoopt hij het, voelt hij het? Ik beaam dat hij veel sneller achteruitgaat dan ik verwachtte. Ze vertellen over de zaak waar hij lang in heeft gewerkt, een bloemenzaak. Met Kerstmis heeft hij nog kerststukjes willen maken, maar zijn handen beefden te veel. Oudejaarsavond had hij zijn vrouw nog voorgesteld appelflappen te gaan bakken in het schuurtje. Dat deden ze elk jaar samen. 'Hij had er de kracht

niet meer voor, dokter, maar de wil was er.' Voor ik wegga, kijk ik nog even naar de man; hij slaapt. Ik realiseer me dat ik ook hoop dat zijn strijd gauw zal zijn gestreden.

03.00 uur.

'Met mevrouw Goes. Ik denk dat vader dood is.'

'Ik kom.'

Nog voor de zoon en de echtgenote ben ik er. Hij is dood. Hij heeft zijn leven tot een goed einde gebracht. De familie heeft al het mogelijke gedaan. Ze zijn blij dat ze niet voor een opname hebben gekozen. Van mij vinden ze, dat ik het er na de aanvankelijk slechte start ook goed heb afgebracht. En de huisarts van deze praktijk biedt mij godzijdank de volgende dag de gelegenheid over het hele gebeuren te praten. Deze huisarts snapt dat voor een waarnemer de dood even ellendig is als voor de familie.

Marie-José Molledans

Een telefoonactie van de Consumentenbond naar aanleiding van de acties van de specialisten

ACTIE SPECIALISTEN

In het weekeinde van 8 oktober jl. werd definitief duidelijk dat de medisch specialisten in Nederland acties zouden gaan voeren. De aanleiding was het kabinetsbesluit om de inkomens en de vergoedingen voor praktijkkosten van de specialisten te verlagen. De acties zouden voor onbepaalde tijd worden gehouden en neerkomen op het draaien van zondagsdiensten voor de vrijgevestigde specialisten en het zich stipt houden aan de 38-urige werkweek door specialisten in dienstverband. Acties van de specialisten in deze vorm waren niet onbekend. In het voorjaar van 1987 hebben de specialisten ook al naar het actiemiddel van het houden van zondagsdiensten gegrepen. Het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform (LPCP) spande destijds een kort geding aan tegen de LSV. Dat leidde tot het vonnis van 29 mei 1987, waarin de fungerend president van de Utrechtse rechtbank het gedurende vijf dagen houden van zondagsdiensten verbood. Een dergelijke actie zou naar de mening van de president een oneven-

Mr. P. C. de Klerk

Met hun laatste actie hebben de medisch specialisten heel wat patiënten tegen zich in het harnas gejaagd, meldt Mr. P. C. de Klerk namens de Consumentenbond, die een telefoonactie heeft gehouden. Ook bij de LSV stond de telefoon niet stil. Daar leidt men uit de gesprekken via het eigen gratis 06-nummer af, dat er van gevaar voor de patiënt geen sprake is geweest.

redig groot gevaar voor (mogelijke) patiënten met zich meebrengen.

Gezien dat vonnis in kort geding van mei 1987 was duidelijk dat het LPCP de LSV wederom voor de rechter zou dagen, indien opnieuw zou worden opgeroepen tot het houden van zondagsdiensten. Uiteindelijk is dit dan ook gebeurd, met als resultaat het vonnis in kort geding van de president van de Utrechtse

rechtbank van 13 oktober jl. In dat vonnis werden alle eisen van het LPCP toegewezen; naast een verbod aan de LSV om mee te werken aan de in gang gezette acties, werd de LSV voorts verplicht individuele medisch specialisten op te roepen het werk te hervatten, indien zij op individuele basis de acties zouden continueren.

KORT GEDING

Naast en ter ondersteuning van de gerechtelijke actie van het LPCP heeft de Consumentenbond vanaf 10 oktober zijn telefoon opengesteld om na te gaan hoe de stakingsactie in de praktijk uitwerkte. Voordat wij daarop ingaan is eerst een verduidelijking van de relatie tussen Landelijk Patiënten/Consumenten Platform en Consumentenbond op zijn plaats. Het platform is een bundeling van vijftien patiënten- en consumentenorganisaties. Ook de Consumentenbond is lid/participant, zeker kwantitatief geen onbelangrijke: van de ongeveer één miljoen patiënten/consumenten die het LPCP vertegenwoordigt vormen de

560.000 leden van de Consumentenbond een substantieel onderdeel. De gerechtelijke procedure van het LPCP tegen de LSV geschiedde dan ook met de volledige instemming van de bond. Ondanks de gerechtelijke uitspraak in het voorjaar van 1987, was het al geruime tijd duidelijk dat de LSV tot hetzelfde actiemiddel zou overgaan. Binnen het bestuur van het platform was dan ook eenstemmig besloten wederom een kort-gedingprocedure te voeren. De belangrijkste overweging was, dat het actiemiddel van de specialisten voor vele patiënten/consumenten ernstige hinder, ongemakken en mogelijk zelfs risico's voor de gezondheid met zich zou brengen. Uiteindelijk is die opvatting volledig bevestigd door de gerechtelijke uitspraak van 13 oktober 1988. Terzijde zij opgemerkt dat in verschillende informele en reguliere contacten tussen LPCP en LSV het platform reeds meerdere malen heeft gesteld dat de specialisten een verkeerd middel hanteren. De LSV zou creatiever moeten zijn in het bedenken van mogelijke acties; uitgangspunt zou daarbij moeten zijn dat die actie zich rechtstreeks richt tegen de partij in het daadwerkelijk geschil, te weten de overheid. Door het gekozen actiemiddel dreigde het geschil te worden uitgevochten over de hoofden van de patiënten/consumenten, die in feite geen partij in het geschil zijn.

TELEFOONACTIE

De Consumentenbond heeft een ruime ervaring in het voeren van telefoonacties. Er is een speciaal telefoonnummer met twaalf lijnen beschikbaar, die op elk moment kunnen worden ingeschakeld. In het verleden is dat nummer gebruikt om ervaringen c.q. klachten van consumenten te registreren inzake bijvoorbeeld onveilige producten, bankzaken, prijsstijgingen en voedingskwesaties. Die ervaringen van consumenten werden vervolgens benut ten behoeve van het bondsbeleid en te ondernemen pressieactiviteiten. Zo hebben die registraties een niet onbelangrijke rol gespeeld bij de totstandkoming van de Europese richtlijn inzake produktenaansprakelijkheid; bij het (succesvolle) overleg met de banken over leveringsvoorwaarden; bij de beslissing de Keuringsdiensten van Waren te laten ressorteren onder het ministerie WVC en niet onder Landbouw, zoals het kabinet wilde, etc. Bij de start van de recente actie van de specialisten bleek ons, dat naast het LPCP ook andere patiëntenorganisaties een stroom telefoontjes ontvingen, die door capaciteitsgebrek bij die diverse organisaties niet kon worden verwerkt. Naast deze aanleiding had de Consumentenbond drie doelen voor ogen bij het starten van zijn telefoonactie:

1. Het bundelen van de ervaringen van individuele patiënten/consumenten met de acties van de specialisten. Weliswaar had de LSV – evenals in 1987 – een speciaal telefoonnummer opengesteld, doch de daar ontvangen reacties werden vertaald als 'enigszins gemopper, doch in overwegende mate begrip voor de acties van de specialisten'. Voor ons was het

zeer de vraag of dat beeld stand zou houden, indien patiënten/consumenten zich op grote schaal tot een 'eigen' organisatie konden wenden. Door de telefoonactie van de Consumentenbond bleek dat beeld inderdaad om te slaan: werd er op de eerste actiedag van de specialisten in de media nog gesproken van rustige reacties van patiëntenzijde, allengs werd in het verloop van de actie duidelijker dat er een grote mate van irritatie en ongerustheid bij patiënten/consumenten bestond.

2. De daadwerkelijke ervaringen van patiënten/consumenten zouden kunnen worden gebruikt in de gerechtelijke procedure van het LPCP tegen de LSV. Die ondersteuningsfunctie is uiteindelijk ook gerealiseerd, met name in het pleidooi van de advocaat van het platform tijdens de behandeling van het kort geding.

3. Aan de hand van de binnengekomen ervaringen c.q. klachten wilden wij bezien of en in hoeverre de individuele patiënt/consument mogelijkheden heeft van verhaal op de behandelend specialist van gemaakte extra kosten. Uitgaande van het bestaan van een behandelingsovereenkomst levert het eenzijdig annuleren van een afspraak in het kader van die overeenkomst in beginsel wanprestatie op, met als mogelijk gevolg de verplichting om de daaruit ontstane schade te vergoeden. In totaal hebben 375 klagende patiënten/consumenten op hun verzoek inmiddels een standaard schrijven ontvangen, waarin die mogelijkheden en de daarbij behorende juridische haken en ogen worden uiteengezet.

De eerste twee doelen van de telefoonactie zijn ten volle gerealiseerd. Het derde doel behoeft een nader vervolg. Afgezien van de activiteiten van individuele patiënten/consumenten aan de hand van de standaardinformatie, zal de Consumentenbond in één of twee nader te selecteren praktijkgevallen namens de 'financieel' gedupeerde patiënt/consument een eis tot schadevergoeding formuleren. Zo nodig zal in die zaken een proefproces worden gevoerd. Overigens is in de media de aandacht vooral uit gegaan naar het derde doel: de mogelijkheid voor de individuele patiënt/consument van schadevergoeding.

Resultaten

In totaal hebben ruim 1.450 patiënten/consumenten hun negatieve ervaringen bij de Consumentenbond gemeld. De bijna 50 meldingen waarin adhesie met de actie van de specialisten werd betuigd, zijn daar dus niet bij gerekend. Tijdens het verloop van de telefoonactie werd al snel een aantal *algemene lijnen* zichtbaar:

- Nagenoeg alle klachten hadden betrekking op het feit dat een reeds gemaakte afspraak voor een operatie, onderzoek of vervolgonderzoek niet doorging.
- Een zeer ruime meerderheid van die mensen klaagde ook over het feit dat zij niet op de

hoogte waren gesteld van het niet doorgaan van de afspraak. Enerzijds kwam men daarachter door kort voor de gemaakte afspraak zelf telefonisch contact op te nemen met het ziekenhuis c.q. specialist. Anderzijds ondernamen ook velen een vruchteloze tocht naar het ziekenhuis.

- Tevens werd ook zeer veel geklaagd over het feit dat geen nieuwe afspraak kon worden gemaakt. Vaak kreeg men de raad het nieuws maar te volgen en contact op te nemen met het ziekenhuis, wanneer de actie zou zijn beëindigd.

Naast deze min of meer procedurele aspecten van de actie van de specialisten waarover patiënten/consumenten hun onvrede uitten, hadden veel klachten ook betrekking op ondervonden angst en ongemak wat betreft de gezondheidstoestand. Een korte en bepaald niet uitputtende opsomming:

- Een niet gering aantal meldingen had betrekking op het niet doorgaan van een consult, waarbij de uitslag van een reeds verricht onderzoek bekend zou worden gemaakt. Met name hierbij klonken naast irritatie ook gevoelens van angst en onrust door.
- In een aantal gevallen ging het om onderzoeken (bijvoorbeeld scans), waarvoor men al lang op een wachtlijst had gestaan. Hierbij klonk ongerustheid door over de onzekerheid of men nu weer opnieuw (laag) op die wachtlijst zou worden geplaatst of toch op korte termijn aan de beurt zou zijn.
- In een gering aantal gevallen werd een operatie op het laatste moment afgezegd, terwijl al nodige voorbereidingen waren getroffen. Zo vernamen we van ingenomen medicijnen ter laxering, hygiënische voorbereiding op gynaecologische ingreep en een reeds toegediende kalmeringsinjectie, hetgeen allemaal achteraf overbodig bleek aangezien de voorgenomen ingreep of het onderzoek niet doorging. In een aantal van die gevallen werd de patiënt zelfs tussentijds ontslagen uit het ziekenhuis.
- Een aantal meldingen had betrekking op het niet doorgaan van een afspraak, waarbij het gips van allerverhande lichaamsdelen zou worden verwijderd.
- Een kleine twintig klachten handelden over uitgestelde ingrepen of onderzoeken bij kleinere kinderen. Gesteld werd dat de voorbereiding van de kinderen op zo'n gebeurtenis bepaald niet eenvoudig was. Aangezien die ingreep of het onderzoek niet doorging, was de voorbereiding dus zinloos en dient later opnieuw te worden ondernomen.
- Een niet gering aantal meldingen had betrekking op het feit dat de ingreep/operatie bewust zo was gepland dat de revalidatie in de herfstvakantie zou kunnen geschieden (veelal mensen uit het onderwijs).

Tot zover de aard en inhoud van sommige ontvangen meldingen. In die zaken waar de patiënt/consument zelf opverde dat het om een spoedkwesatie ging of waarbij ernstige al dan niet medische consequenties aan de orde waren, heeft de Consumentenbond verwezen

naar de eigen huisarts en/of naar het speciale 06-nummer van de LSV.

CONCLUSIE

De conclusie is duidelijk: bij patiënten/consumënten is een behoorlijke mate van irritatie ontstaan over de laatste actie van de medisch specialisten. Men kan alleen maar hopen, dat deze irritaties geen negatieve invloed hebben op de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de specialist in de concrete behandelingssituaties; dat zou te ernstiger zijn omdat – nogmaals – de patiënt/consument geen partij is in het daadwerkelijke geschil tussen specialisten en overheid.

Over de inhoud van het geschil tussen het kabinet en de specialisten heeft het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform noch de Consumentenbond zich uitgelaten. De bemoeienissen van platform en bond vloeiden voort uit de opvatting dat de LSV een zeer onjuist actiemiddel had gekozen, waarbij de pijn direct op de patiënt/consument werd afgewenteld. □

Mr. P. C. de Klerk is beleidsmedewerker op de Stafafdeling van de Consumentenbond.

LSV: geen gevaar voor patiënt

Gedurende de in oktober 1988 enige dagen gehouden zondagsdiensten van de medisch specialisten heeft de LSV, evenals in 1987, een speciale patiënten-informatielijn – een gratis 06-nummer – opengesteld, bemand door medisch specialisten. Die lijn was er om de patiënten nader te informeren, niet alleen over het hoe en waarom van de continue zondagsdiensten, maar ook in antwoord op door patiënten te stellen concrete vragen.

De vragen die werden gesteld waren zeer verschillend van inhoud. Het grootste deel betrof algemene informatie, zoals: 'Gaaf de afspraak wel of niet door?' (dit ondanks het feit dat de betreffende patiënt zelf via de media wel degelijk op de hoogte was van de zondagsdiensten), 'Ik kan het ziekenhuis niet telefonisch bereiken', 'Hoe lang duurt de zondagsdienst, want over enige weken heb ik een afspraak met mijn specialist', 'Wat houdt continue zondagsdienst in?', en: 'Waarom houden de medisch specialisten zondagsdienst?' Veel patiënten gingen met de medisch specialist aan de patiënten-informatielijn in discussie en betuigden adhesie, omdat ook zij, gelet de forse bezuinigingsmaatregelen van de over-

heid, bezorgd bleken te zijn over handhaving van de kwaliteit van de zorg en beducht voor vermindering daarvan. Patiënten hopen en verwachten dat de medisch specialisten hun altijd de meest adequate zorg verlenen, waarbij voor de individuele patiënt het beste veelal niet goed genoeg is.

Er waren ook nogal wat patiënten die duidelijk stelden dat zij zich niet vertegenwoordigd achten door het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform. Veel patiënten blijken niet te weten dat het LPCP bestaat, laat staan dat dit platform een kort geding tegen de LSV heeft aangespannen; zij waren daar zeer verbaasd over, omdat de patiënten zich samen met de medisch specialisten en eigenlijk samen met alle artsen te weer zouden moeten stellen tegen de maatregelen van de overheid.

Er waren ook patiënten die de patiënten-informatielijn belden omdat zij een acuut probleem hadden. Aangezien de lijn werd bemand door medisch specialisten konden dezen naar aanleiding van het verhaal van de patiënten hen zo goed mogelijk, gericht helpen. Velen werd geadviseerd zich tot hun huisarts te wenden, omdat wanneer de huisarts zou menen dat het om een acuut geval ging de specialist conform

de richtlijnen die patiënt in ieder geval zou helpen. In een aantal gevallen hebben de medisch specialisten van de patiënten-informatielijn ook bemiddeld, en met succes; zij hebben er in die gevallen bijvoorbeeld voor gezorgd dat de specialist de betrokken patiënt heeft geholpen, de uitslag aan de patiënt is meegedeeld, het gips er door de specialist is afgehaald, de hechtingen er zijn uitgehaald. Natuurlijk waren er ook patiënten die boos waren, doch dat waren er gelet het totaal aantal telefoontjes slechts heel weinig.

Tijdens de zondagsdiensten die zijn gehouden werd de gezondheidszorg overigens beter behartigd dan op werkelijke zondagen, zaterdag, feestdagen en niet te vergeten ADV-dagen en/of snipperdagen van het ziekenhuispersoneel, waardoor onder andere poli's en OK-programma's helaas ook nogal eens uitvallen. Doch over dit laatste hoort, leest of ziet men meestal niets. Immers, de patiënt die door de huisarts of een andere specialist als spoedeisend geval werd aangemerkt, werd door de specialist behandeld. Behandelingen die op gevaar van ernstige schade bij de patiënt geen verder uitstel konden lijden, zoals naast de 'normale' acute gevallen, chemotherapie, radiotherapie, hemodialyse en verloskundige indicaties, gingen gewoon door.

Enkele voorlopige conclusies:

- De acties hebben geen gevaar, laat staan onevenredig groot gevaar, voor patiënten opgeleverd.
- In die gevallen, waarin er door een communicatiestoornis sprake dreigde te zijn van een onevenredig groot ongerief – enig ongerief zal van de zijde van de patiënt ook naar de mening van de rechter moeten worden geduld – is door de medisch specialisten van de patiënten-informatielijn corrigerend opgetreden. Dit geldt ook met betrekking tot een enkel als zodanig door de Consumentenbond doorgegeven geval. Een stroom problemen heeft ons van die zijde echter niet bereikt! □

A. ten Hove Jansen, secretaris
Landelijke Specialist Vereniging,

K. Gill, R. W. F. Diekstra (red.), *Verdriet, verliesverwerking en gezondheid*. AMBO, Baarn, 1988. 240 blz. ISBN 90 263 0905 8. Prijs: f 35,—.

In een samenleving, waar intens verdriet en rouw blijkbaar moeizamer en minder vanzelfsprekend kunnen worden gedeeld met anderen, wordt verliesverwerking gaandeweg meer een aandachtsgebied voor de hulpverlening. De noodzaak daartoe wordt in de laatste decennia onderstreept door wetenschappelijk onderzoek, waarin wordt aangetoond dat de somatische, psychische en sociale gevolgen van verdriet, scheiding en rouw ingrijpend kunnen zijn.



In het hier besproken boek geven 20 auteurs in 17 hoofdstukken een veelomvattend overzicht van de aangegeven problematiek. In het bekende bestek van deze bespreking kan helaas niet veel meer dan een opsomming worden gegeven.

Het eerste deel van het boek bevat een vijftal beschouwingen van meer algemene aard. Helaas is het eerste hoofdstuk als start minder geslaagd: er wordt te veel getaleerd in een te beperkt kader, hetgeen het overzicht ver-

stoort. Vervolgens een verhelderende bespreking van de psychologische aspecten van verliesverwerking en rouw; een volkenkundige beschouwing over verdriet in niet-westerse samenlevingen; een hoofdstuk over verdriet en depressie, waarin onder andere wordt verduidelijkt waarom het, met name in het medisch contact, van belang is om rouw en depressie te onderscheiden; tenslotte een hoofdstuk over pathologische rouw, waarin onder meer wordt gewezen op de betekenis van rituelen voor het rouwproces.

Hierna volgen besprekingen die gericht zijn op bijzondere en meer specifieke situaties en omstandigheden: hoe kinderen een ernstig verlies verwerken; verwerken van echtscheiding;

verdriet bij onvervulde kinderwens; verdriet bij chronisch zieken en (van veel belang!) bij hun partners: verdriet bij het verlies van een kind tijdens zwangerschap en baring; vervolgens de zeer persoonlijke belevingen van ouders naar aanleiding van het overlijden van hun kind; verliesverwerking na suïcide; tenslotte de verdietreacties bij personen of groepen die direct of indirect bij AIDS zijn betrokken.

In het laatste gedeelte van het boek richten de auteurs zich op het omgaan met verdriet: de rol van de religie; rouwtherapie, waarbij een directieve (psychodynamische) therapie wordt vergeleken met een therapie naar gedragstherapeutisch model; 'bibliotherapie': het lezen van literatuur kan een herkenningsproces op gang brengen en de lezer op het spoor zetten van andere oplossingen; tenslotte een interview met Jasperina de Jong: een hartverwarmend besluit van dit boek.

Alles tezamen genomen biedt deze publikatie een uitstekend overzicht van situaties en omstandigheden waarin van intens verdriet en rouwreacties sprake is. In verschillende hoofdstukken is gekozen voor een direct aansprekende, niet-afstandelijke benadering die dan ook menigmaal uitmondt in praktisch bruikbare aanwijzingen en richtlijnen, van belang zowel voor degenen die verdriet (hebben) moeten verwerken als voor hulpverleners. Met zoveel auteurs kon begrijpelijkerwijze overlap en enig verschil in kwaliteit niet geheel worden vermeden. Niettemin ontstaat tenslotte toch een helder totaalbeeld. Een lezenswaardig boek, dat ik graag wil aanbevelen; het is geschikt voor hulpverleners, maar zeker ook voor een veel bredere lezerskring.

L. J. Menges

A. van Es en R. A. Geerdink, *Schildklierziekten*. Uit de serie practicum Huisartsgeneeskunde. Bunge, Utrecht, 1988. 74 blz. ISBN 90 6348 025 3. Prijs f 35,—.

In een makkelijk te lezen boekje van 74 pagina's zijn de schrijvers erin geslaagd de belangrijkste schildklierziekten op een overzichtelijke manier aan de orde te stellen.

In hoofdstuk 2, bestaande uit 2 bladzijden (op zich al knap), wordt op een heldere manier de kennis van de anatomie en de fysiologie opgefrist.

Vervolgens wordt aan de hand van herkenbare casuïstiek de hypo- en hyperthyreoïdie behandeld. De valkuilen bij de diagnostiek, zoals de duiding van de lichamelijke verschijnselen moeheid en gespannenheid als psychogeen, worden niet over het hoofd gezien. Een kleine kanttekening wat betreft de therapie: bij de hyperthyreoïdie wordt strumazol (thiamazol) niet genoemd, terwijl in het hoofdstuk over schildkliertumoren bij het toxisch adenoom dit medicament wél ten tonele wordt gevoerd. Na de beschrijving van de hypo- en hyperthyreoïdie volgt een hoofdstuk met enkele a-typi-

sche vormen. Daarna wordt aandacht besteed aan het euthyreotisch struma.

In de volgende hoofdstukken worden de ontstekingen van de schildklier behandeld en de schildklierziekten in enkele uitzonderlijke situaties, zoals tijdens de zwangerschap en bij kinderen. In het hoofdstuk over schildkliertumoren wordt het begrip hete en koude nodus verklaard en de relatie die deze bevindingen hebben met de aanwezigheid van een carcinoom.

In het laatste hoofdstuk over diagnostiek wordt ingegaan op het laboratoriumonderzoek. De TSH-Irma-test als toekomstige primaire diagnostische test wordt geïntroduceerd. Vervolgens wordt via een interessante besliskundige analyse gewaarschuwd voor het risico van over-diagnostiek. De auteurs onderstrepen nog eens het belang van een goede anamnese en onderzoek voor het vergroten van de a priori kans van aanwezigheid van een ziekte en het voorkomen van vals-positieve bevindingen bij laboratoriumonderzoek. Het kritisch beschouwen van een negatieve testuitslag is eveneens belangrijk, als door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek, de verdenking op hypo- of hyperthyreoïdie groot is.

Zoals elk deel uit deze serie practicum Huisartsgeneeskunde is dit boekje een voor de huisarts toegesneden vorm van compacte informatieoverdracht.

H. M. Pieters

C. J. M. van den Boogaard, *Kwaliteit huisartsgeneeskunde; mogelijkheden om te komen tot een garantie voor kwaliteit van de door de huisarts verleende zorg*. Een rapport van de Geneeskundige Hoofdinspectie. 162 blz.

In dit rapport worden de mogelijkheden beschreven om tot een garantie voor de kwaliteit van de door de huisarts verleende zorg te komen. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat naast de hulpverleners zelf en de overheid ook de patiënten, de ziektekostenverzekeraars en de beroepsorganisaties ieder een eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg hebben.

Aan de hand van een uitvoerige literatuurstudie zijn uitgangspunten geformuleerd en definities van begrippen gegeven. Vervolgens zijn met 45 sleutelfiguren gestructureerde interviews gehouden. Met de aldus verworven gegevens zijn zes mogelijke modellen ontwikkeld om te komen tot kwaliteitszorg. Uit een schriftelijke beoordeling van deze modellen door een aantal personen en instellingen komt naar voren dat de belangrijkste rol bij het ontwikkelen en vaststellen van de normen en het uitvoeren van controle is weggelegd voor de beroepsgroep van huisartsen zelf. Een zelfstandig extern beoordelingssysteem wordt door vrijwel iedereen ongeschikt gevonden, maar extern toezicht op de uitvoering van een

intern kwaliteitsbeleid wordt goed uitvoerbaar geacht. Uit de literatuur en de vraaggesprekken komt naar voren dat de tijd rijp is voor het uitwerken van een kwaliteitssysteem voor de huisartsenzorg.

Dit goed geschreven en gedocumenteerde rapport bevat veel informatie voor al diegenen, die zich bezighouden met het bevorderen van een kwalitatief goede gezondheidszorg in het algemeen en van de huisartsenzorg in het bijzonder.

Dr. V. C. L. Tielens

Dr. A. H. B. Schuurs, *Gebitspathologie*. Deel 21 van de Nederlandse bibliotheek der Tandheelkunde. Samsom Stafleu, Alphen aan den Rijn/Brussel, 1988. 280 blz. ISBN 906065 154 5. Prijs: f 125,—.

Dit is een opmerkelijk boek, waarvan er slechts enkele, veelal van oudere datum, in de internationale en nationale literatuur bestaan. De auteur is erin geslaagd om met medewerking van enkele vakgenoten en door de mogelijkheid gebruik te maken van illustratiemateriaal van een aantal Nederlandse universitaire tandheelkundige afdelingen, een volledig overzicht te geven van de afwijkingen van de harde tandweefsels. De gedegenheid van het boek moge onder meer blijken uit het feit, dat zoals uit de literatuurlijst naar voren komt ruim 2.200 publikaties over het onderwerp zijn geraadpleegd.

Het boek is van een groot aantal goede kleuren- en röntgenafbeeldingen voorzien. De met het onderwerp minder vertrouwde lezer zou zich kunnen afvragen hoe het mogelijk is over gebitspathologie een zo omvangrijk boek samen te stellen.

De volgende onderwerpen worden onder andere aan de orde gesteld: afwijkingen in het aantal gebitselementen, alsmede afwijkingen in vorm en grootte, stoornissen in de weefselstructuur (bijvoorbeeld bij congenitale lues, malaria, endocriene stoornissen, fluorosis, tetracycline bijwerkingen). Aan stoornissen in de doorbraaktijd en doorbraakplaats is een afzonderlijk hoofdstuk gewijd, evenals aan caries, erosie, hypercementosen (onder andere een kenmerk van acromegalie), verouderingsverschijnselen, traumata, verkleuringen en syndromen, waarbij gebitsanomalieën voorkomen.

Hoewel het boek met name van belang is voor tandartsen, verdient het zeker een plaats in medische bibliotheken. Ook kinderartsen en erfelijkheidsadviesgroepen zullen er veel nuttige informatie in kunnen vinden.

W. A. M. van der Kwast

Ethische keuzes bij zwaar defecte pasgeborenen

Een baby die een groot deel van de darmen mist

Toen een volledig parenterale voeding nog niet tot de mogelijkheden behoorde, stierven de meeste zuigelingen bij wie een groot deel van de darm ontbrak door verhongering of als gevolg van infecties. Tegenwoordig kunnen we voldoende calorieën intraveneus toedienen, zodat we veel baby's met korte darmen in leven kunnen houden. Algehele parenterale voeding is voor deze patiënten echter steeds gezien als een tijdelijke, aanvullende therapie, waardoor het resterende gedeelte van de darm de tijd krijgt voor een ingewikkeld aanpassingsproces om uiteindelijk enterale voeding te kunnen verdragen. Pasgeborenen bij wie het resterende darmgedeelte zo klein is dat de mogelijkheid van enterale voeding onzeker of onwaarschijnlijk is, plaatsen ons voor een ethisch dilemma.

Laten we eens kijken naar het geval van een pasgeboren jongetje dat een groot deel van de dunne darm mist: baby Y, inmiddels twee maanden oud, drie weken te vroeg geboren als helft van een eeneiïge tweeling. Bij de geboorte woog hij 4 pond. Op de vijfde dag na de geboorte ontwikkelde zich een obstructie in de darm. Bij de daaropvolgende laparotomie werd een volvulus geconstateerd in de midden-darm met ischemie van de darm. De volvulus werd gederoteerd, echter zonder merkbare verbetering van de bloedtoevoer naar de darm. Bij een tweede laparotomie na 24 uur bleek

slechts 6 cm van het jejunum en het colon descendens levensvatbaar te zijn. Nadat het necrotische deel van de darm was verwijderd werd er een jejunostomie gedaan. De ouders van baby Y werden op de hoogte gebracht van zijn toestand en prognose. Zij kregen te horen dat in de toekomst misschien een darmtransplantatie mogelijk zou zijn als experimentele behandeling. Medisch gesproken had men de keuze tussen het volledig parenteraal toedienen van voedsel en het volstaan met een palliatieve behandeling. De artsen vroegen de ouders wat volgens hen het beste was. Dit voorbeeld laat zien hoe moeilijk de ethische keuzes voor de ouders en de artsen liggen, als het gaat om pasgeborenen bij wie het resterende darmgedeelte zo klein is dat de kans dat de darm zich aanpast en de baby niet langer afhankelijk is van volledig parenterale voeding voor sommige patiëntjes onzeker en voor andere onwaarschijnlijk is.

Het klinisch moment. Het klinisch moment is het moment waarop de arts de handeling verricht die zo wezenlijk is voor zijn beroep: kiezen tussen wat gedaan kan worden en wat gedaan moet worden voor een bepaalde patiënt. Edmund Pellegrino omschrijft het klinisch moment tevens als een ethisch moment¹: 'Het maakt dat de geneeskunde meer is dan een optelsom van primaire disciplines in de natuurwetenschappen en de geestes-

wetenschappen. Het gaat om een juiste beslissing, een beslissing die goed is voor deze patiënt.

In het geval van baby Y impliceert het maken van ethische keuzes een keuze tussen niet bepaald ideale alternatieven. Zo'n moeilijke keuze vergt een zorgvuldige, systematische analyse en een fijngevoelige toepassing van morele principes. Wij geloven dat ouders en artsen gezamenlijk tot een keuze moeten komen. Daarbij kunnen zij eventueel de hulp inroepen van een ethische commissie of een medisch ethicus; advies en steun van die zijde kan een houvast bieden in de warwinkel van tegenstrijdige verlangens, verwachtingen en morele verplichtingen.

Een systematische ethische analyse omvat een aantal stappen. In de eerste plaats is een klinische beschrijving nodig van de diagnose en de prognose van baby Y. Bovendien is het de taak van de arts de ouders duidelijk en volledig te informeren over de verschillende therapeutische of experimentele opties. Vervolgens moeten de uitkomsten die men van deze opties verwacht en de complicaties worden geïdentificeerd en op hun waarschijnlijkheid worden beoordeeld. Tenslotte moeten ethische principes worden meegenomen in de beoordeling van opties en resultaten, zodat de uiteindelijke beslissing ethisch verantwoord is.

In het geval van baby Y is een zorgvuldige medische analyse vereist, wil de

klinische beoordeling en beslissing op gedegen informatie zijn gebaseerd. Voor de besluitvorming is het noodzakelijk dat men zich verdiept in het korte-darmsyndroom, de behandelingsopties en de verschillende therapieën.

Het korte-darmsyndroom bij pasgeborenen. De meest gangbare definitie van het korte-darmsyndroom luidt²: een aandoening die wordt gekenmerkt door een gestoorde resorptie en malnutritie wegens het ontbreken van een groot deel van de dunne darm en in sommige gevallen (een deel van) de dikke darm. Dit defect kan het gevolg zijn van een ontwikkelingsstoornis die zich voor of kort na de geboorte manifesteert of als verworven aandoening optreedt tijdens het eerste levensjaar³. De prenatale afwijkingen die het vaakst verantwoordelijk zijn voor een aangeboren korte-darmsyndroom zijn onder andere multipiele darm-atresieën, intra-uteriene volvuli en gastroschisis. Een van de belangrijkste oorzaken van een postnataal korte-darmsyndroom is malrotatie, een ontwikkelingsstoornis waardoor het risico ontstaat van een 'knoop' in de middendarm, gevolgd door ischémie. Enterocolitis necroticans, een verworven aandoening die voorkomt bij zwakke premature zuigelingen, kan gangreen van (een deel van) de dunne en de dikke darm veroorzaken. De diagnose 'korte-darmsyndroom' kan pas worden gesteld als men weet wat de normale darm lengte is bij pasgeborenen, terwijl de prognose afhangt van de darm lengte die minimaal nodig is wil de pasgeborene kunnen overleven en kunnen groeien op enterale voeding. Onderzoekuitkomsten met betrekking tot de normale darm lengte bij pasgeborenen zijn tegenstrijdig, zowel waar het gaat over de feitelijke lengte van jejunum en ileum als waar het gaat over de gehanteerde meettechnieken^{4,5}. Touloukian en Smith hebben sectie verricht op dertig doodgeboren of kort na de geboorte overleden baby's wier moeders tussen de 19 en 40 weken

zwanger van hen waren geweest⁶. Dit onderzoek leverde niet alleen feitelijke gegevens op, maar wees ook uit dat de darm lengte aanzienlijk toeneemt naarmate de zwangerschap vordert: lengte jejunum plus ileum met 27 weken ongeveer 115 cm, tussen de 27e en de 35e week 172 cm en tussen de 35e en de 40e week 248 cm. Dit heeft verstrekende gevolgen voor het beoordelen van de prognose bij premature zuigelingen met korte darmsegmenten, omdat het resterende gedeelte van de darm nog kan groeien waardoor ze met een darmsegment dat op het moment van hun eerste operatie eigenlijk te kort is toch kunnen overleven. De minimale darm lengte die nodig is om enterale voeding te kunnen verdragen hangt af van de aanwezigheid van de dikke-darmklep (valva ileocecalis). Het veel gebruikte handboek 'Pediatric Surgery' (uitgave 1986)⁷ geeft de volgende richtlijnen voor het beoordelen van de vraag of de lengte van het resterende darmgedeelte voldoende is: 'Hoewel er geen duidelijk afgebakende ondergrens is voor de darm lengte waarbij leven mogelijk is, gaan de meeste kinderchirurgen ervan uit dat bij een lengte van minder dan 25-30 cm, met een intacte dikke-darmklep, overleving op orale voeding niet mogelijk is. Zonder dikke-darmklep is ongeveer 50 cm dunne darm nodig om in leven te kunnen blijven. Er zijn enkele gevallen beschreven van zuigelingen die met een korter darmsegment in leven zijn gebleven, maar deze kinderen vormen de uitzondering op de regel.' Onderzoekrapporten over de langetermijnoverleving van zuigelingen bij wie een extreem groot gedeelte van de darm ontbreekt, doen ons twijfelen of deze criteria wel zo houdbaar zijn. Bij zes patiëntjes met niet meer dan 11 tot 15 cm jejunum-ileum en een intacte dikke-darmklep bleek de darm zich aan te passen en kon de volledig parenterale voeding worden stopgezet⁸⁻¹². Zonder dikke-darmklep konden baby's met 25 tot 30 cm jejunum-ileum na verloop van tijd enteraal worden gevoed¹¹⁻¹³; deze patiëntjes waren twee

jaar of langer volledig afhankelijk van parenterale voeding. De overleving van zuigelingen bij wie de darm praktisch geheel verloren is gegaan bracht Dorney en collega's tot de opmerking¹², dat 'de richtlijnen voor het bepalen van de overlevingskansen na een omvangrijke resectie van de dunne darm bij pasgeborenen zijn veranderd. Wij zijn van oordeel dat zuigelingen met een zeer korte dunne darm bij wie minimaal 10 cm jejunum-ileum resteert met een intacte dikke-darmklep of minimaal 25 cm jejunum-ileum zonder dikke-darmklep, langdurig parenteraal moeten worden gevoed, waardoor de darm de tijd krijgt om zich aan te passen en het kind uiteindelijk zonder parenterale voeding in leven kan blijven.'

Behandeling van het korte-darmsyndroom. De behandeling van het korte-darmsyndroom bij pasgeborenen bestaat in eerste instantie uit een laparotomie waarbij de onderliggende aandoening operatief wordt behandeld. Meestal wordt het resterende gedeelte van de dunne darm opgenomen om de lengte te documenteren en wordt het distale gedeelte van de dunne darm via de buikwand naar buiten gebracht als enterostoma. Tijdens of na deze operatie worden nog twee procedures uitgevoerd: voor de toediening van volledig parenterale voeding wordt in de centrale veneuze circulatie een semipermanente catheter ingebacht en voor een continue enterale voeding wordt een gasterostoma aangelegd. Zodra de toestand van de patiënt het toelaat wordt een laparotomie uitgevoerd om de darmverbinding te herstellen; gewoonlijk gaat het om een anastomose tussen het resterende gedeelte van de dunne darm en het colon.

De volledig parenterale voeding geeft het kind alles wat het nodig heeft aan vocht, calorieën en vitaminen en vormt de hoofdpijler van de medische behandeling. Wanneer het maag-darmkanaal voldoende is hersteld van de operatie(s), gaat men over op een continue enterale toediening van

speciaal samengestelde voeding via de gastrostoma om het ingewikkelde aanpassingsproces van het resterende darmgedeelte op gang te brengen. Zuigelingen die een groot deel van de darm missen zullen alle voedingsstoffen die ze nodig hebben om in leven te blijven en te groeien uit de volledig parenterale voeding moeten halen, omdat ze in deze fase van de behandeling weinig of niets hebben aan enterale voeding.

De duur van de aanpassingsperiode verschilt nogal en hangt af van de lengte van het resterende darmsegment, het al dan niet aanwezig zijn van de dikke-darmklep, de kwaliteit van het resterende darmgedeelte en het succes van de operatieve behandeling¹⁴. De aanpassing van de darm blijkt uit het feit dat het kind langzaam maar zeker steeds grotere hoeveelheden enterale voeding gaat verdragen en steeds minder parenterale voeding nodig heeft, terwijl het blijft aankomen en groeien. De aanpassing is compleet op het moment dat de enterale voeding in alle caloriebehoeften voorziet en er sprake is van een normaal groeipatroon.

Voor kinderen bij wie een groot deel van de darm ontbreekt en de kans op aanpassing van het resterende darmgedeelte klein lijkt, zijn verschillende chirurgische procedures ontworpen, ofwel om het transport van de darminhoud te vertragen en zo de resorptie te bevorderen, ofwel om het resterende darmsegment te vergroten. In dit verband moeten met name twee procedures worden genoemd: antiperistaltische dunne-darmsegmenten en verlenging van de darmlus. Bij de antiperistaltische procedure wordt een klein stukje dunne darm weggenomen en vervolgens weer aangebracht in de omgekeerde richting¹⁵; hoewel deze operatie in een enkel geval succes heeft gehad, is ze nooit op grote schaal toegepast. Een veelbelovende methode om de darm lengte te vergroten is de techniek waarbij men het mesenterium en de bloedtoevoer van het resterende darmgedeelte scheidt, de darm overlangs in tweeën verdeelt

met behulp van een hecht tang en de lussen in isoperistaltische richting anastomoseert¹⁶, een techniek die op een beperkt klinisch succes mag bogen¹⁷.

Transplantatie van de dunne darm is het beste alternatief voor patiënten bij wie de darm praktisch geheel ontbreekt, zodat aanpassing uitgesloten is, en voor patiënten die geen langdurige volledig parenterale voeding verdragen. De techniek van de dunne-darmtransplantatie is ontwikkeld in experimenten met kleine en grote dieren. Hier stuitte men echter op het grote probleem van de afstoting van het transplantaat¹⁸. Door recente vorderingen op het gebied van de immunosuppressiva en vooral door de ontdekking van ciclosporine is de overleving van allogene nier-, hart- en levertransplantaten intussen sterk verbeterd¹⁹⁻²¹. Weliswaar is gebleken dat toediening van ciclosporine de afstoting van dunne-darmtransplantaten bij ratten effectief vermindert^{22,23}, maar de overlevingskansen van transplantaten bij varkens en honden blijken op de lange termijn niet altijd even goed te zijn¹⁸.

Tot nu toe zijn er tien gevallen gerapporteerd van dunne-darmtransplantaties bij mensen. Geen van hen, met inbegrip van de patiënten die ciclosporine kregen, is lang in leven gebleven na de transplantatie^{18,24}. Totdat de problemen met de afstoting van transplantaten zijn opgelost, is het niet waarschijnlijk dat patiënten met een korte-darmsyndroom een dunne-darmtransplantatie kunnen krijgen, behalve misschien als experimentele procedure.

Resultaten van de behandeling. Inmiddels zijn er in een aantal grote kinderklinieken voldoende zuigelingen met een korte-darmsyndroom behandeld om iets te kunnen zeggen over de resultaten van de behandeling. In 1984 rapporteerden Cooper en collega's een overleving van 81% bij 16 pasgeborenen die meer dan de helft van hun darm misten en die ze tussen 1973 en 1983 hebben behan-

deld¹¹; hoewel de patiëntjes die in leven bleven gemiddeld 14 maanden volledig parenteraal moesten worden gevoed voordat men op volledige enterale voeding kon overgaan, was de somatische groei bij alle baby's praktisch normaal. Dorney en collega's behandelden 13 patiënten met een extreem korte darm (in alle gevallen minder dan 38 cm jeuno-ileum) tussen 1977 en 1984¹²; deze auteurs melden een overlevingspercentage van 69. Zuigelingen en kinderen met een korte-darmsyndroom die met succes zijn behandeld door ze langdurig volledig parenteraal te voeden, bereiken meestal een normale lichaamslengte en een normaal lichaamsgewicht en blijven zich gemiddeld tot beter dan gemiddeld ontwikkelen²⁵⁻²⁷.

Complicaties van de behandeling. Nu het mogelijk is patiënten volledig te voeden, is een tekort aan proteïnen en calorieën niet langer de voornaamste doodsoorzaak bij patiënten met een korte-darmsyndroom. In plaats daarvan veroorzaakt de behandeling zelf, direct dan wel indirect, verreweg de meeste complicaties. De problemen die het meest voorkomen houden verband met de semipermanente catheter waardoor de voedingsvloeistoffen worden toegediend: systemische infecties, veneuze trombose, mechanische breuken²⁸.

Veel patiënten die lange tijd volledig parenteraal worden gevoed krijgen last van symptomatische of asymptomatische galsteenziekte²⁹. De progressieve cholestatische cirrose die kan optreden als gevolg van de volledig parenterale voeding is de ernstigste potentieel levensbedreigende complicatie bij patiënten die lijden aan het korte-darmsyndroom¹¹. In feite is praktisch elk sterfgeval bij recent onderzochte series zuigelingen met een korte-darmsyndroom te wijten aan een terminale leverziekte^{11,12,28}. Omdat het mechanisme dat aan de leverbeschadiging ten grondslag ligt, onbekend is, zijn er geen methoden om de vatbaarheid te voorspellen of de aandoening te voorkomen.

Hoewel er enkele gespecialiseerde klinieken zijn met programma's om zuigelingen en peuters thuis volledig parenteraal te kunnen voeden^{25,26}, brengen de meeste patiëntjes verschillende maanden of zelfs jaren in het ziekenhuis door¹¹. De psychosociale belasting die een ziekenhuisopname van één tot twee jaar met zich brengt voor het gezin is moeilijk te kwantificeren, maar laat zich gemakkelijk indenken.

Therapeutische opties. Ten aanzien van een pasgeborene als baby Y, bij wie praktisch de hele darm ontbreekt, zijn de therapeutische opties:

1. opnemen in een experimenteel programma voor het uitvoeren van een dunne-darmtransplantatie waarbij een stuk dunne darm wordt gebruikt dat door de gezonde helft van de tweeling is afgestaan (deze procedure kan worden uitgevoerd tijdens het eerste levensjaar of worden gepland als een eventueel later uit te voeren behandeling);
2. opnemen in een klinisch experimenteel programma voor het uitvoeren van een dunne-darmtransplantatie waarbij een stuk dunne darm wordt gebruikt dat afkomstig is van een overleden donor (ook deze procedure kan worden uitgevoerd tijdens het eerste levensjaar of worden gepland als een eventueel later uit te voeren behandeling);
3. onmiddellijk een semipermanente catheter inbrengen en overgaan op algeheel parenterale voeding in het besef dat de baby waarschijnlijk nooit een darmfunctie zal ontwikkelen die voldoende is om in leven te kunnen blijven (darmtransplantatie kan als therapeutische optie worden gehandhaafd);
4. de baby fles- of borstvoeding laten geven, waardoor de natuur haar gang kan gaan, hetgeen naar verwachting binnen drie weken zal resulteren in dood door verhongering; of
5. het leven van de baby actief te beëindigen.

De keuzemogelijkheden variëren van experimentele klinische research tot

een rechtstreekse pijnloze beëindiging van het leven van baby Y. De ethische beoordeling van deze keuzemogelijkheden is niet eenvoudig, omdat de morele opvattingen over selectief abstinieren bij zwaar defecte pasgeborenen sterk uiteenlopen. Sinds 1984 zijn in dit verband twee extreme standpunten naar voren gekomen. Het ene standpunt luidt, dat alle pasgeborenen die niet stervende of comateus zijn elke behandeling moeten krijgen die hun leven kan verlengen. Het andere standpunt komt erop neer, dat men bij sommige ernstig afwijkende pasgeborenen niet alleen moet abstinieren maar zelfs moet overgaan tot het actief beëindigen van het leven³⁰. Een middenpositie tussen deze beide uitersten lijkt ons ethisch verantwoord, omdat daarmee de rechten van het bestaande leven overeind blijven terwijl tegelijkertijd wordt erkend dat menselijk ingrijpen afbreuk kan doen aan dat leven. Bovendien geloven wij dat het van moreel belang is onderscheid te maken tussen *doden* en *laten sterven*. Voorts erkennen wij dat er grenzen zijn aan de beslissingsbevoegdheid van de ouders en dat we in gevallen als dat van baby Y niet louter mogen afgaan op wat de ouders willen, aangezien we dan op klinisch en ethisch terrein met een aantal onbeantwoorde vragen zouden blijven zitten³¹.

In dit soort gevallen verloopt het maken van een ethisch verantwoorde keuze voor een therapeutische optie in verschillende stappen. In de eerste plaats dient er een zorgvuldige afweging plaats te vinden van de belastingen, aspecten en de voordelen die de behandeling met zich meebrengt voor de baby. In de tweede plaats moet er niet alleen rekening worden gehouden met de belangen van de baby, maar ook met die van de ouders, omdat deze nauw met elkaar zijn verstrengd en normaal gesproken niet los van elkaar mogen worden gezien. Alle experimentele opties moeten in ethisch opzicht worden beschouwd als 'human research' en moeten ter goedkeuring worden voorgelegd aan

de ethische commissie van het ziekenhuis.

In het geval van baby Y zouden de ouders en de leden van het behandelend team bij de besluitvorming moeten worden betrokken. De laatste moeten de eersten naar beste weten informeren over de vooruitzichten voor baby Y en de voordelen van elke therapeutische optie. Voorts moeten zij aan het licht brengen welke verwachtingen en ideeën de ouders koesteren ten aanzien van de voordelen die de verschillende opties voor hen en hun kind hebben. Op deze manier worden de beginselen van vrijheid en voordeel voor de patiënt ('beneficentia') geëerbiedigd.

Ethische analyse van de therapeutische opties

Optie 1 (darmtransplantatie) houdt in het geval van baby Y een ethisch aanvaardbare keuze in, omdat deze baby de helft is van een eenëviige tweeling. Het uitgangspunt, dat de behandeling zoveel mogelijk tot voordeel en zo weinig mogelijk tot nadeel ('non-maleficentia') van de patiënt dient te strekken, wordt hier nadrukkelijk gerespecteerd, aangezien de kans groot is dat de transplantatie zonder afstoting zal slagen. De andere helft van de tweeling echter moet om donor te kunnen zijn een zware operatie ondergaan en de risico's aanvaarden die een dergelijke operatie en het verlies van een stuk darm meebrengen. Ook het bepalen van de leeftijd waarop de transplantatie moet plaatshebben is moeilijk en kan leiden tot het bijkomende probleem dat men de toestemming of instemming van de donor moet verkrijgen.

Optie 2 is ethisch aanvaardbaar, omdat er wanneer men darmweefsel van een overleden donor gebruikt geen schade wordt toegebracht aan een levend persoon.

Optie 3 is een op tijdwinst gerichte behandeling die een langdurige overleving mogelijk maakt, zodat het 'be-

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

neficientia'-principe ook hier wordt gerespecteerd. Deze optie zal echter niets veranderen of verbeteren aan het eigenlijke probleem van baby Y (het ontbreken van voldoende darm-massa) en brengt ook risico's mee, onder meer het risico van cathetersepsis en leverziekte als gevolg van de volledige parenterale voeding. Als men voor deze optie kiest, kan baby Y later worden opgenomen in een klinisch experimenteel transplantatieprogramma.

Optie 4 is ethisch verantwoord omdat ouders, strikt moreel gezien, niet de plicht hebben hun kinderen experimentele procedures of behandelingen die geen verandering zullen brengen in de onderliggende aandoening te laten ondergaan.

Optie 5 komt neer op het doden van de baby. Sommige auteurs stellen dat dit moreel verdedigbaar is³⁰. Wij van onze kant geloven niet dat het gerechtvaardigd kan zijn een onschuldig mens zonder meer te doden. Het is bovendien tegen de wet.

Patiënten als baby Y plaatsen artsen, andere werkers in de gezondheidszorg en ouders voor tragische maar daarom niet minder noodzakelijke beslissingen. Uit de aard van deze beslissingen blijkt dat het in de geneeskunde niet alleen gaat om technische of wetenschappelijke, maar ook om ethische en menselijke keuzes. Gelet op de omstandigheden en de eerder genoemde principes, vinden wij vier van de vijf opties ethisch verdedigbaar. De keuze die men uiteindelijk maakt blijft afhankelijk van de specifieke omstandigheden, onder eerbiediging evenwel van de algemene ethische principes van vrijheid, voordeel en rechtvaardigheid.

Caniano DA, Kanoti GA. Newborns with massive intestinal loss: difficult choices. *N Engl J Med* 1988; 318: 703-7 (Sounding Board).

Literatuur

1. Pellegrino ED. Ethics and the moment of clinical truth. *JAMA* 1978; 239:960-1.
2. Tilson MD. Pathophysiology and treatment of short bowel syndrome. *Surg Clin North Am* 1980; 60:1273-84.
3. Schwartz MZ, Maeda K. Short bowel syndrome in infants and children. *Pediatr Clin North Am* 1985; 32:1265-79.
4. Bryant J. Observations upon the growth and length of the human intestine. *Am J Med Sci* 1924; 167:499-520.
5. Siebert JR. Small-intestine length in infants and children. *Am J Dis Child* 1980; 134:593-5.
6. Touloukian RJ, Smith GJW. Normal intestinal length in preterm infants. *J Pediatr Surg* 1983; 18:720-3.
7. Coran A. Nutrition of the surgical patient. In: Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA, Rowe MI (eds). *Pediatric surgery*. Chicago: Year Book, 1986:96-108.
8. Hold D, Easa D, Shim W, Suzuki M. Survival after massive small intestinal resection in a neonate. *Am J Dis Child* 1982; 136:79-80.
9. Postuma R, Moroz S, Friesen F. Extreme short-bowel syndrome in an infant. *J Pediatr Surg* 1983; 18:264-8.
10. Kurz R, Sauer H. Treatment and metabolic findings in extreme short-bowel syndrome with 11 cm jejunal remnant. *J Pediatr Surg* 1983; 18: 257-63.
11. Cooper A, Floyd TF, Ross AJ III, Bishop HC, Templeton JM Jr, Ziegler MM. Morbidity and mortality of short-bowel syndrome acquired in infancy: an update. *J Pediatr Surg* 1984; 19:711-8.
12. Dorney SF, Ament ME, Berquist WE, Vargas JH, Hassall E. Improved survival in very short small bowel of infancy with use of long-term parenteral nutrition. *J Pediatr* 1985; 107:521-5.
13. Bohane TD, Hada-Ikse K, Biggar WD, Hamilton JR, Gall DG. A clinical study of young infants after small intestinal resection. *J Pediatr* 1979; 94:552-8.
14. Dowling RH. Small bowel adaptation and its regulation. *Scand J Gastroenterol (Suppl)* 1982; 74:53-74.
15. Gibson LD, Carter R, Hinshaw D. Segmental reversal of small intestine after massive bowel resection: successful case with follow-up examination. *JAMA* 1962; 182:952-4.
16. Bianchi A. Intestinal loop lengthening – a technique for increasing small intestinal length. *J Pediatr Surg* 1980; 15:145-51.
17. Boeckman CR, Traylor R. Bowel lengthening for short gut syndrome. *J Pediatr Surg* 1981; 16:996-7.
18. Pritchard TJ, Kirkman RL. Small bowel transplantation. *World J Surg* 1985; 9:860-7.
19. Tilney NL, Milford EL, Araujo J-L, Strom TB, Carpenter CB, Kirkman RL. Experience with cyclosporine and steroids in clinical and renal transplantation. *Ann Surg* 1984; 200:605-13.
20. Jamieson SW. Recent developments in heart and heart-lung transplantation. *Transplant Proc* 1985; 17:199-203.
21. Starzi TE, Iwatsuki S, Shaw BW Jr, Gordon RD. Orthotopic liver transplantation in 1984. *Transplant Proc* 1985; 17:250-8.
22. Kirkman RL, Lear PA, Madara JL, Tilney NL. Small intestine transplantation in the rat – immunology and function. *Surgery* 1984; 96:280-7.
23. Harmel RP Jr, Stanley M. Improved survival after allogeneic small intestinal transplantation in the rat using cyclosporine, immunosuppression. *J Pediatr Surg* 1986; 21:214-7.
24. Baby stable with new bowel, liver. *Columbus Dispatch* 15 november 1986: 7B.
25. Ralston CW, O'Connor MJ, Ament M, Berquist W, Parmelee AH Jr. Somatic growth and developmental functioning in children receiving prolonged home total parenteral nutrition. *J Pediatr* 1984; 105: 842-6.
26. Ricour C, Duhamel JF, Arnaud-Battandier F, Collard Y, Revillon Y, Nihoul-Fekete C. Enteral and parenteral nutrition in the short bowel syndrome in children. *World J Surg* 1985; 9:310-5.
27. Lin C-H, Rossi TM, Heitlinger LA, Lerner A, Riddlesberger MM, Lebenthal E. Nutritional assessment of children with short-bowel syndrome receiving home parenteral nutrition. *Am J Dis Child* 1987; 141:1093-8.
28. Grisoni ER, Mehta SK, Connors AF. Thrombosis and infection complicating central venous catheterization in neonates. *J Pediatr Surg* 1986; 21:772-6.
29. Roslyn JJ, Berquist WE, Pitt HA et al. Increased risk of gallstones in children receiving total parenteral nutrition. *Pediatrics* 1983; 71:784-9.
30. Weir R. Imperiled newborns: three moves to the left of center. *Med Humanities Rev* 1987; 1:39-47.
31. Brett AS, McCullough LB. When patients request specific interventions: defining the limits of the physician's obligation. *N Engl J Med* 1986; 315:1347-51.

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 naar de KNMG, t.a.v. de secretaris Public Relations, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht. De KNMG zorgt dan voor verdere afhandeling, zoals tekststroomlijning, publikatie en 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. Geïnteresseerden kunnen schriftelijk reageren via de KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht ter attentie van de secretaris Public Relations (onder vermelding van de desbetreffende servicenummer) of via het in de annonce genoemde telefoonnummer.

124. Basisarts, 29 jr, afgestudeerd september 1987. Ervaring: wetenschappelijke stage-onderzoek naar ziekteverzuim bij BGD Boxmeer en sinds april 1988 stage in verpleeghuis. Zoekt vaste baan of eventueel waarneming in verpleeghuis. Reacties: tel. 080-228090 (alleen 's middags), b.g.g. 080-235030.

125. Huisarts, 33 jr, vijf jaar tropenervaring, in laatste fase van dissertatie-onderzoek, zoekt gevarieerd werk in sociale- of huisartsgeneeskunde bij voorkeur in Randstad. Reacties: tel. 010-4686463/4526761.

126. Basisarts, per januari 1989. Interesse: opleiding tot KNO-arts, heelkunde (inclusief EHBO), inwendige geneeskunde eventueel gecombineerd met verloskunde. Reacties: tel. 010-4513663.

127. Vr. huisarts, 28 jr, artsexamen mei 1985, huisartsregistratie oktober 1988. Ervaring: 13 maanden chirurgie, 7 maanden interne

geneeskunde. Zoekt: huisartsassistenten of langdurige waarneming (eventueel part-time) in de Randstad. Reacties: tel. 010-4145059, b.g.g. 01858-12515.

128. Neuroloog, aantekening klinische neurofysiologie, 38 jr, zoekt waarneming of functie als chef de clinique. Voorkeur: zuiden, midden of oosten des lands. Reacties: tel. 045-424266.

129. Huisarts (m), 28 jr. Ervaring: tijdens militaire dienst, verloskunde, EHBO, huisartswaarnemingen. Interesse: tijdelijke functie in de sociale geneeskunde. Reacties: tel. 010-4561891.

130. Basisarts, 30 jr, artsexamen augustus 1988. Interesse: arts-assistenten chirurgie, gynaecologie, pediatrie. Ervaring: wetenschappelijk onderzoek nefrotisch syndroom bij kinderen. Reacties: tel. 030-610997/790210.

131. Huisarts, 31 jr, met waarnemervaring, zoekt waarnemingen/praktijk. Plaats geen punt. Reacties: tel. 071-149736.

132. Basisarts per half december 1988, 31 jr. Ervaring: drie maanden stage op cardiologie, veel ervaring met ontstollingsbehandeling, ambulance-ervaring. Interesse: huisarts- of bedrijfsgeneeskunde. Zoekt ter voorbereiding liefst assistentschap interne chirurgie of gynaecologie/verloskunde of tijdelijk werk in de sociale geneeskunde, thrombosedienst, huisartswaarneming, etc. Tijdelijk werk geen bezwaar. Reacties: tel. 074-437418.

Telefax geïnstalleerd

Per 1 november jl. is op het KNMG-secretariaat een telefax geïnstalleerd, telefoonnummer 030-823326.

LSV Kandidaatstelling bestuur SPMS

Zoals in artikel 5 lid 4 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialist is bepaald, heeft de deelnemersraad zich in zijn vergadering van 29 september 1988 beraden over voordrachten voor in het bestuur van het PMS te vervullen vacatures.

Deze vacatures ontstaan doordat:

a. volgens rooster per 1 januari 1989 aan de beurt zijn van aftreden:

- A. J. Korthals-Altes, kno-arts wonende te Hilversum;
- E. M. Vroom, chirurg wonende te Leiden.

Beiden hebben zich herkiesbaar gesteld.

b. Jhr. P. O. H. Gevaerts, gynaecoloog is afgetreden.

Het bestuur van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialist, gehoord de deelnemersraad d.d. 29 september 1988, heeft het Centraal Bestuur der Landelijke Specialist Vereniging voorge-

steld voor verkiezing aan de Ledenvergadering van de LSV voor te dragen:

- A. J. Korthals-Altes;
- E. M. Vroom;
- R. A. F. de Lind van Wijngaarden, anesthesioloog wonende te Wassenaar als opvolger in de vacature ontstaan door het aftreden van Jhr. P. O. H. Gevaerts.

Het Centraal Bestuur der LSV wil deze voordrachten gaarne overnemen. De verkiezing van voornoemde kandidaten zal plaatsvinden in de eerstvolgende Ledenvergadering der LSV.

Voor de procedure voor het stellen van eventuele andere kandidaten verwijzen wij u naar artikel 5 lid 4 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialist.

Namens het Centraal Bestuur der LSV

A. ten Hove-Jansen, secretaris