

MEDISCH CONTACT

Nummer 49 – 9 december – 43e jaargang

Om aan de stijgende vraag naar onderzoek- en behandelcapaciteit in de intramurale gezondheidszorg te voldoen, is capaciteitsuitbreiding noodzakelijk. Na enige vormen van capaciteitsvergroting met elkaar te hebben vergeleken, komen J. G. J. M. Benders en A. J. Daems, beiden verbonden aan de Katholieke Universiteit Brabant, respectievelijk aan het Instituut voor Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek en aan de vakgroep Bedrijfseconomie, tot de conclusie dat bedrijfstijdverlenging de meest aangewezen vorm is.

Nergens speelt het gevaar van medicalisering zo sterk als in de gezondheidszorg voor vrouwen. Na de zwangerschap en de baring lijkt nu de (post-)menopauze aan de beurt om door de medische zorg te worden geannexeerd. De gynaecoloog Dr. A. van Enk, die is verbonden aan het Slotervaartziekenhuis te Amsterdam, heeft laten blijken met de aldus door hem geschetste ontwikkeling de nodige moeite te hebben. (Ook) de redactie van Medisch Contact vroeg hem om een artikel over de medicalisering van de menopauze en een tweetal van zijn vakbroeders, Dr. P. Lips en Dr. M. J. Heineman, om een reactie daarop.

De National Health Service zit al een tijdje in de (geld)problemen. Voorjaar '88 kwam er zand in het NHS-raderwerk, toen de verpleegkundigen de straat op gingen voor meer loon. Drs. L. W. F. Hooftman is stand by om zijn collegae artsen voor te lichten.

In de behandeling van insuline-afhankelijke diabetespatiënten kan een combinatie van een intensieve én psychosociale begeleiding zowel een gunstiger regulatie als een beter welbevinden van de patiënt opleveren. Een en ander mag worden geconcludeerd uit een onderzoek op de polikliniek van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

INHOUD

Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie.
De buitenlandse patiënt begreep het niet – 1516

Capaciteitsuitbreiding in de gezondheidszorg
Drs. J. G. J. M. Benders en Drs. A. J. Daems – 1521

HIV-test in de chirurgie ongewenst
P. E. M. Hupkens, R. A. M. Feyen en N. F. J. Hettinga – 1525

Medicalisering van de menopauze
Dr. A. van Enk – 1527
Te bezorgd
Dr. P. Lips – 1529
Terecht kritisch
Dr. M. J. Heineman – 1530

The British Connection. Meer loon voor verpleegkundigen
Drs. L. W. F. Hooftman – 1531

Baten van intensieve poliklinische behandeling van insuline-afhankelijke diabetes
A. Ph. Visser, P. R. F. van den Boogaard, J. A. Schouten en E. A. van der Veen – 1533

Discussie. Over het staken van de behandeling bij ernstig gehandicapte pasgeborenen
J. Mol en Dr. P. Mol – 1535
Prof. Dr. H. J. J. Leenen – 1537

Uitspraak Raad van Beroep: Nodeloos grievede passages in psychiatrische rapporten – 1538

Colofon 1514 – Colofon officieel 1514 – Hoofdedactioneel commentaar 1515 – Brieven 1517 – Praktijkperikel 1538 – Meester Dokter 1539 – Dagboek 1540 – Buitenland 1541 – Uit de Verenigingen 1547

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 opgave van redenen worden geweigerd.

Opgave: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

Het vocht van de waterkers vermengd met ganzenvet is een helzaam zalfje tegen jeuk en roos; vermengd met zuurdesem geneest het steenpuisten; een mengsel van waterkers, bonenmeel, rijst en lupinen is een afdoend geneesmiddel tegen opgezette klieren in de hals.

Uit: Codex Vindobonensis 93 (fol 40').
Facsimile verschenen bij Adeva, Graz.

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; Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretaris; Prof. Mr. W. B. van der Mij, Dr. H. Roelink en G. J. Eikmans, 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.

Wordt de menopauze gemedicaliseerd?

In climacterium, menopauze en post-menopauze (peri-menopauze) staat een vrouw bloot aan grote veranderingen van zowel biologische als psychologische en sociale aard. De veranderingen in het menstruatiepatroon zijn het meest duidelijk te wijten aan het verminderd functioneren van het ovarium, maar ook andere lichamelijke verschijnselen doen zich voor. In het climacterium klagen vrouwen over vapers, gewrichtspijnen, neuralgieën, dode vingers, acroparesthesiën, onderbuikklachten, etc. Deze klachten ontstaan niet altijd uitsluitend door de lichamelijke veranderingen; soms spelen andere factoren een rol: problemen ten gevolge van het besef niet meer vruchtbaar te zijn, van het uit huis gaan van kinderen, identiteitsproblemen, relatieproblemen, problemen met het ouder worden. De verschillende processen zijn nauw met elkaar verweven en beïnvloeden elkaar¹.

Vrouwen zijn in de peri-menopauze snel uit hun evenwicht te brengen. De samenhang tussen lichamelijke, psychosociale en normatieve facetten raakt sneller verstoord. Door deze grotere kwetsbaarheid ontstaat er gemakkelijk een levenscrisis². Vrouwen blijken vóór de menopauze meer psychische klachten te hebben, in de zin van problemen om een beslissing te nemen en verlies aan zelfvertrouwen. In tegenstelling tot wat wel wordt gesuggereerd, komen ernstige depressies in deze periode echter niet méér voor dan daarbuiten³.

Al jaren staan artsen voor het probleem hoe zij met een vrouw met climacteriële klachten moeten omgaan. Het is evident dat deze klachten serieus moeten worden genomen en niet te gemakkelijk aan de 'overgang' mogen worden geweten. Er bestaan geen symptomen die zich uitsluitend ten tijde van het climacterium voordoen en alleen daarvoor typisch zijn. Een vrouw heeft recht op een zorgvuldige diagnose van de arts, dat wil zeggen op een op anamnese, onderzoek en vooral ook communicatie met haar gebaseerd oordeel over wat er met haar aan de hand is. Met kennis van zaken en voldoende empathisch vermogen zal dit meestal wel lukken. Veel moeilijker ligt het met de vraag wat er vervolgens dient te gebeuren. Dient bij afwezigheid van evidente afwijkingen de arts de vrouw uit te leggen dat haar verschijnselen lastig maar voorbijgaand zijn en niet worden veroorzaakt door een medische afwijking, en verder

volstaan met begrip voor en steun in het biologisch aanpassingsproces, of mag hij ook farmacologische symptoombestrijding toepassen, bijvoorbeeld in de vorm van antidepressiva en hormonen? Kortom, mag een arts een fysiologisch proces binnen zijn invloed brengen, dus medicaliseren? De vraag wordt tegenwoordig gemakkelijker bevestigend beantwoord, nu blijkt dat het geven van oestrogenen, mits cyclisch en aangevuld met progestagenen, post-menopauzale osteoporose voorkomt⁴. Met deze oestrogenen bereikt men dus een tweeledig doel: minder hinder van climacteriële klachten en een gunstig effect op langere termijn. In het in 1980 verschenen 'Controversen in de geneeskunde' komt de hormonale substitutie in het climacterium en na de menopauze uitvoerig ter sprake⁵. Has-

Dr. C. Spreeuwenberg

pels schetst een positief beeld van het onderdrukken van climacteriële klachten met oestrogenen: de klachten verdwijnen, evenals de atrofie van de vagina, de huidatrofie, in sommige gevallen de urine-incontinentie, en er is een gunstig effect op het calciummetabolisme. Barents acht het voorschrijven van oestrogenen – in het bijzonder rond de menopauze – zolang er geen betrouwbare detectiemethoden van het endometriumcarcinoom zijn, echter een omstreden, zo niet riskante zaak. Duursma acht een algemene aanbeveling om oestrogenen voor te schrijven wat te voorbarig, omdat er veel onderzoek nodig zal zijn om een individuele oorzakelijke behandeling van osteoporose na de menopauze mogelijk te maken en te doorgronden. Aitken daarentegen verklaart de post-menopauzale osteoporose rechtstreeks door het te kort schieten van het ovarium en bepleit daarom vanaf de menopauze langdurige suppletie met laag gedoseerde oestrogenen; het enige bezwaar dat hij ziet is het optreden van menstruaties bij de oudere, niet meer geslachtsrijpe vrouw. In veel artikelen van voorstanders worden de door het regelmatig verstrekken van hormonen noodzakelijke controles als een voordeel voor de vrouw wordt genoemd: écht medicalisering, dus. Kunnen artsen de gegevens aandragen,

vrouwen zullen uiteindelijk zelf hun beslissing moeten nemen. Hiertoe moeten ze van alle kanten goed worden voorgelicht. Een aanzet tot de noodzakelijke publieke discussie leverde de gynaecoloog Van Enk in de Volkskrant door de medicalisering van de menopauze te hekelen. Hij toonde zich argwanend, omdat het preventief toedienen van oestrogenen wordt bepleit door dezelfde medici die zich eerder sterk hebben gemaakt voor het verrichten van bevallingen in het ziekenhuis, en sprak over manipulatie van artsen en publiek. Als voorbeeld noemde hij de verwarring over verlies aan botmassa met botontkalking. Zoals ook ten aanzien van hypertensie en cholesterol is gebeurd, willen wij in Medisch Contact, dat een schakel tussen arts en samenleving wil zijn, de discussie over dit controversiële onderwerp bevorderen. Daarom hebben wij Van Enk gevraagd zijn zienswijze nog eens te verwoorden en de internist Lips en de gynaecoloog Heineman uitgenodigd om hierop te reageren. Ook de laatste blijken geen voorstander van een generale toepassing van oestrogenen vanaf de menopauze. Heineman sluit echter niet uit dat er onder druk van de wetenschappelijke ontwikkelingen, de farmaceutische industrie en de media toch een grotere aanvraag op de artsen zal worden uitgeoefend om ten aanzien van osteoporose preventief te handelen.

Medicalisering wordt door sommigen altijd als negatief beschouwd. Toch zullen de meesten onder immunisatieprogramma's, suppletie van vitamine D en de controle van zuigelingen en kleuters overwegend positief beoordelen. De mens zal zich steeds weer moeten afvragen wat de pro's en contra's van nieuwe verworvenheden zijn en of het resultaat hem de prijs van een nieuw stukje afhankelijkheid waard is. Vrouwen met climacteriële klachten en in de post-menopauze moeten er bovendien op kunnen rekenen dat hun arts voor haar individuele probleem niet te snel een algemene oplossing aanbiedt. □

1. Zeylman JG. Menopauze en perimenopauze. Dissertatie Utrecht. 1976.

2. Bergsma J. Identiteit, lichamelijke verstoring en autonomie. Lochem/Gent: De Tijdstroom, 1987.

3. Bungay GT, Vessey MP, McPherson CK. Study of symptoms in middle life with special reference to the menopause. Br Med J 1980; 281: 181-3.

4. Bijvoet OLM. Consensus osteoporose. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 584-90.

5. Querido A, Roos J. Controversen in de geneeskunde II. Utrecht: Bunge, 1980.

Uit de Geneeskundige Hoofdingspectie

AGENDA

De buitenlandse patiënt begreep het niet

Een buitenlandse werknemer diende bij de inspectie een klacht in over zijn huisarts en over een specialist. De klacht bleek vooral betrekking te hebben op het weigeren van zijn verzoek om nog meer specialistisch onderzoek bij reeds jaren bestaande buikklachten. Tien jaar geleden was een buikoperatie uitgevoerd met wegname van een stuk darm en zes jaar geleden werden stenen verwijderd. Informatie van huisarts en internisten leerde dat sprake was geweest van M. Crohn en een cholecystectomie. Specialistische controles hadden tot voor kort regelmatig plaatsgevonden.

Tijdens een gesprek met klager in aanwezigheid van een tolk bleek dat de man hevig ongerust was over de aard van de aandoeningen waarvoor hij was geopereerd. Tevens werd duidelijk dat hij ten gevolge van langdurige ziekteperiodes was afgekeurd en dat de huidige WAO-uitkering tot ernstige financiële problemen had geleid. Uitleg over de aard van de ziektes en advisering van maatschappelijk werk ten behoeve van de financiële problemen leidden tot een voor de klager bevredigende klachtenbehandeling.

In een nagesprek met de aanwezige tolk vertelde deze dat vergelijkbare problematiek zich zeer vaak voordoet bij oudere buitenlandse werknemers, iets wat uiteraard ook bij vele artsen bekend is. Desalniettemin blijkt bij herhaling dat door artsen verschaft informatie over de aard van de 'ziekte' niet tot geruststelling leidt, maar dat de patiënt desondanks blijft vragen om meer specialistisch onderzoek. De hiermee beoogde geruststelling wordt echter zelden bereikt.

Het is goed te beseffen dat begrippen als 'ontsteking', 'chronisch', 'goedaardige tumor' voor de leek, zeker wanneer deze uit een andere cultuur stamt, een geheel andere inhoud hebben dan voor de arts. Met nadruk moet dan ook nog eens worden gewezen op de wenselijkheid om, bij buitenlanders liefst met de hulp van een tolk, in een volgend consult na te gaan of de gegeven informatie is begrepen en of ze het beoogde effect heeft gehad. Een dergelijke handelwijze kan veel (overbodige) klachten voorkomen.

Ook in het hier besproken geval heeft blijvende arbeidsongeschiktheid een extra gezondheidsrisico gevormd. Gezondheidsproblemen bij deze categorie patiënten maken meestal een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk.

Tenslotte wijs ik in dit verband nog eens op de bestaande tolkencentra, waarvan nog onvoldoende gebruik wordt gemaakt. Ze kunnen voor medische doeleinden gratis worden geconsulteerd. Daarbij vormt vooral de luidsprekende telefoon een uiterst nuttig hulpmiddel.

H. Mäkel, arts
regionaal geneeskundig inspecteur
voor Overijssel en Flevoland

TOLKENCENTRA

Alle instellingen en personen wier directe taak de genezing van patiënten is, kunnen op kosten van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur van de diensten van de tolkencentra gebruik maken.

Tolkencentrum Amsterdam
Prinsengracht 735-I
1017 JX Amsterdam
tel. 020-267646
Marion Huizinga, 11.00 uur-12.00 uur, 14.00 uur-15.30 uur

Tolkencentrum Gelderland
Zijpendaalseweg 51
6814 CD Arnhem
tel. 085-437141/452136
Mieke Moesker, Mw. Van 't Slot

Tolkencentrum Zuid-Nederland
Nieuwe Emmasingel 19
5611 AM Eindhoven
tel. 040-433554

Tolkencentrum Zuid-Holland
Scheepmakershaven 29e
3011 VA Rotterdam
tel. 010-4330066
Ria van Alphen

Tolkencentrum Noord- en Oost-Nederland
Steenbakkersweg 25
7553 EH Hengelo
tel. 074-916311

Tolkencentrum Utrecht
Servaasbolwerk 15
3512 NK Utrecht
tel. 030-331199

16 december – Katholieke Universiteit Nijmegen: 'Posttraumatische dystrofie', PAOG-cursus. Inlichtingen: Mw. B. Hachmang-Rissenbeek, bureau PAOG, Johannes Wiellaan 1, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

16 december – Erasmus Universiteit Rotterdam: 'Autisme in de zwakzinnigheidszorg', nascholingscursus. Inlichtingen: bureau PAOG, Erasmus Universiteit, Postbus 1730, 3000 DR Rotterdam, tel. 010-4087879.

16 december – Restaurant De Biltse Hoek te De Bilt: 'Workshop impotentie diagnostiek', thema wetenschappelijke jaarvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Impotentie Onderzoek. Inlichtingen: Dr. M. W. Hengeveld, afd. Psychiatrie, B1-P, Academisch Ziekenhuis, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.

19-22 december – Universiteit van Amsterdam: 'International Congress on Mental Health Care for Women'. Inlichtingen: QLT Convention Services/Congrex, Keizersgracht 792, 1017 EC Amsterdam, tel. 020-261372.

13 januari – De Reehorst te Ede: 'Nemen van verantwoordelijkheid, symposium. Inlichtingen: Regien van Adrichem, landelijk bureau van de Rutgers Stichting, Groot Hertoginnelaan 201, 2517 ES Den Haag, tel. 070-631750.

14 januari – Zendingshuis te Oegstgeest: voorlichtingsdag voor medici en paramedici die in kerkelijk verband in de derde wereld willen gaan werken. Inlichtingen: Medisch Coördinatie Secretariaat, Postbus 12, 2340 AA Oegstgeest, tel. 071-177900.

16 januari – Amsterdam: 'Nieuwe antimicrobiële middelen: wat moeten we ermee?', nascholingsavond. Inlichtingen: Administratie NIGA, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam, tel. 020-5484810.

16 en 17 januari – Amsterdam: P(rolog), cursus. Inlichtingen: PAO-Informatica. Van Diemenstraat 136, 1013 CN Amsterdam, tel. 020-233094.

18-20, 26 en 27 januari – Delft: 'ADA', cursus. Inlichtingen: PAO-Informatica, Van Diemenstraat 136, 1013 CN Amsterdam, tel. 020-233094.

19 en 20 januari – Rijksuniversiteit Leiden: 'Het hart in ontwikkeling: myocardpathologie en prenatale diagnostiek', Boerhaavecursus. Inlichtingen: Mw. P. T. C. Metz, bureau van de Boerhaave Commissie voor PAOG, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-275290.

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.

MACROBIOTIEK IN EEN ANDER DAGLICHT

Vanuit de moderne geneeskunst wordt veelal laetdunkend bericht over de macrobiotische benadering van ziekte en gezondheid. In het navolgende wordt getracht enkele hardnekkige misverstanden en vooroordelen over macrobiotiek voor zover het de dieetleer betreft weg te nemen teneinde een brug te slaan tussen de 'officiële' voedingsleer en de macrobiotische visie op voeding.

Macrobotiek. De term 'macrobiotiek' werd zo'n dertig jaar geleden opnieuw geïntroduceerd door de Japanner George Ohsawa. Hij koos deze term, na een bezoek aan Europa, voor zijn filosofie die tot dan toe in Japan bekend stond onder de naam 'Shoku-Yo', hetgeen 'genezing door voeding' betekent. Hippocrates gebruikte de term 'macrobios' in de 5e eeuw voor Christus om een groep gezonde en lang levende mensen te beschrijven; van hem komt ook de uitdrukking: 'Laat voedsel uw medicijn zijn'.

Dieet nr. 7. Het boek 'macrobiotische Zen' (1959) lijkt de bron te zijn voor alle opposanten van macrobiotiek. In dit werk wordt een dieet van 100% volle granen de remedie tegen alle kwalen genoemd (het zogenoemde dieet nummer 7). Behalve het feit, dat dit dieetvoorschrift slechts één van de vele adviezen was die Ohsawa aan zieke mensen gaf, heeft de macrobiotiek sindsdien een enorme ontwikkeling doorgemaakt onder invloed van leraren als Michio Kushi en, in Nederland, Adelbert Nelissen. Dieet nr. 7 wordt nu beslist niet meer aan zieke mensen geadviseerd: zelfs gezonde mensen worden gewaarschuwd het dieet slechts als vastenkuur voor enkele dagen te volgen.

Hier en nu. Een van de grondbeginselen van de macrobiotische filosofie is de integratie van mens en omgeving: de mens kan pas optimaal functioneren indien deze zich richt naar het milieu waarin hij of zij leeft. Zo zal in Nederland macrobiotisch leven en eten iets anders betekenen dan in Japan. Langzaam maar zeker ontdoet de macrobiotiek zich van het imago van een Japans monnikendieet. Het zogenoemde macrobiotische standaarddieet voor een vierseizoenenklimaat biedt een ruime scala van voedingsmiddelen, die aan ieders persoonlijke behoeften wordt aangepast.

Visie op voeding. In 1986 is het advies 'Richtlijnen goede voeding' door de Voedingsraad gepubliceerd. Het is opvallend hoezeer deze richtlijnen de macrobiotische dieetadviezen benaderen! De Voedingsraad pleit voor:

– verhoging van de inname van complexe koolhydraten en voedselvezel (het macrobiotisch advies luidt: eet volle granen);

BRIEVEN

- voldoende vitamine A en C (macrobiotiek: eet veel verse groenten);
- beperking van cholesterol en verzadigd vet (macrobiotiek: bij voorkeur niet vette vis in plaats van vlees, beperk zuivel);
- verhoging van het aandeel van meervoudig onverzadigd vet (macrobiotiek: eet volle granen, bonen, witte vis, koudgeperste plantaardige olie, geen boter of margarine);
- beperking van eenvoudige suikers (macrobiotiek: gebruik geen geraffineerde suiker, niet te veel fruit);
- matig gebruik van keukenzout (macrobiotiek: gebruik met mate ongeraffineerd zout);
- beperking van de alcoholconsumptie (macrobiotiek: idem); en
- voorkom overgewicht (macrobiotiek: eet regelmatig, maar niet te veel).

Macrobotiek en moderne voedingsleer. Het wantrouwen tussen de 'westerse' geneeskunst en de macrobiotische beweging is groot en wederzijds, zeker in Nederland. Toch moet het mogelijk zijn elkaar te vinden, immers beide sluiten elkaar niet uit, maar vullen elkaar aan. De verworvenheden van de moderne geneeswijzen zijn van grote waarde; op het terrein van onder andere analyse en chirurgie zijn geweldige, toepasbare ontdekkingen gedaan. Daar echter waar zij op tot nog toe onoplosbare en onbegrepen verschijnselen stuiten, zou een onbevangen houding ten aanzien van 'alternatieve' theorieën en therapieën – waaronder macrobiotiek – gepast zijn. Wijsheden van oosterse én westerse culturen zouden, ook al zijn ze (nog) niet wetenschappelijk te toetsen, serieus moeten worden genomen, omdat ze uit een eeuwenlange ervaringskennis stammen. De macrobiotische gemeenschap zou van haar kant niet moeten vasthouden aan dogma's en moeten toegeven dat de 20e-eeuwse geneeskunst iets te bieden heeft dat de moeite waard is.

Amsterdam, november 1988

W. R. A. Kolpa, student macrobiotiek

BORSTKANKER EN MARKETING

In toenemende mate maken wetenschappers zich zorgen over het feit dat veel mensen zich (nog) geen zorgen maken. Dat blijkt ook uit het artikel van Heltzel c.s. in MC nr. 42/1988 blz.

1277: 'Bevolkingsonderzoek naar borstkanker; kunnen we het niet als zeep verkopen?' Zoals bekend is deze screening in ons land van start gegaan, hetgeen tal van mensen (radio-diagnosten, regionale screeningsmanagers, epidemiologen, etc.) een door hen (hopelijk) als zinvol gepercipieerde arbeidsrol biedt. Problematisch is echter de deelname van vrouwen: met name bij vervolgrondes laten zij het massaal afweten. 'Hoe kunnen mensen zoiets belangrijks nu laten lopen?', vragen screeners zich af. Omdat ieder procent opkomststijging extra geredde vrouwenlevens betekent, is er dus werk aan de winkel voor voorlichters en nu ook: marketingdeskundigen. Bovendien: een lage opkomst bedreigt de nieuw gecreëerde functies (financierders eisen een hoge participatie).

Al vele jaren verstrek ik groepen studenten (geneeskunde/sociale wetenschappen) klappers met artikelen over de diverse voor- en nadelen van screening op borstkanker. Men reageert veelal onthutst: zitten er zoveel haken en ogen aan deze screening, levert het echt niet meer op, komen 'vals alarm' en 'valse zekerheid' zo vaak voor, zijn er nog zoveel onzekerheden? Dat de screening ook tegenstanders kent, wist men niet; na kennisneming van de literatuur behoren velen zelf tot deze groep.

Er is dus sprake van een doelstellingenparadox: het verstrekken van 'adequate' informatie (hetgeen een boekwerk vereist en in feite onmogelijk is) zal de participatie ongunstig beïnvloeden. Dat maakt het opstellen van een informatiefolder niet eenvoudig (want een eenvoudige oproepkaart vinden we thans niet meer verantwoord). Welke aspecten moeten worden opgenomen en welke niet? Bijvoorbeeld: dient te worden aangegeven dat de 'opbrengst' van de screening in kwantitatieve zin nog tamelijk onduidelijk is; moeten er oppervlakkige, absolute of relatieve gegevens worden verstrekt over fout-positieve uitslagen; (hoe) moet worden aangegeven dat 'tussendoor-kanker' veel voorkomt en dat een vrouw bij vermeende afwijkingen dus niet mag denken: 'Kortgeleden was alles goed', of: 'Over enkele weken word ik onderzocht'. En wat te denken van de volgende (uit de screeningsliteratuur afkomstige) problemen: 'De operatiesterfte bij mastectomie is 3,5 per 1.000, waardoor sommige vrouwen eerder zullen overlijden', 'Patholoog-anatomen kunnen verschillende diagnoses stellen, hetgeen kan betekenen dat een patiënte in het ene ziekenhuis niet zou worden behandeld en in een ander bijvoorbeeld een amputatie zou ondergaan'. En: is het 'verstandig' de bij veel vrouwen bestaande angst voor stralingsbelasting weg te nemen door een formulering als: 'Bij de

in het verleden gebruikte verouderde apparaat was stralingbelasting nog enigszins een probleem, maar thans is deze belasting zo gering dat het risico te verwaarlozen is' (het noemen van een cijfer is zeker 'riskant', want ook een kans van één op een miljoen wordt door veel mensen binair geïnterpreteerd: 'Je zult die ene maar zijn!').

'Social marketing' zal stellig kunnen bijdragen aan het tot stand brengen van een hoog opkomstpercentage. Allerlei typen 'boodschappen' kunnen worden uitgetest. Levert een positief-stimulerende benadering minder op dan een angstaanjagende folder (foto tonen van totale borstamputatie en borstbesparende operatie?), kan het 'social-support systeem' ook worden benut (mannelijke partners wijzen op belang van screening), wat is de participatiegraad bij een op het dorpsplein geplaatste mammoel, en wat is het effect van een door de plaatselijke huisarts onder de screeningsoproep geplaatste handtekening? Heltzel c.s. ondersteunen 'van harte' het op dit gebied nog in te stellen onderzoek.

Waar gaan wij ons in de toekomst mee bezighouden en ons arbeidspotentieel op richten? Onlangs bezocht ik een psychogeriatrisch verpleeghuis waar ongeveer driehonderd patiënten verblijven. Ik vroeg de directeur: 'Stel dat u vandaag een brief krijgt waarin staat dat u voortaan jaarlijks 10 miljoen extra aan personeelskosten mag uitgeven, wat zou u dan doen?' Het antwoord was: 'Ik zou advertenties plaatsen teneinde verzorgend en verplegend personeel te werven, want daar zitten we om te springen. Maar ik zou er maar weinig krijgen, want ze zijn er bijna niet.' Misschien dat dit schrijven mijn schaamtegevoel wat kan wegnemen.

Groningen, november 1988
Tj. Tijmstra, socioloog

Naschrift

Binnen afzienbare tijd zal het bevolkingsonderzoek naar borstkanker landelijk worden uitgevoerd. Het succes of falen hiervan wordt bepaald door de hoogte van het opkomstpercentage. Het is dan zaak de baten (extra geredde levens) maximaal te laten zijn.

Eindhoven, november 1988
mede namens J. H. A. Heltzel
en G. Robbertsen
J. F. A. Pruy

GELOOFWAARDIGHEID KNMG

Na een 45-jarig, actief lidmaatschap heb ik besloten voor de KNMG te bedanken. Een korte toelichting lijkt mij op zijn plaats. De grondslag van mijn werk als huisarts heb ik verwoord gevonden in de definitie van Jean Rolin: 'La rencontre de deux hommes libres, une confiance et une conscience'. Hij gaat dan verder: 'Un homme angoissé qui demande

secours, un autre qui lui apporte son dévouement toujours, sa sympathie souvent, son cœur quelquefois.' Naar mijn gevoel heb ik dit met de Hippocratische belofte bevestigd bij het ontvangen van mijn bul. Een ethisch uitgangspunt dus, een persoonlijke keus. Mijns inziens is op dit vertrouwen de uitzonderlijke positie van de arts in de gemeenschap gevestigd: zijn professionele status met het privilege tot het uitoefenen der geneeskunst. Dit schept bijzondere verplichtingen en als hoofdtaak van de KNMG heb ik steeds gezien het bewaken van de normen in artsengemeenschap. Terecht wordt in de uitspraken van afdelingsraden en tuchtcolleges de ondermijning van het vertrouwen in de medische stand zwaar aangerekend.

Naar mijn mening is de KNMG niet meer baas in eigen huis, heeft zij te veel van haar gezag verloren aan de steeds zelfstandiger opererende belangenverenigingen en is zij dientengevolge niet meer in staat vrij haar hoofd functie te vervullen. Zij is niet bij machte situaties zoals die zich nu weer voordoen bij het specialistenconflict te voorkomen. Integendeel, zij werkt eraan mee en stelt zich erachter. Hiermee ondermijnt naar mijn opvattingen de KNMG het vertrouwen in de medische stand en heeft zij voor mij haar geloofwaardigheid verloren.

Apeldoorn, november 1988
G. Peterse

Naschrift KNMG

Zie voorzitterscolumn MC nr. 47/1988, blz. 1444.

GENERAL PRACTITIONER WRITERS ASSOCIATION

A former and happy relationship with Medisch Contact as a weekly contributor during 1986 prompts me to write to you to draw the attention of your readers to the General Practitioner Writers Association.

This association really formed because of Medisch Contact, as a result of a former editor giving me the opportunity of writing a weekly column in your pages. Uncertain whether I could sustain that output, I met with a friend, over a pint of beer in an English pub, who also produced a weekly article for a British journal. Our meeting was so enjoyable and useful that we decided that we should found an association for general practitioners who enjoyed writing. I recorded this in Medisch Contact of 4th July 1986.

Now our association has grown up. It has nearly 300 members in ten different countries, publishes its own journal, The GP Writer, and has £ 2.000 in literary prizes to award annually. We hold two workshop meetings a year, which aim at improving standards of all forms of literary endeavour including scientific pa-

pers, fiction, drama and poetry, so providing a different form of continuing medical education. A register of all members, including details of their writing experience and interests, is sent free to all medical journals in Britain and from which many authors have received commissions for both medical and non-medical writing. Our first book, an anthology of tales of the gastro-intestinal tract, entitled 'Alimentary, my dear Doctor', is due to appear shortly.

We are interested in recruiting members outside Britain and are offering a polishing service at small cost to members from other countries who may have difficulty in writing English acceptable to editors of British journals. Members from Scandinavia and the Netherlands have already used this service.

Anyone requiring further information about membership, which only costs £ 15 a year, should write to Mrs G. L. Byrne, Membership Secretary, The General Practitioners Writers Association, 102A High Street, Henley-in-Arden, West Midlands B95 5BY, England.

Hampton Lucy (England), november 1988
Robin Hull, chairman
General Practitioner Writers Association

PRODUKTINFORMATIE EN PRAKTIJKTELEFOON

Niet doen!

Gaat de farmaceutische industrie een nieuwe methode ontwikkelen om zijn producten onder de aandacht te brengen?

Na een periode van ongevraagde enquêtes over geneesmiddelen via de praktijktelefoon, begint men nu, eveneens via de telefoon, eveneens ongevraagd, informatie te verstrekken over zijn producten. Deze informatie is niet anders dan die welke artsenbezoekers ons verstrekken. Ook voor deze ongevraagde informatie is onze praktijktelefoon niet bedoeld. Ik roep alle collega's op om deze werkwijze van de farmaceutische industrie te boycotten.

Goes, november 1988
M. J. Kooiman

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

Redactiebeleid?

In Medisch Contact van 21 oktober jl. (MC nr. 42/1988, blz. 1281) verscheen een uitstekend artikel van collega C. P. van der Smagt, getiteld 'Nog eens alternatieve geneeswijzen', en in Medisch Contact van 4 november jl. (MC nr. 44/1988, blz. 1337) publiceerde collega C. N. M. Renckens een ingezonden brief onder de titel 'Kwakzalverij'. Beide publikaties hadden een vergelijkbare strekking, die gericht was tegen alternatieve geneeswijzen, en ze

verschenen zonder redactioneel commentaar. In MC nr. 44/1988 vond ik echter ook een paginagrote advertentie van de Polikliniek Integrale Geneeskunde 'De Wijchert', waarin plaatsen voor een ruime variatie van alternatieve artsen werden aangeboden. Hoewel ik begrijp dat een dergelijke grote advertentie financieel aantrekkelijke kanten heeft, lijkt deze mij niet verenigbaar met de genoemde publicaties. Het zou nuttig zijn als de redactie haar standpunt en beleid in dezen zou toelichten.

Plasmolen, november 1988
Dr. P. W. L. van Baarle

Naschrift redactie

Voortdurend blijkt, dat er onder artsen ook met betrekking tot alternatieve geneeswijzen zowel voor- als tegenstanders zijn. Ook de voorstanders komen in MC aan bod, bijvoorbeeld in deze rubriek, mutatis mutandis via advertenties. Plaatsing van brieven of advertenties betekent evenwel niet dat de redactie de daarin weergegeven zienswijzen onderschrijft.

TERMINALE ZORG

Euthanasie op klinisch-geriatrische afdeling

Zeer geschokt ben ik na het lezen van het artikel van Dr. C. van Proosdij: 'Euthanasie op een klinisch-geriatrische afdeling' (MC nr. 44/1988, blz. 1355). Niet zozeer omdat hij een andere mening over euthanasie heeft dan ik (oud-verpleeghuisarts), maar omdat de redactie van Medisch Contact, het officiële orgaan van de KNMG, de verantwoordelijkheid heeft genomen voor de inhoud van voornoemd artikel, en wel met name voor de drie oproepen tot wetsovertreding en tot overtreding van de geldende medisch-ethische normen; te weten:

– 'Het is beter die niet meer relevante (maar mijns inziens nog wel geldende, PL) wet strafeloos te overtreden.'

– 'Een praktiserend geneesheer behoeft niet 'super-inventief' te zijn om in het bezit van de benodigde farmaca te komen.' En:

– 'Als directe doodsoorzaak (na zeer actieve euthanasie, PL) zou ik liever het hoofdlijden noemen of een niet ongebruikelijke complicatie, zoals . . .'

De KNMG, vereniging van vele artsen, gesprekspartner en adviseur van de overheid, kan het toch niet eens zijn met deze drie adviezen? De redactie van Medisch Contact zal hiervoor ter verantwoording moeten worden geroepen door het hoofdbestuur. Ik verwacht dat dit openlijk, dus in Medisch Contact zal gebeuren, mede onder de drang, zo niet dwang, van de velen (naar ik hoop) die met mij geschokt zijn.

Rosmalen, november 1988
P. J. A. Lenglet

Naschrift

Het is heel goed invoelbaar dat collegae geschokt zijn door de openhartige wijze waarop collega Van Proosdij zijn mening over euthanasie heeft kenbaar gemaakt. Wil er over moeilijke kwesties echter een goede discussie kunnen worden gevoerd, dan moet er, binnen zekere normen, voor uiteenlopende opvattingen ruimte zijn.

Het is een misvatting te denken dat plaatsing van een artikel inhoudt dat de redactie, laat staan de KNMG, het met dat artikel eens is. Uit het hoofdredactionele commentaar 'Het doodsbrieftje bij euthanasie' (MC nr. 44/1988, blz. 35) blijkt zonneklaar dat ik er persoonlijk zeer aan hecht dat artsen alle gevallen van levenbeëindigend handelen aangeven. Overigens wordt de noodzaak hiervan, zeker als de arts niet met zekerheid kan zeggen dat de dood door zijn handelen eerder is ingetreden, door juristen van naam betwist.

Uit het artikel van Van Proosdij blijkt dat we met de huidige wetgeving niet meer uit de voeten kunnen; wetgeving en praktijk zijn te ver uit elkaar gegroeid. Iedereen die in noodgevallen verantwoord levensbeëindigend handelen mogelijk wil maken, zal erkennen dat er behoefte is aan goede wetgeving waarin de arts zich ter zake reëel en aanvaardbaar kan verantwoorden.

Dr. C. Spreeuwenberg,
hoofdredacteur Medisch Contact

ER WAS EENS

Hierbij reageer ik op het sprookje 'Er was eens . . .' van LAD-voorzitter J. C. F. Aghina in MC nr. 38/1988, blz. 1116.

In de voorlaatste zin van de eerste kolom staat: 'Al deze ontwikkelingen staven mij in de gedachte dat het voor behoud van kwaliteit van onze gezondheidszorg, van werkgelegenheid en inkomen, van aantrekkingskracht en status van het beroep arts, noodzakelijk is nu standvastig te blijven . . .' Met de beste wil zie ik niet, dat het behoud van kwaliteit in de gezondheidszorg uitsluitend kan worden gegarandeerd door betaling van (zeer) hoge honoraria. Zoals bekend mag worden verondersteld, hebben de middengroepen, waaronder ook technisch specialisten vallen, al jaren ingeleverd op hun besteedbare inkomen. Hebt u al eens gemerkt dat deze en andere mensen uit het middenkader opzettelijk de zaak hebben getraineed of wel dan niet opzettelijk slordigheidsfouten zijn gaan maken? Moeten wij dat dan wel verwachten van medisch specialisten?

Ook in kolom twee, tweede zin, wordt nog eens duidelijk gesteld dat het inkomen wordt geschaad, en in de volgende zin, dat het desastreus zal zijn voor de kwaliteit van de toekomstige gezondheidszorg in Nederland. Is het dan toch zo, dat de medisch specialisten een zodanige mentaliteit hebben dat alléén veel geld verdienen belangrijk is en de rest alleen

maar een middel om dat te bereiken? Dat kan ik mij toch moeilijk voorstellen.

Toch bekruipt mij wel enige twijfel, daar wel steeds wordt genoemd 'de kwaliteit van de gezondheidszorg', wat men daar dan ook precies mee bedoeld, doch dat ik zeer zelden in de artikelen in Medisch Contact het belang en de zorg voor patiënten vermeld zie, de artikelen van de heer Boot uitgezonderd. Ook de acties voor het draaien van zondagsdiensten op werkdagen getuigen niet direct van een overmatige bezorgdheid voor de belangen van de patiënten.

Evenmin kan ik mij herinneren dat de specialisten acties hebben ondernomen tegen de personeelsbezuinigingen, waardoor minder verpleegkundig personeel aan het bed beschikbaar werd gesteld, dus een hogere werkdruk, minder aandacht voor de patiënten en daardoor een grotere kans op het maken van fouten. Is hierdoor de kwaliteit van de gezondheidszorg niet geschaad?

Ook heb ik twijfels over de motieven van de medische wetenschap betreffende de opvatting dat er een onbeperkte toegang moet blijven voor medische zorg en behandeling. Is men echt zo bezorgd voor de gezondheid van de minst draagkrachtigen of speelt ook inkrimping van het marktaandeel een rol?

Over de zwaksten in de samenleving van de derdewereldlanden wordt nauwelijks gesproken. Kunnen wij het moreel verantwoorden hier in Nederland miljoenen gulden te besteden aan onder andere niets met gezondheid te maken hebbende in vitro fertilisatie, kortdurende levensverlengende behandelingen zoals chemotherapie, levenslange behandeling van hoge bloeddruk en/of cholesterol en jarenlange voortzetting van het kunstmatig in leven houden van comapatiënten, terwijl in de derdewereldlanden miljoenen mensen sterven bij het ontbreken van enige vorm van medische hulp en zelfs voedsel?

Het lijkt mij niet gemakkelijk te realiseren te zijn, doch het zou zeer interessant zijn te berekenen hoeveel mensen in Nederland één of meer jaar korter zouden leven als er één miljard gulden minder aan gezondheidszorg zou worden besteed en tevens hoeveel mensen in de derdewereldlanden met ditzelfde miljard meer dan 4 jaar langer zouden blijven leven. Zou het ons niet frustreren, als we dat wisten? Nederland kan natuurlijk niet de hele wereld helpen, maar toch wel meer mensbewust worden.

Tot zover de mening van een leek, die 17½ jaar administratief heeft gewerkt in de gezondheidszorg en juist met ontslag is gegaan, gebruik makend van de VUT-regeling.

Oisterwijk, november 1988
W. H. A. van den Braak

Naschrift

De brief van de heer Van den Braak vraagt op enkele punten om een reactie mijnerzijds. Ten eerste zijn opmerking over de relatie kwaliteit en inkomen in de gezondheidszorg. Die

relatie kan inderdaad niet worden ontkend. Ik ben alleen bang dat een dergelijke relatie niet uniek is voor de gezondheidszorg. Zij bestaat op praktisch elk niveau en in bijna alle sectoren van onze westerse samenleving. De aantrekkingskracht van een beroep wordt in sterke mate bepaald door aanzien en status van het beroep, maar ook door de honorering. Een goed voorbeeld van een situatie waar de relatie kwaliteit-inkomen tot een dalende kwaliteit heeft geleid is het onderwijs. Een baan in het onderwijs geldt momenteel algemeen als slecht betaald. Het aanzien van het vak leraar is gedaald, er is een groot tekort aan kwalitatief goede leerkrachten en de kwaliteit van het onderwijs in Nederland dreigt derhalve onder druk te komen staan. De werknemersorganisaties voor het onderwijzend personeel hebben voor deze ontwikkeling recent krachtig gewaarschuwd.

Een dergelijke situatie willen we binnen de gezondheidszorg graag voorkomen. Een van de manieren om dat te doen is om de aantrekkingskracht van het beroep medicus op het huidige hoge peil te handhaven. Inkomen is daarbij een belangrijke factor, echter niet de belangrijkste. Ik heb dan ook niet gezegd dat het behoud van kwaliteit in de gezondheidszorg *uitsluitend* kan worden gegarandeerd door 'betaling van (zeer) hoge honoraria'. Wat daarbij als hoog of zeer hoog moet worden beschouwd, is een vraag die allereerst een maatschappelijke beoordeling vergt. Welnu, die beoordeling is gemaakt. Onafhankelijke experts hebben de functie van medisch specialisten gewaardeerd en op een bepaald niveau in onze maatschappij geplaatst. Door twee adviescommissies is daar vervolgens de honorering van een hoge functionaris in overheidsdienst aan gekoppeld. En de regering handelt vervolgens daarmee volstrekt in strijd door een lager inkomen vast te stellen. Dat op zich acht ik voldoende reden om in actie te komen. Afgezien hiervan geldt voor veel leden van de LAD, met name voor het medisch-wetenschappelijk personeel, de arts-assistenten en medisch specialisten werkzaam in de academische ziekenhuizen, dat niet alleen inkomen maar ook de (financiële) middelen die ter beschikking worden gesteld om de (academische) gezondheidszorg op het kwalitatief juiste niveau te handhaven, bij de aantrekkingskracht van het vak een belangrijke rol vervullen. En ook daarop dreigt door de verlaging van het norminkomen en van de praktijkkostenvergoeding een aanslag te worden gepleegd. De als gevolg van deze bezuinigingen optredende tariefverlagingen zullen de inkomstenstroom van zelf-declarerende instellingen als academische ziekenhuizen en grote dienstverbandziekenhuizen ernstig aantasten, met alle kwalijke gevolgen voor onderzoek, noodzakelijke aanschaf van apparatuur, formatieplaatsen (werkgelegenheid), etc. van dien. Bovendien kan onzekerheid over het inkomen bij een specialist zodanige vormen gaan aannemen dat het zijn primaire zorg gaat worden, hetgeen de kwaliteit van het werk vanzelfsprekend ook niet bevordert. Dat rechtvaardigt een actie als door de LAD gevoerd mijns

inziens in ruime mate, evenals overigens het feit dat veel specialisten in dienstverband, ook zij die in dienst zijn van academische ziekenhuizen, het (verlaagde) inkomensgedeelte van het norminkomen bij lange na niet halen.

Met betrekking tot de opmerking van de heer Van den Braak betreffende het inleveren op besteedbaar inkomen, wil ik graag wijzen op het feit dat de inkomens van artsen (specialisten) in dienstverband sinds 1982, als gevolg van lagere loonlijnen, reeds aanzienlijk zijn verlaagd. Daarnaast zijn artsen in loondienst trendvolger of in overheidsdienst en is hun inkomen derhalve in de loop van de afgelopen jaren in gelijke mate achtergebleven bij de particuliere sector als de inkomens van welke andere medewerkers in beide genoemde sectoren ook.

Wat de ook in de brief van de heer Van den Braak genoemde personeelsbezuinigingen, met name op de verpleegkundige staf, betreft wil ik hem graag wijzen op het volgende: De LAD maakt deel uit van de FHZ, de Federatie van verenigingen van hogere functionarissen in de gezondheids- en bejaardenzorg, en neemt derhalve als werknemersorganisatie deel aan de CAO-besprekingen in bijvoorbeeld de CAO-ziekenhuiswezen. In het verleden werd samen met de andere werknemersorganisaties die in dit overleg zijn vertegenwoordigd, in de gezondheidszorg diverse malen actie gevoerd, onder andere tegen de 3%-korting, tegen bezuinigingen in de gezondheidszorg, met name op personeelsgebied, en tegen het uitblijven van een CAO. Het verwijt dat de artsen niet solidair zouden zijn, gaat derhalve met betrekking tot de LAD mijns inziens niet op.

Tot slot een laatste opmerking met betrekking tot de kwestie van de onbeperkte toegang tot de gezondheidszorg. Een discussie over de 'grenzen van de zorg' is al enige tijd gaande. Het gevaar is inderdaad levensgroot aanwezig dat in de toekomst niet meer de arts bepaalt of behandeling van de patiënt, in aanmerking genomen factoren als levenskansen, kwaliteit van het leven en leeftijd van de patiënt, zinvol is of niet, maar dat deze beslissing door de financier wordt genomen, gebaseerd op een puur zakelijke kosten/batenanalyse. Ik acht dat een uitermate gevaarlijke ontwikkeling, die met name bedreigend is voor de ouderen in onze samenleving. Daarom heb ik gedurende het afgelopen jaar ook diverse malen aangedrongen op invoering van een professioneel statuut voor artsen, waarin de professionele verantwoordelijkheid van de medicus, diens rechten en plichten, alsmede de rechten en plichten van de instelling, op niet mis te verstane wijze zijn vastgelegd.

Graag wil ik tot slot mijn waardering uitspreken voor de uitvoerige wijze waarop de heer Van den Braak zijn kritische kanttekeningen vorm heeft gegeven.

Utrecht, november 1988
J. C. F. M. Aghina, voorzitter LAD

ACTIE-ALTERNATIEF?

Gratis medisch-specialistische hulp

In Medisch Contact van 4 november jl (MC nr. 44/1988, blz. 1337) verscheen een ingezonden brief van Dr. H. A. M. Neumann te Helmond, waarin hij – als alternatief van het door de rechter verboden actie voeren door medisch specialisten met het uitsluitend doen van zondagsdiensten – voorstelt op regelmatige tijden gratis medisch-specialistische hulp aan te bieden.

Afgezien van de twijfel die men kan hebben over het patiëntvriendelijke van deze actie, is het overduidelijk dat de gratis aangeboden medisch-specialistische hulp helemaal niet gratis blijkt te zijn, aangezien 'de ziektekostenverzekeraars wel degelijk de gevolgen voelen'. Met andere woorden: de specialist dient, ondanks het gratis aanbod van zijn diensten, niettemin een declaratie in bij de ziektekostenverzekeraars. Afgezien van de technische problemen de gemaakte kosten te verhalen, zullen de ziektekostenverzekeraars zich op het gratis aanbieden van de verleende hulp kunnen beroepen. De door de briefschrijver voorgestelde alternatieve actie is naast misleidend tevens onuitvoerbaar.

Rotterdam, november 1988
A. Hofmans

Olma-fractiewaarde

De Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (Olma) sluit verzekeringen in de vorm van fractieverzekeringen en in de vorm van guldensverzekeringen. Voor deze fractieverzekeringen wordt eens per kwartaal – berekend volgens de artikelen 24 en 25 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo laatstverstreken kalenderkwartaal – een fractiewaarde berekend. Voor het 4e kwartaal 1988 bedraagt deze fractiewaarde f 2,14.

Bedrijfstijdverlenging als efficiency-instrument

Capaciteitsuitbreiding in de gezondheidszorg

Om aan de stijgende vraag naar onderzoek- en behandelcapaciteit in een aantal sectoren van de intramurale gezondheidszorg te voldoen is capaciteitsuitbreiding noodzakelijk. Deze uitbreiding kan worden gerealiseerd door de aanschaf van nieuwe, kapitaalintensieve apparatuur, maar om in een stijgende behoefte te voorzien is het ook mogelijk de bedrijfstijd te verlengen volgens Boelen¹. In een artikel dat destijds veel reacties heeft opgeroepen stelt hij dat op deze manier een verbetering van de doelmatigheid en een daling van de kosten per patiënt met behoud van kwaliteit van zorg zouden kunnen worden gerealiseerd.

Ten einde de tweede mogelijkheid van capaciteitsvergroting te bestuderen is in een (niet nader te noemen) instelling in de intramurale gezondheidszorg een onderzoek verricht naar mogelijke vormen van bedrijfstijdverlenging en de consequenties daarvan. In dit artikel worden de belangrijkste aandachtspunten en resultaten van dit onderzoek weergegeven².

De opbouw is daarbij als volgt: allereerst zullen de geselecteerde vormen van bedrijfstijdverlenging in het kort worden beschreven, waarna achtereenvolgens de organisatorische aspecten, de gevolgen voor het personeel, de financieel-economische consequenties en de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg worden behandeld. Aan de hand hiervan zullen de conclusies ten aanzien van bedrijfstijdverlenging als vorm van capaciteitsuitbreiding worden getrokken.

Vermeld moet worden dat in deze studie is gekozen voor een benadering vanuit de aanbodzijde, dus met de toekomstige behandelcapaciteit als uitgangspunt. Vanwege de statische onzekerheden en het beoogde algemene karakter is bewust afgezien van een benadering waarbij het verwachte aantal patiënten (= werkelijke vraag) als uitgangspunt dient. Aangezien tijdens het onderzoek slechts één instelling is bestudeerd, zijn de conclusies niet zonder meer generaliseerbaar.

HUIDIGE BEDRIJFSVOERING

In de huidige situatie is de instelling van 8.00 uur tot 17.00 uur van maandag tot en met vrijdag geopend. Wanneer de vraag

Drs. J. G. J. M. Benders en
Drs. A. J. Daems

Om aan de stijgende vraag naar onderzoek- en behandelcapaciteit in de intramurale gezondheidszorg te voldoen, is capaciteitsuitbreiding noodzakelijk. Na enige vormen van capaciteitsvergroting met elkaar te hebben vergeleken, komen J. G. J. M. Benders en A. J. Daems, beiden verbonden aan de Katholieke Universiteit Brabant, respectievelijk aan het Instituut voor Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek en aan de vakgroep Bedrijfseconomie, tot de conclusie dat bedrijfstijdverlenging de meest aangewezen vorm is.

naar behandelingen dit vereist (ter indicatie kan worden opgemerkt dat deze vraag in 1987 ongeveer gelijk was aan 27.000) worden de werkzaamheden door deeltijdkrachten in de avonduren uitgevoerd. Deze deeltijders werken met zogenoemde min-maxcontracten, een contractvorm waarbij de werknemer een minimum aantal uren per periode krijgt uitbetaald en zich beschikbaar houdt om gedurende een aantal uren per periode te werken indien dat nodig mocht zijn. Hierdoor heeft de instelling tot nu toe wachtlijsten kunnen voorkomen.

VORMEN

Aan de hand van een literatuurstudie zijn drie bedrijfs- en arbeidstijdpatronen onderzocht waarin bedrijfstijdverlenging gestalte kan krijgen³:

1. *Hallermodeel*. Dit is een vorm van een modulensysteem waarbij de werkweek kan worden verdeeld in negen à twaalf blokken van 4½ uur. Een volledige werkdag bestaat uit twee blokken, terwijl de mogelijkheid om maar één blok per dag te bezetten open blijft. In dit systeem kan ook de zaterdag in het rooster worden opgenomen. De werknemer stelt zijn arbeidstijd samen uit een aantal door hem te kiezen blokken binnen de randvoorwaarde dat alle blokken continu bezet

moeten zijn. Deeltijdarbeid is vrij gemakkelijk in dit systeem te incorporeren.

2. *gecomprimeerde werkweek*. Bij dit systeem is het instituut 5 à 6 dagen per week geopend en werkt het personeel 4 dagen van 9 à 9½ uur per dag. Er bestaat een essentieel verschil tussen het Hallermodeel en de gecompri-meerde werkweek. Dit verschil is gelegen in het feit dat de individuele werknemer in het Hallermodeel de zeggenschap over de chronologische en chronometrische dimensie van de arbeidstijd heeft⁴; bij de gecompri-meerde werkweek ligt deze zeggenschap bij de werkgever. Omwille van een duidelijk onderscheid tussen beide modellen is in deze studie uitgegaan van beide uitersten (wel inspraak versus geen inspraak), ofschoon dit een gestileerde weergave is. Dit onderscheid is overigens niet ongebruikelijk⁵.

3. *tweeploegendienst*. Twee aaneensluitende ploegen werken gedurende 5 of 6 dagen per week, waarbij afhankelijk van de variant een werkweek van 30 tot 38 uur voor de individuele werknemer mogelijk is. In dit onderzoek zijn de diensten vast verondersteld, wat inhoudt dat de ochtend- en middagploeg vast van samenstelling zijn en dat beide ploegen vaste werktijden hebben. Hiervoor is gekozen omdat na bestudering van de literatuur al op voorhand duidelijk was, dat wisselende diensten en nachtarbeid sterk negatieve gevolgen kunnen hebben voor de werknemers.

Zoals al aangegeven in de inleiding is het uitbreiden van de behandelcapaciteit met een handhaving van het huidige bedrijfstijdpatroon een alternatief voor bedrijfstijdverlenging. In dat geval is het nodig het aantal behandeleenheden uit te breiden. Een dergelijke uitbreiding brengt uiteraard aanzienlijke investeringen met zich mee. De gevolgen van dit alternatief zullen later worden besproken. In elke situatie kan aanvullende deeltijdarbeid voor de vereiste flexibiliteit zorgen.

Al deze vormen zijn juridisch mogelijk binnen de Arbeidswet 1919, hoewel een vergunning of ontheffing van de Arbeidsinspectie moet worden verkregen in geval van de volgende situaties:

a. arbeid op zaterdag na 13.00 uur en/of langer durend dan 5½ uur; b. na 18.00 uur

te verrichten aanvullende arbeid; c. werkdagen langer durend dan 8½ uur; d. tweeploegendienst.

De Collectieve Arbeidsovereenkomst voor het Ziekenhuiswezen blijkt een aantal beperkende voorwaarden op te leveren. De belangrijkste voorwaarde in deze CAO is dat een vorm van tweeploegendienst waarin meer dan tien dagen per twee weken wordt gewerkt niet is toegestaan. Daarnaast zal voor bepaalde uren onregelmatigheidstoeslag nodig zijn. Overigens is het niet uitgesloten dat een herdefiniëring van het begrip 'onregelmatig werk' plaatsvindt, wanneer de nieuwe regelingen in de Arbeidswet van kracht zullen worden.

GEVOLGEN

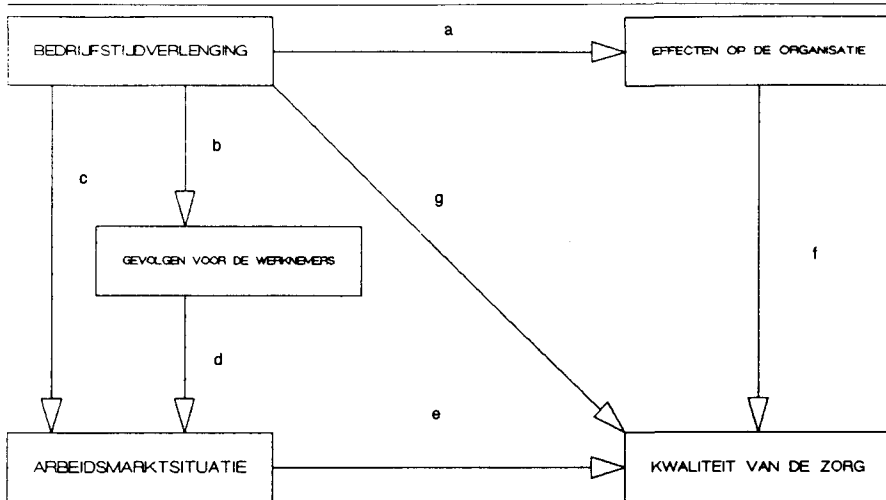
In deze paragraaf zullen de door ons onderzochte aspecten van capaciteitsuitbreiding worden weergegeven. Achtereenvolgens zullen de organisatorische, de financiële en de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg worden nagegaan. De relaties tussen de onderzochte aspecten van bedrijfstijdverlenging zijn grafisch weergegeven in *figuur 1*.

Organisatorische consequenties

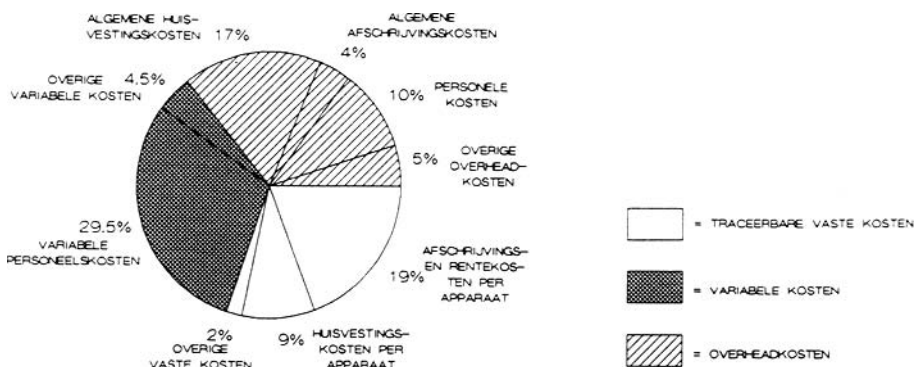
Een analyse van het effect van bedrijfstijdverlenging op de organisatie (*figuur 1*, pijl a) levert de volgende conclusies op:

1. Alle varianten hebben consequenties voor de ondersteunende afdelingen, waarvan de werkzaamheden patiëntafhankelijk zijn. Een aantal organisatieonderdelen kan deze extra werkzaamheden binnen de huidige bedrijfstijd opvangen. Voor een aantal ondersteunende afdelin-

Figuur 1. Schematische weergave van de relaties tussen de onderzochte aspecten van bedrijfstijdverlenging.



Figuur 2. De opbouw van de kostprijs per behandeling.



N.B.: Met traceerbare kosten worden in dit geval de kosten bedoeld die voor de instelling vast zijn. Een stijging van het aantal behandelingen zal tot gevolg hebben dat deze kosten in totaliteit gelijk blijven maar per behandeling zullen dalen.

gen (technische dienst, receptie en ci-viele dienst) is echter ook bedrijfstijdverlenging noodzakelijk. Zo zal bijvoor-

beeld het noodzakelijk aantal uren preventief onderhoud toenemen, terwijl het rooster daarvoor minder mogelijkheden biedt.

2. Door de verregaande keuzevrijheid van de werknemers met betrekking tot de arbeidstijden zal de personeelsplanning in het Hallermodel aanzienlijk gecompliceerder worden. Ook in de gecompri-meerde werkweek zal deze planning een complexer karakter krijgen, zij het in geringere mate.

3. De tweeploegendienst vereist een aanpassing van de hiërarchische structuur van de hoofdafdeling. De organisatorische problemen met betrekking tot de coördinatie en de communicatie met de rest van de organisatie zijn hier groter dan bij de andere bedrijfstijdpatronen, maar niet onoverkomelijk.

4. Zowel bij het Hallermodel als bij de gecompri-meerde werkweek kunnen pieken met behulp van deeltijdarbeid goed worden opgevangen. In geval van de

Tabel 1. De waardering van de werknemers voor de onderscheiden patronen.

model	Haller-model	gecom-pri-meerde werk-week	twee-ploegen-dienst	aanvul-lende arbeid
aspect				
- arbeidsvoorwaarden	++	+	+/-	+
- arbeidsomstandigheden	0	0	0	0
- arbeidsverhoudingen	0	0	0	-
- inhoud van het werk	0	0	0	-
kwaliteit van de arbeid	+	+	-	+/-
kwaliteit van vrije tijd	++	+/-	--	+
houding	++	+/-	--	+/-

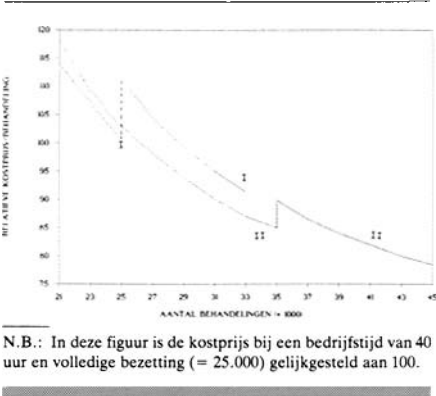
++ = sterk positieve waardering door de werknemer
 + = positieve waardering door de werknemer
 0 = geen effect
 - = negatieve waardering door de werknemer
 -- = sterk negatieve waardering door de werknemer

tweeploegendienst is deze flexibiliteit door de langere werkdagen veel geringer. Bovendien wordt de instelling in geval van de tweeploegendienst in het begin ook nog geconfronteerd met een onvermijdbare overcapaciteit. Immers, zowel in het Hallermodel als de gecomprieeerde werkweek is het mogelijk het aantal blokken c.q. dagen geleidelijk aan te passen.

Gevolgen voor het personeel

De verschillende arbeidstijdpatronen, die bij bedrijfstijdverlenging mogelijk zijn, brengen voor de werknemers gevolgen van verschillende aard (figuur 1, pijl b) met zich mee; deze zijn van belang voor de acceptatie. In tabel 1 zijn de effecten samengevat die de verschillende arbeidstijdpatronen voor de werknemers kunnen hebben. Nadrukkelijk dient te worden vermeld dat deze waardering subjectief van aard is. De eerste vier factoren bepalen gezamenlijk de kwaliteit van de arbeid. De kwaliteit van de vrije tijd zal hoofdzakelijk worden bepaald door de sociale gevolgen van een arbeidstijdpatroon. De kwaliteit van de arbeid en de kwaliteit van de vrije tijd bepalen samen de houding die de werknemers ten aanzien van een bepaald arbeidstijdpatroon zullen aannemen⁶. Tabel 1 vereist enige toelichting: De sterk positieve waardering voor het Hallermodel is een gevolg van het feit dat de werknemer een vrij grote invloed kan hebben op de momenten dat hij/zij werkt. Idealiter kan de individuele werknemer zijn arbeidstijdpakket periodiek, bijvoorbeeld per week of per maand, uit een aantal van deze roostereenheden samenstellen.

Figuur 3. De kostprijs per behandeling bij een variatie in het aantal behandelingen.



N.B.: In deze figuur is de kostprijs bij een bedrijfstijd van 40 uur en volledige bezetting (= 25.000) gelijkgesteld aan 100.

De gecomprieeerde werkweek wordt minder positief gewaardeerd dan het Hallermodel als gevolg van het ontbreken van deze zeggenschap. Hoe de werknemers dit systeem zullen waarderen is niet op voorhand duidelijk. Hoewel in een recent onderzoek wordt geconcludeerd dat de werknemers na invoering van de gecomprieeerde werkweek zeer tevreden zijn⁶, lijkt deze conclusie niet zonder meer generaliseerbaar. Het voordeel van het hogere salaris in de tweeploegendienst zal vanwege het geringe toeslagpercentage niet opwegen tegen de nadelige effecten van de ongunstige arbeidstijden en de effecten daarvan op de kwaliteit van zowel de arbeid als de vrije tijd. Aanvullende (deeltijd)arbeid is positief gewaardeerd als gevolg van het hogere salaris door de onregelmatigheidstoeslag en de effecten op de kwaliteit van de vrije tijd. De mogelijk slechtere arbeidsverhoudingen en de lagere inhoud van het

werk zullen waarschijnlijk niet als een groot probleem worden ervaren door het geringe aantal arbeidsuren en de positie van de deeltijders. Daarnaast is het effect op de arbeidsmarkt onderzocht. Dit is met name van belang gezien de huidige tekorten aan paramedisch en verpleegkundig personeel. Ten aanzien van de effecten van bedrijfstijdverlenging op dit aspect dienen de volgende twee opmerkingen te worden gemaakt: 1. naar gelang de behandelcapaciteit wordt uitgebreid zijn er meer werknemers nodig, ongeacht de vorm van capaciteitsvergroting (figuur 1, pijl c); en 2. afhankelijk van de houding van de werknemers ten opzichte van het nieuwe arbeidstijdpatroon, kan de wervingskracht op de arbeidsmarkt positief of negatief worden beïnvloed (figuur 1, pijl d). Hoe al deze effecten van invloed zijn op de kwaliteit van de zorg (pijlen e, f en g) zal bij de behandeling van dit aspect worden aangegeven.

Financieel-economische consequenties

Tijdens het onderzoek is een kostprijscalculatie van de huidige bedrijfsvoering uitgevoerd, waarbij de kostprijs per behandeling is bepaald. Hoe de kostprijs globaal is opgebouwd toont figuur 2. Bedrijfstijdverlenging zal financieel-economische gevolgen hebben, doordat een aantal kostencomponenten aan verandering onderhevig is. Het lijkt weinig zinvol op deze plaats een uitgebreide specificatie te geven van elke verandering in deze componenten. We zullen volstaan met het aangeven van de belangrijkste veranderingen en het vermelden van de factoren die daarbij een rol spelen. Bedrijfstijdverlenging heeft tot gevolg dat de capaciteit van een apparaat beter zal worden benut, tenzij de levensduur van de apparatuur volledig wordt bepaald door de mate van aanwending. In dat geval zijn de afschrijvingskosten per behandeling immers constant. Van groot belang voor het bepalen van de afschrijvings- en rentekosten is dus de vaststelling van de levensduur van de apparaten. Naast de in de bedrijfseconomie algemeen gehanteerde economische en tech-

Tabel 2. De mogelijkheden en gevolgen van capaciteitsuitbreiding.

aspect	ar- beids- wet/ CAO	organi- satie	werk- nemers	arbeids- markt	kostprijs/ behande- ling	kwaliteitszorg
model						
extra apparaat	#	#@	0	0	+	0
Hallermodel	#@	#@	++	+	+++	0
gecomp. werkweek	#@	#@	+/-	+/-	+++	0
tweeploegendienst	#@	#@	--	--	++	0
aanvullende arbeid	#@	#	+/-	+	+++	0

= geen belemmering
#@ = mogelijk, mits aan (een) aanvullende voorwaarde(n) wordt voldaan
+++ = uitermate sterk positief effect
++ = sterk positief effect
+ = positief effect
0 = geen effect
- = negatief effect
-- = sterk negatief effect

* Economische levensduur is de tijd gedurende welke het middel economisch kan worden aangewend. Als gevolg van de afwezigheid van stijgende complementaire kosten kan deze op een oneindig aantal jaren worden gesteld. Technische levensduur is de duur van de technische aanwendingsmogelijkheid van het produktiemiddel. Deze kan afhankelijk van het produktiemiddel zowel worden bepaald door de mate van aanwendigheid als door de loop van de tijd.

nische levensduur*, is specifiek voor de gezondheidszorg de door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde afschrijvingstermijn van 10 jaar. De enige rationele verklaring die hieraan ten grondslag kan liggen is dat na die termijn apparatuur ontwikkeld is, waarmee de patiënten beter kunnen worden behandeld en nieuwe, andersoortige patiënten kunnen worden geholpen die met de huidige apparatuur niet zijn te behandelen. Deze termijn wordt hier met de term 'effectiviteitslevensduur' aangeduid. Hier is dus een kwaliteitscriterium ingebouwd.

Aangezien bij de bepaling van de afschrijvingstermijn de kortste levensduur bepalend is, geldt in de huidige situatie dat deze termijn wordt bepaald door de effectiviteitslevensduur. Bij een intensiever gebruik van de apparatuur zal vanaf een bepaald moment de technische levensduur kleiner worden dan de effectiviteitslevensduur, althans voor de apparatuur waarbij de technische levensduur wordt bepaald door de mate van aanwending. In dit geval zullen de afschrijvings- en rentekosten per behandeling bij een steeds intensiever gebruik snel dalen, tot het tijdstip wordt bereikt dat de technische levensduur bepalend wordt. Als gevolg van een versnelde afschrijving dalen deze kosten daarna nog enigszins (maar in mindere mate).

Indien de technische levensduur in het bijzondere geval wordt bepaald door de loop van de tijd zal een intensievere benutting deze levensduur niet beïnvloeden en zal de effectiviteitslevensduur de bepalende factor blijven.

Daarnaast zijn ook de huisvestingskosten van belang. In totaliteit zullen deze kosten niet veranderen, waardoor een stijging van het aantal behandelingen een evenredige daling van de bijdrage van deze component in de kostprijs per behandeling tot gevolg zal hebben. Een stijging van de kosten doet zich voor bij de variabele personeelskosten voor de personeelsleden die aanwezig moeten zijn op het moment dat de apparatuur in gebruik is. De stijgende kosten zijn het gevolg van de onregelmatigheidstoeslag die moet worden betaald voor uren die 'buiten kantoor tijd' vallen.

Tot slot zijn de mutaties in de overheadkosten per bedrijfstijdvorm apart bekeken, waarbij deze kosten minder dan evenredig toenemen, waardoor de kosten per behandeling zullen dalen.

Het is mogelijk de kosten van de verschillende vormen van bedrijfstijdverlenging te vergelijken met de kosten van

de aanschaf van een nieuw apparaat. In *figuur 3* wordt het verloop van de kostprijs van twee verschillende bedrijfstijdpatronen bij een stijging van de vraag weergegeven. De modellen gaan uit van een bedrijfstijd van 40 uur (I, de bedrijfstijd in de huidige situatie) respectievelijk 54 uur (II, zowel mogelijk in de vorm van het Hallermodel als in de gecompriëerde werkweek). De sprongen in de modellen geven het punt weer waarop een extra apparaat moet worden aangeschaft.

Uit *figuur 3* kan worden geconcludeerd dat bedrijfstijdverlenging (in de vorm van het model van 54 uur) niet alleen goedkoper is in de situatie direct na aanschaf van het extra apparaat bij de huidige bedrijfstijd van 40 uur, maar dat dit zelfs nog opgaat indien ook dit extra apparaat volledig bezet is. Zoals gebruikelijk in de bedrijfseconomie is de kostenprijsdaling daarbij gesplitst in twee factoren, namelijk een volume- en een prijseffect. Het volume-effect is het gevolg van het feit dat de vaste kosten (voornamelijk huisvestingskosten) bij een stijging van het aantal behandelingen een lager bedrag per behandeling opleveren. Het prijseffect geeft de daling in de kostprijs weer als gevolg van het feit dat de apparatuur nu intensiever benut wordt.

Volume-effect: een capaciteitsvergroting per instelling betekent een daling van de kostprijs per behandeling (berekend in het onderzoek: van 100 naar 90,5 en van 85,5 naar 78).

Prijs-effect: een capaciteitsvergroting per instelling in de vorm van bedrijfstijdverlenging geeft een extra daling van de kostprijs (berekend in het onderzoek: van 90,5 naar 85,5). Er is hier sprake van een prijseffect omdat het een ongeveer vergelijkbaar aantal behandelingen betreft.

Capaciteitsuitbreiding in de vorm van bedrijfstijdverlenging blijkt goedkoper te zijn dan met behulp van een nieuw apparaat. De vraag komt naar voren welk model van bedrijfstijdverlenging het goedkoopst is. Bij de vergelijking op financiële gronden kunnen enerzijds de vormen van het Hallermodel en de gecompriëerde werkweek en anderzijds de verschillende vormen van de tweeploegendienst als één groep worden beschouwd. Zelfs wanneer er in het Hallermodel of in de gecompriëerde werkweek een extra apparaat moet worden aangeschaft zijn op de langere termijn deze modellen goedkoper dan de vormen van tweeploegendienst. De tweeploegendienst is direct na aanschaf van dat apparaat wel iets voordeliger, maar door-

dat dat kostenvoordeel vrij gering is ten opzichte van het kostennadeel bij een toename van het aantal behandelingen is de tweeploegendienst op de langere termijn altijd nadeliger. Dit is onder andere het gevolg van organisatorische consequenties: elke ploeg staat nu onder leiding van een ploeghoofd, die op zijn beurt onder het afdelingshoofd valt. Dit betekent een uitbreiding van het aantal ploeghoofden ten opzichte van de andere modellen. Daarnaast is er sprake van enige overdrachtstijd: er wordt in de tweeploegendienst gewerkt met twee afzonderlijke ploegen op een dag. Deze overdracht dient plaats te vinden binnen werktijd, waardoor én de effectieve bedrijfstijd én het aantal behandelingen per werknemer zullen dalen.

Tenslotte dient de vraag te worden beantwoord of het Hallermodel dan wel de gecompriëerde werkweek het voordeligst is. Dit hangt af van de vraag of het organisatorisch mogelijk is de bedrijfstijd met de stijging van de vraag mee te laten groeien. Wanneer dit mogelijk is, is het Hallermodel zonder meer goedkoper. Indien dit niet mogelijk is blijkt het af te hangen van de ontwikkeling van het aantal behandelingen en van de mogelijkheden van flexibilisering welk model vanuit financieel oogpunt het aantrekkelijkst is.

Kwaliteit van de zorg

Om een goede kwaliteit van de zorg bij bedrijfstijdverlenging te kunnen blijven garanderen moet aan enige voorwaarden worden voldaan. Allereerst mag de werkdruk niet verder toenemen: een voldoende bezetting is vereist en hiervoor moeten voldoende werknemers kunnen worden aangetrokken (*figuur 1, pijl e*). Ten tweede zou de patiëntenplanning verder kunnen worden geautomatiseerd om rekening te houden met factoren als leeftijd van de patiënt, zijn/haar woonplaats en, als op zaterdag wordt ingepland, de wijze van vervoer van de patiënt (*figuur 1, pijl f*). Deze laatste variabele kan ook extern worden opgevangen indien ambulancediensten buiten kantooruren en bezetting van de meldposten op zaterdag kunnen worden gerealiseerd.

Langere openingstijden en dus meer inplanningsmogelijkheden voor de patiënt zijn duidelijk voordelen: de patiënt kan dan immers eerder voor zijn behandeling terecht op uren die hem en zijn eventuele begeleiders beter uitkomen dan in de huidige situatie (*figuur 1, pijl g*). Wanneer aan bovenstaande voorwaarden wordt

voldaan zal de kwaliteit van de zorg door het invoeren van bedrijfstijdverlenging niet worden geschaad en misschien zelfs verbeteren doordat de openingstijden langer zijn dan in de huidige situatie. Het lijkt dan ook redelijk te concluderen dat het effect van het invoeren van bedrijfstijdverlenging op de kwaliteit van de zorg niet negatief en wellicht zelfs licht positief is.

SAMENVATTING EN CONCLUSIE

Om na te gaan op welke wijze een noodzakelijke vergroting van de capaciteit het best kan worden gerealiseerd, zijn verschillende vormen van capaciteitsvergroting met elkaar vergeleken. Daarbij zijn aspecten als beperkingen als gevolg van de Arbeidswet 1919 of de Collectieve Arbeidsovereenkomst, consequenties voor de organisatie, de werknemers, de arbeidsmarkt, de kostprijs alsmede de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg in ogenschouw genomen. In tabel 2 zijn deze beperkingen en gevolgen per model samengevat.

Een (+) bij het aspect van de kostprijs (per behandeling) betekent dat een capaciteitsuitbreiding een positief effect heeft op de kostprijs per behandeling, met andere woorden dat deze kostprijs daalt. Uit het feit dat elk model op dit aspect positief scoort, kunnen we concluderen dat een capaciteitsvergroting positieve gevolgen heeft voor de kostprijs per behandeling. Als resultaat van dit onderzoek kan worden vastgesteld dat voor de instelling forse efficiencyvoordelen zijn te behalen indien de capaciteit wordt vergroot. Wanneer dit dan ook nog gebeurt in de vorm van bedrijfstijdverlenging zal dit een extra voordeel met zich meebrengen. Deze conclusie geldt binnen de door ons onderzochte aspecten. Als capaciteitsvergroting een vermindering van het aantal instituten betekent, zullen de reizen transportkosten en daardoor ook de kostprijs per patiënt gaan stijgen. Deze aspecten zouden bij een dergelijk landelijk onderzoek ook moeten worden meegenomen. Op basis van de conclusies van dit onderzoek is bedrijfstijdverlenging de aangewezen vorm van capaciteitsuitbreiding. Deze bedrijfstijdverlenging moet bij voorkeur gestalte krijgen in de vorm van een Hallermodel aangevuld met extra arbeid in de vorm van min-maxcontracten, zodat een maximale flexibiliteit wordt gecreëerd: op de korte termijn door het inzetten van de deeltijders, op de lange termijn door het aantal blokken te laten variëren.

Het omschakelen op een ander bedrijfs- en arbeidstijdpatroon is een ingrijpend proces. Een goede voorbereiding, een positieve houding van alle betrokkenen en de instemming van de ondernemingsraad zijn noodzakelijk alvorens tot invoering kan worden overgegaan. De keuze voor een ander model dient structureel te zijn. Een experimentele periode kan veel duidelijkheid over de exacte effecten van dit bedrijfs- en arbeidstijdpatroon verschaffen en dient aan een definitieve keuze vooraf te gaan.

SAMENVATTING

Om aan de stijgende vraag naar onderzoek- en behandelcapaciteit in een aantal sectoren van de intramurale gezondheidszorg te voldoen is capaciteitsuitbreiding noodzakelijk. Deze uitbreiding kan worden gerealiseerd door de aanschaf van nieuwe, kapitaalintensieve apparatuur, maar om in een stijgende behoefte te voorzien is het mogelijk de bedrijfstijd te verlengen volgens Boelen. In een artikel (MC nr. 49/1986, blz. 1577) dat destijds veel reacties heeft opgeroepen, stelt deze dat zo een verbetering van de doelmatigheid en een daling van de kosten per patiënt met behoud van kwaliteit van zorg zouden kunnen worden bereikt. Teneinde de tweede mogelijkheid van capaciteitsvergroting te bestuderen is in een (niet nader te noemen) instelling in de intramurale gezondheidszorg een onderzoek verricht naar mogelijke vormen van bedrijfstijdverlenging en de consequenties daarvan.

Om na te gaan op welke wijze een noodzakelijke vergroting van de capaciteit het best kan worden gerealiseerd, zijn verschillende vormen van capaciteitsvergroting met elkaar vergeleken. Daarbij zijn aspecten als wettelijke beperkingen, consequenties voor de organisatie, de werknemers, de arbeidsmarkt, de kostprijs alsmede de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg in ogenschouw genomen. Op basis van de conclusies van dit onderzoek is bedrijfstijdverlenging de aangewezen vorm van capaciteitsuitbreiding. Deze bedrijfstijdverlenging moet bij voorkeur gestalte krijgen in de vorm van een Hallermodel, aangevuld met extra arbeid in de vorm van min-maxcontracten, zodat een maximale flexibiliteit wordt gecreëerd: op de korte termijn door het inzetten van de deeltijders, op de lange termijn door het aantal blokken te laten variëren. □

Literatuur

- 1 Boelen JL. Onze ziekenhuizen kampen met een overcapaciteit aan infrastructuur. Medisch Contact 1986; 41: 1577-8.
- 2 Benders JGJM. Daems AJ. Bedrijfstijdverlenging: illusie of realiteit? Tilburg, augustus 1987.
- 3 May K, Mohr E. Probleme und Realisierungschancen individueller Arbeitszeitmodelle. München, 1985.
- 4 Nollen S. New Work Schedules in Practice. Managing Time in a Changing Society. New York, 1982.
- 5 Walker J. The Human Aspects of Shiftwork. Londen, 1976.
- 6 Lange WAM de. Arbeidstijdpatronen. Den Haag, 1986.
- 7 Teriet B. Neue Strukturen der Arbeitszeitverteilung. Göttingen, 1976.
- 8 Michau JL. L'Horaire modulaire. Parijs, 1981.
- 9 Lange W de, Bouwmans M. De werkweek gecompriëerd (2). Management en Organisatie 1987; 3.

HIV-test in de chirurgie ongewenst

P. E. M. Hupkens,
R. A. M. Feyen en
N. F. J. Hettinga

*In de discussie over de veiligheid van de snij-
dende specialist in het hedendaagse AIDS-
tijdperk maakt het bestuur van de Nederland-
se Vereniging voor Heelkunde (NVH) in het
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van
31 juli jl. melding van een advies aan haar
leden¹, dat ons inziens terecht door wijlen
collega Van Geuns, plaatsvervangend ge-
neeskundig hoofdinspecteur voor de Volksge-
zondheid, in Medisch Contact van 7 oktober jl.
is afgekeurd². Als remedie voor prikacciden-
ten geeft het NVH-bestuur de leden de vrije
hand om in het ziekenhuis risicogroepen voor*

*AIDS op te sporen en hen te motiveren tot het
ondergaan van een HIV-test. Van Geuns wijst
op het gevaar dat een HIV-seropositieve pa-
tiënt niet de medische behandeling zou krijgen
die noodzakelijk is. Hoewel wij deze opvatting
onderschrijven, menen wij dat het van belang
is ook andere, en zwaarderwegende, beden-
kingen naar voren te brengen dan Van Geuns
in zijn reactie reeds heeft gedaan.*

Wij willen eerst enige principiële bezwaren tegen het voorstel benoemen. Daarna willen we door middel van een eenvoudige kostenbatenanalyse aantonen dat de twijfelachtige winst voor de chirurg niet opweegt tegen de kosten aan patiëntenzijde, kosten in termen van bejegening in het ziekenhuis, onnodig intrinsiek psychisch leed en maatschappelijke benadeling van de HIV-seropositieve persoon. Het bestuur van de Nederlandse Vereni-

ging van Heelkunde stelt, dat serologisch onderzoek op antistoffen tegen HIV de mogelijkheid opent 'geëigende maatregelen' te treffen. Wij citeren: 'De kosten van de extra te nemen preventieve maatregelen worden niet door de overheid betaald. In een tijd waarin gewerkt wordt met budgetten van voor de AIDS-periode betekent dit dat overal deze preventieve maatregelen niet of onvoldoende kunnen worden genomen, ofwel dat andere uitgaven ter zake diagnostiek of therapie achterwege moeten blijven. (. . .) Zolang de kosten te hoog zijn of, zoals het advies aangeeft, er praktische bezwaren tegen deze algemene screening bestaan, kan de test in ieder geval uitgevoerd worden bij patiënten die tot de risicogroepen behoren.'

Wanneer extra maatregelen noodzakelijk en effectief zouden zijn om de veiligheid van de chirurgische bedrijfsuitoefening te garanderen, is het argument van de bezuinigingskeuzen van deze regeringscoalitie geen legitimering om vervolgens bepaalde patiënten te stigmatiseren en hun ernstige onnodige psychische en sociale schade te berokkenen. Voor extra maatregelen die bewezen noodzakelijk en effectief zijn, dienen financiële middelen te worden gevonden. Budgetteringsproblemen van de afdeling Chirurgie mogen niet op één patiëntencategorie worden afgewenteld: daarvoor zijn andere wegen.

Voorts dreigt het gevaar dat de NVH, door de aandacht te richten op 'risicogroepen', bevolkingsgroepen tegen elkaar uitspeelt, met als gevolg dat het huidige consensusbeleid rond de bestrijding van de HIV-epidemie tot een antagonisme vervalt, zoals in het buitenland.

IATROGEEN LEED

Bij het bepalen van de kosten van een HIV-test moet ons inziens niet alleen worden gekeken naar de financiële offers die de patiënt of diens verzekering moet brengen maar ook naar de 'kosten' die de patiënt in immaterieel opzicht betaalt. In de regio Amsterdam zijn bij de RIAGG's inmiddels ervaringen opgedaan met HIV-seropositieve cliënten. Het bericht HIV-seropositief te zijn betekent een confrontatie met een ziektebeeld dat gepaard gaat met lichamelijke en geestelijke aftakeling. Niet zelden volgt dan ook een ernstige crisis, die men niet altijd met succes te boven komt. Op korte termijn staan angst, paniek en somberheid centraal. Op lange termijn wordt het vaak kwetsbare psychisch evenwicht telkens weer verstoord door de steeds somberder wordende prognoses, het uitblijven van een therapeutische doorbraak en de confrontatie met het aftakelingsproces van lotgenoten in de nabije omgeving. Op sociaal vlak is men slachtoffer van een toenemende discriminatie en achterstelling, die berust op ondoordachte reacties van anderen of op meer structurele regelingen, zoals uitsluiting van verzekeringen, keuringsmoeilijkheden, immigratiebeperkingen en restrictieve maatregelen in binnen- en buitenland. Het einde van deze ontwikkeling is nog lang niet in zicht.

In gespreksgroepen voor HIV-seropositieven in de regio Amsterdam geven de meeste deelnemers aan, dat zij de psychische en sociale consequenties van een positieve testuitslag hebben onderschat en er spijt van hebben destijds toestemming te hebben verleend. Op grond hiervan menen wij dat slechts met de grootst mogelijke terughoudendheid met de HIV-test mag worden omgesprongen.

Naar onze mening moet het geestelijke en sociale leed van de HIV-seropositieve worden beschouwd als iatrogeen: het is leed dat uitsluitend door de HIV-testuitslag wordt bewerkstelligd. Volgens de WHO-definitie hoort de arts zich ook in te spannen voor de geestelijke gezondheid en het sociaal welbevinden van de hulpvrager. Van deze plicht zijn somatische (super)specialisten ons inziens niet ontslagen.

BEZWERINGSRITUEEL

De baten van een HIV-test in de chirurgie staan niet vast. Het is aannemelijk dat de testuitslag evenveel paniek, stress en bijgevolg bedrijfsongevallen tot gevolg zal hebben als rust en afname van prikaccidenten. In acute situaties kan de wetenschap dat het potentieel dodelijk virus aanwezig is, een frustrerende werking uitoefenen op de behandeling. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde zou haar 'geëigende maatregelen' eerst moeten benoemen en vervolgens kritisch toetsen op de factor 'effectiviteit'. Thans is de geïmplieerde winst louter speculatief. Zoals door anderen reeds is aangegeven, lijkt de HIV-test in de chirurgie meer een bezweringsritueel.

Het nieuwe en gevaarlijke van het standpunt van het bestuur is, dat het afstapt van de roep om algeheel bevolkingsonderzoek en de schijnwerpers nu richt op 'risicogroepen'. Dit begrip is een onjuiste generalisatie. Met dit standpunt is de weg naar stimatisering op grond van vooroordelen geopend.

Het bestuur van de NVH adviseert tijdsdruk te vermijden tijdens de ingreep. Hiermee geeft het aan, dat de bedrijfsvoering op de operatieafdeling mede debet is aan de beweerde arbeidsonveiligheid. Er worden geen voorstellen gedaan voor grondig onderzoek naar de oorzaken van het optreden van prikaccidenten. In hoeverre zijn deze het gevolg van de buitensporige werktijden van chirurgen en in nog sterkere mate van arts-assistenten? Wat is de relatie tussen het aantal verrichtingen en het optreden van prikaccidenten? Hoe groot is de stress die wordt opgeroepen door onderlinge concurrentie en uitgesproken hiërarchische verhoudingen? Dit zijn nog maar enkele voor de hand liggende vragen. Waarom wordt niet eerst onderzocht in hoeverre de bedrijfsvoering in de chirurgie debet is aan de beweerde risico's? Een grondige heroriëntatie op de omvang en kwaliteit van de chirurgische productie kan gevolgen hebben voor de (inkomens-)positie van de specialist (snijtijdenbesluit?). Wij kunnen ons niet aan de indruk onttrekken dat het financieel belang van de specialist dit onderzoek in de weg staat. De NVH legt de problematiek bij de patiënt.

Aan de suggestie van Van Geuns, tot slot, HIV-test weigeraars als HIV-seropositieven te behandelen, kleven ons inziens bezwaren. In zijn consequentie zou dit betekenen dat alle leden van 'risicogroepen' voortaan in het ziekenhuis liggen waarbij bed, kamerdeur, enz. volgens het hepatitis-B-protocol zijn voorzien van een opvallende gele sticker. Hoe verklaart de patiënt dit aan familieleden en collegae van het werk die op ziekenbezoek komen? De enige manier om aan dit sociaal stigma te ontkomen is dan het ondergaan van een 'vrijwillige' HIV-test.

CONCLUSIE

Onze conclusie luidt dat het etiketteren en testen van patiënten om meer dan één reden een ongewenste oplossing is voor een in omvang onduidelijk³, alsook te weinig nader onderzocht bedrijfsmatig probleem. Medici die menen dat serologisch onderzoek naar HIV over één kam kan worden geschoren met enig ander onderzoek, sluiten hun ogen voor de maatschappelijke werkelijkheid van de patiënt. Met collega Van Geuns zijn wij van mening, dat wij ons inderdaad op een hellend vlak bevinden, waarbij wij de vraag willen opwerpen of de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde niet bezig is het vertrouwen te ondermijnen in een integrale zorg voor alle aan de chirurg toevertrouwde patiënten. □

Literatuur

1. Boer HHM de, Lagaaij MB. Maatregelen om ziekenhuispersoneel tijdens de beroepsuitoefening te beschermen tegen besmetting met de verwekker van AIDS. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 1419.
2. Geuns HA van. Het op HIV testen van patiënten: een stap op een hellend vlak? Medisch Contact 1988; 43: 1194.
3. Danner SA. Het testen op HIV-infectie in de cardiologie. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 1946.

P. E. M. Hupkens is arts bij het RIAGG Amsterdam-Centrum/Oud West.

R. A. M. Feyen is psychiater bij het RIAGG Amsterdam-Centrum/Oud West.

N. F. J. Hettinga is psychiater bij het RIAGG Amsterdam-Noord.

Gezondheidszorg voor vrouwen

Medicalisering van de menopauze

Nu het steeds duidelijker wordt dat de medische zorg slechts een marginale invloed heeft op de volksgezondheid, lijkt men ook meer oog te krijgen voor de negatieve kanten van die zorg. Dit geldt met name voor de enorme kosten en de medische fouten, die veel publiciteit krijgen. Merkw aardigerwijs heeft het publiek minder oog voor een veel groter gevaar, dat juist door de geweldige ontwikkeling van de geneeskunde in de laatste vijftientig jaar zo dreigend is geworden: de medicalisering.

Nergens speelt de medicalisering zo sterk als in de gezondheidszorg voor vrouwen. De laatste jaren heeft vooral de medicalisering van zwangerschap en baring in kringen van de beroepsbeoefenaren grote belangstelling gekregen. In ons land is het gelukkig nooit zover gekomen als in de Anglosaksische wereld omdat door de invloed van Kloosterman en zijn school de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen de scheiding tussen fysiologie en pathologie in ere heeft gehouden. Een spraakmakende groep gynaecologen heeft gepoogd de Nederlandse verloskunde meer op één lijn te brengen met die in de rest van de westerse wereld, maar sinds buiten onze grenzen met jaloezie wordt gesproken over de situatie hier, horen we minder uit die hoek.

ENDOCRINOPATHIE?

Een ander deel van het vrouwenleven dat door de medische zorg lijkt te worden geannexeerd is de (post)menopauze. Ons land kent op dit punt geen eigen traditie en de neiging is aanwezig zich te laten leiden door stromingen in het buitenland. Volgens veel endocrinologen vertoont de levensfase na het voorgoed verdwijnen van de cyclische ovariële activiteit de kenmerken van een endocrinopathie, een min of meer ziekelijke toestand dus¹. De taak van de medische wereld zou moeten zijn de vrouwen hierop attent te maken en hun hulp aan te bieden. Het mag nauwelijks verwondering wekken dat men in de discussie over de grenzen van de verloskundige en van de menopauzale zorg dezelfde groepen medici (en

Dr. A. van Enk

Nergens speelt het gevaar van medicalisering zo sterk als in de gezondheidszorg voor vrouwen. Na de zwangerschap en de baring lijkt nu de (post)menopauze aan de beurt om door de medische zorg te worden geannexeerd. De gynaecoloog Dr. A. van Enk (Slotervaartziekenhuis Amsterdam) heeft laten blijken met de aldus door hem geschetste ontwikkeling de nodige moeite te hebben. De redactie vroeg hem om een artikel over de medicalisering van de menopauze en een tweetal van zijn vakbroeders om een reactie daarop.

andere belanghebbenden) tegenover elkaar vindt.

De aanhangers van het idee van de menopauze als endocrinopathie wijzen gewoonlijk op de overeenkomst met diabetes. Bij de laatste aandoening is er sprake van insulinegebrek, bij de eerste van een tekort aan oestrogeen. Suppletie van insuline verhindert de kwalijke gevolgen van diabetes; oestrogeentoediening zal de postmenopauzale klachten verhelpen. Of zoals de nestor van de menopausologen, de Amerikaan Greenblatt, placht te zeggen: als je ogen achteruit gaan, neem je een bril; als je ovaria het laten afweten, neem je oestrogenen.

Deze opvatting kon tot voor kort met een schouderophalen worden afgedaan, evenals het idee dat vrouwen alleen door 'forever' oestrogeen te gebruiken vrouwelijk konden blijven. Schouder ophalen kan niet meer nu we met het osteoporosevraagstuk zijn komen te zitten. Sindsdien is de vergelijking met echte endocrinopathieën valide geworden. Immers, het menopauzale oestrogeentekort leidt, zo werd beweerd, tot ernstige aandoeningen die niet alleen chirurgische ingrepen noodzakelijk maken, maar ook nog invaliderend zijn en een hoge mortaliteit hebben. Stierf niet 16% van de vrouwen met collumfracturen binnen drie

maanden en een nog veel hoger percentage binnen een jaar?²

Sinds men oog kreeg voor de samenhang tussen osteoporose, menopauze en botfracturen bij oudere vrouwen, is een stortvloed van publikaties, congressen, symposia en voorlichtingsbijeenkomsten over ons heen gegaan. Osteoporose werd een echte trekker; het had de belangstelling en trok volle zalen. Zat niet iedere huisarts met de vraag waarom zoveel oudere vrouwen uit zijn praktijk fracturen opliepen? Bovendien was het ook een trekker in de zin dat het de algemene interesse in de menopauze en oestrogeenmedicatie enorm stimuleerde.

ONBEANTWOORD

De voorlichtingsstoomwals heeft echter ook een gevoel van verwarring, onbehagen en wantrouwen wakker geroepen. Dat kan nauwelijks verbazing wekken. Bij kritische beschouwing komen er zoveel vragen op die onbeantwoord blijven, dat tenslotte de vraag rijst of de voorlichtingsdoelgroep niet wordt gemanipuleerd.

De verwarring begint al bij de definitie en de benaming. In het Nederlands wordt gesproken van botontkalking, waarmee een direct verband met *ontkalking* wordt gelegd. Dat is onjuist; het gaat om *botmassaverlies*. Osteoporose is het proces waarbij zoveel botmassa verloren gaat dat het fractuurrisico wordt verhoogd. Dit laatste feit – waar het om gaat – wordt in veel studies veronachtzaamd en gemakshalve wordt dan botverlies osteoporose genoemd.

Verder wordt dikwijls uit het oog verloren dat er verschillende vormen van osteoporose bestaan. Bij oudere vrouwen zijn de twee belangrijkste vormen de menopauzale en de seniele. Deze twee vormen dienen goed te worden onderscheiden, daar ze verschillend verlopen en andere botdelen en -structuren aantasten. Al naar gelang van het onderliggende proces is het fractuurgevaar anders gelokaliseerd en de fractuurkans groter of kleiner. Heel veel onderzoek is alleen al irrelevant omdat het verkeerde bot(deel) is gemeten³.

Nog ernstiger is dat zo weinig bekend is over het precieze verband tussen osteoporose en de kans op fracturen en nog veel minder over de risicovermindering door therapie of profylaxis. Het overgrote deel van de studies betreft botmetingen waarbij men ervan is uitgegaan dat verandering in de botmassa gelijk is aan verandering in het fractuurrisico. Dat staat echter allerm minst vast. Er is tot nu toe geen enkel prospectief interventie-onderzoek verricht waarin het verband tussen behandeling c.q. profylaxis van osteoporose en fracturen bij vrouwen die op natuurlijke wijze in de overgang zijn geraakt is beschreven*.

Men zou kunnen aanvoeren dat er thans voldoende indirecte steun is voor de theorie dat de fractuurkans ook na een natuurlijke menopauze wordt verlaagd door oestrogensuppletie en dat men niet hoeft te wachten op de resultaten van vele jaren durende prospectieve studies. Zelfs wanneer deze veronderstelling zou opgaan, zou men nog uiterst terughoudend moeten zijn met hormonale profylaxis, nog afgezien van alle bijeffecten van een dergelijke medicatie. Immers, de fractuurkans wordt niet alleen bepaald door de botkracht, maar ook door de souplesse van het bewegingsapparaat en de valkans. Dit laatste hangt weer direct samen met de aanwezigheid van obstakels (drempels, etc.) in en buiten het huis, de functie van het evenwichtapparaat en het gebruik van sedativa. De relatieve betekenis van al deze factoren is nog volstrekt onbekend, maar wordt merkwaardigerwijs ook nauwelijks onderzocht. Opvallend is dat tegenover de overvloed aan publikaties over hormonen, kalk, fluoride en osteoporose er praktisch geen zijn over slaapmiddelen en fracturen. Iedere arts die met geriatrische patiënten te maken heeft, weet hoeveel tranquilizers er door hen worden genomen en hoe negatief dit hun motoriek beïnvloedt. Het zou toch voor de hand liggen ook dat aspect te onderzoeken. Blijkbaar is het aantrekkelijker de positieve kanten van medicijngebruik te onderzoeken dan de negatieve.

‘VOORLICHTING’

Ondanks al deze onduidelijkheid over het gewenste effect, neemt de druk op het publiek toe geneesmiddelen ter preventie van osteoporose te gebruiken.

Literatuur

1. Koninckx PR. The beginning of a curable disease or a lucky phenomenon. In: Herendaal van et al (ed.) The climacteric – an update. Lancaster: MTP Press limited, 1984 (Second Jan Palfijn Lecture).
2. Miller CW. Survival and ambulation following hipfracture. J Bone and Joint Surg 1987; 7:930-4.
3. Riggs BL, Melton LJ. Involutional osteoporosis. N Engl J Med 1986; 314:1676-86.
4. Wat elke vrouw moet weten over botontkalking. 2e dr. Leusden: Medidact.
5. De preventie van postmenopauzale osteoporose. Diemen: Dagra-Pharma.
6. Stevenson JC, Whitehead MI, Padwick M et al. Dietary intake of calcium and postmenopausal bone loss. Brit Med J 1988; 297:15-7.
7. Stampfer MJ, Willet WC, Colditz GA et al. A prospective study of postmenopausal estrogen therapy and coronary disease. N Eng J Med 1985; 313:1044-9.
8. Wilson PWF, Garrison RJ, Castello WP. Postmenopausal estrogen use, cigarette smoking and cardiovascular morbidity in women over 50. N Engl J Med 1985; 313:1038-44.

Men aarzelt in de voorlichting niet een overdreven beeld van het resultaat te geven. Zo stond onlangs, in een vet kadtje, in een gratis verspreid artsenblad dat met oestrogensuppletie 90% van de wervelfracturen bij oudere vrouwen te voorkomen zou zijn.

Tegelijkertijd wordt gepoogd de ongewenste bijeffecten van de medicatie te bagatelliseren en worden dubieuze additionele voordelen geponeerd. Steeds weer wordt bijvoorbeeld gesteld, dat de kans op uterus- en mammacarcinoom door de combinatie oestrogenen en gestageen wordt verminderd⁴. Naar goed epidemiologisch onderzoek waarin deze uitspraak wordt gestaafd zal men tevergeefs zoeken. De bewerking berust op bevindingen in enkele ‘case-control studies’ van dubieuze waarde.

Een belangrijk element van de ‘voorlichting’ is ook de ellende van de aandoening overdreven en zeer plastisch te schilderen. Men zal zelden lezen dat veel wervelfracturen symptomeloos verlopen. Wel wordt steeds weer vermeld dat veel patiënten binnen korte tijd na een col- lumfractuur overlijden, waarmee een uiteraard niet-bestaand causaal verband wordt gesuggereerd⁵.

Een van de redenen om wantrouwig te zijn is dat we iets dergelijks, zij het op kleinere schaal, al eens hebben meegemaakt. Het betrof toen kalk en osteoporose. De campagne om de kalkconsumptie te verhogen verliep volgens hetzelfde patroon: symposia, voorlichtingsbrochures en gratis verspreide artsenblaadjes waarin uittreksels uit allerlei studies die onomstotelijk zouden hebben bewezen dat de inname van veel kalk osteoporose kan voorkomen. Toen en nu

moest hetzelfde groepje universitair werkende medici aan de voorlichting medische autoriteit verlenen. Op dit ogenblik gelooft niemand hier meer in. Zelfs het idee dat kalk en hormonen synergistisch zouden werken is verlaten. Kort geleden concludeerden enkele vooraanstaande Engelse onderzoekers in de British Medical Journal: ‘The use of calcium supplements is of commercial rather than clinical benefit’⁶.

Nu is kalkopname vrij onschuldig en niet erg belastend. Het zal niet baten; schaden doet het ook niet. Hormoonsuppletie is echter van andere orde. Om enig effect te sorteren zal de vrouw de hormonen tenminste tien jaar moeten nemen. Over de bijeffecten bij langdurig gebruik weet men bitter weinig. Enige tijd geleden stonden in hetzelfde nummer van de New England Journal of Medicine twee artikelen over oestrogenen in de menopauze en hart- en vaataandoeningen^{7,8}. De conclusies stonden diametraal tegenover elkaar. Naar de psychologische effecten van langdurig hormoongebruik in deze levensfase, die juist wordt gekenmerkt door weinig oestrogeen, is praktisch nog geen onderzoek gedaan. Wel is duidelijk geworden dat vrouwen in de menopauze de regelmatig terugkerende bloedingen om emotionele redenen (‘Het hoort niet’) niet accepteren. Ware het zeker dat suppletie inderdaad het gewenste effect had, dan zou het de moeite waard zijn vol te houden op de gebruiks- ter druk uit te oefenen; maar die zekerheid is er niet.

Men zou kunnen bepleiten de suppletie te beperken tot enige risicogroepen. Het spreekt vanzelf dat wanneer de ovaria zijn verwijderd er hormonen moeten worden gegeven. Er is dan geen sprake meer van een fysiologische toestand. De andere in de literatuur vermelde risicogroepen zijn echter veel minder gefundeerd gekozen en gewoonlijk erg vaag omschreven. Is vroege (natuurlijke) menopauze een risicofactor? Indien dit zo is (ik zou dan graag de bewijzen zien): hoe vroeg is vroeg? Is doorgemaakte onder- voeding een risicofactor op oudere leef- tijd en reageert de osteoporose die dan zou ontstaan op hormonen? En wat te denken van de steeds weer genoemde groep van slanke, blanke vrouwen met dunne (!) botten?⁵

BESLUIT

Het zal duidelijk zijn dat ik weinig moet hebben van de campagnes om hormonale suppletie op grote schaal aan oudere

* Kort geleden is in Amsterdam een vitamine D-interventie-onderzoek bij bejaarden van start gegaan waarin het ‘eindpunt’ niet een botmeting is, maar de incidentie van fracturen.

vrouwen aan te bieden. Ik schaam me er niet voor toe te geven dat emotionele factoren hierbij een rol spelen. Zit de natuur werkelijk zo slecht in elkaar dat het nodig is op zo'n grote schaal een ingrijpende correctie aan te brengen? Dat is een onwetenschappelijke overweging,

maar ik ben ervan overtuigd dat de voorstanders van de suppletie ook weinig vaste wetenschappelijke grond onder de voeten hebben. Veel meer onderzoek zal moeten worden gedaan voordat een derde van het vrouwenleven als een endocrinopathie kan worden uitgeboekt. □

Medicalisering van de menopauze

Te bezorgd

Collega Van Enk maakt enige behartenswaardige opmerkingen over de medicalisering van de menopauze. Hij laat zich echter al te veel door zijn emotionele overwegingen meeslepen.

Medicalisering is het proces waarbij de medische wereld een bepaald, meestal fysiologisch gebeuren naar zich toe trekt, met medisch toezicht (macht?) en toename van medische consumptie als gevolg. Met 'medicalisering van de menopauze' bedoelt collega Van Enk het op grote schaal voorschrijven van bijvoorbeeld oestrogenen en/of calcium voor kortere of langere tijd, zonder dat hiervoor goede gronden zijn. De vergelijking met zwangerschap en baring is in zekere zin juist, omdat het in beide gevallen gaat om fysiologische gebeurtenissen. Ook de hormonale anticonceptie is lange tijd onder nauwkeurig medisch toezicht geweest, maar nu lijkt het tegenovergestelde aan de gang te zijn. De pilcontrole is zeer sterk vereenvoudigd in vergelijking met vijftien jaar geleden. Hier kan men eerder van ontmedicalisering spreken.

GEEN ENDOCRINOPATHIE

Is de menopauze een endocrinopathie? Nee, zeker niet. Wel ontstaan door daling van de oestrogeenspiegel dervingsverschijnselen en op langere termijn neveneffecten, zoals atherosclerose en botverlies, soms resulterend in osteoporose met fractures. Deze neveneffecten zijn vooral de laatste tientallen jaren in het daglicht getreden, omdat de gemiddelde levensverwachting nog steeds stijgt en de bevolking vergrijsd. Dit is de reden van de toegenomen belangstelling van de medische wereld voor de menopauze. Toediening van oestrogenen kan het botverlies na de menopauze voorkomen. De botmassa blijft stabiel zolang de oestrogeensubstitutie wordt gegeven^{1,2}. Dit geldt zowel voor trabeculair (spongieus) als voor corticaal bot.

Prospectief onderzoek naar het effect van oestrogenen op het fractuurrisico ontbreekt; dit wordt internationaal ook onderkend. Wervelcompressiefracturen, een uiting van zogenoemde postmenopauzale osteoporose (type I), ontstaan niet eerder dan tien tot vijftien jaar na de menopauze. Heupfracturen (osteoporose type II) volgen pas vijftientig jaar na de

Dr. P. Lips

menopauze (gemiddelde leeftijd: 75 jaar)³. Voor een effectief resultaat dient met oestrogeensubstitutie te worden begonnen binnen twee tot drie jaar na de menopauze². Prospectief onderzoek naar het effect van oestrogenen op het aantal wervelfracturen duurt dus minimaal vijftien jaar, en het effect op het aantal heupfracturen kan pas na vijftientig jaar worden geverifieerd. Dit verklaart het ontbreken van prospectief onderzoek. In bepaalde staten van de VS is oestrogeensubstitutie al tientallen jaren gebruikelijk. Er zijn vier retrospectieve 'case control-studies' verricht, waaruit blijkt dat na zes jaar oestrogeensubstitutie het fractuurrisico met ongeveer 50% is vermindert^{4,7}.

RISICO'S

De bewijslast ten gunste van oestrogeensubstitutie is vele malen groter dan die ten gunste van kalk^{8,9}. Uiteraard zijn er, zoals collega Van Enk terecht stelt, grote industriële en financiële belangen. Hoe is het gesteld met de risico's? Het wordt algemeen aanvaard dat de combinatie van oestrogenen en progestagenen de kans op endometriumcarcinoom verkleint (dat wil zeggen kleiner dan zonder substitutie)¹⁰. Wat het mammacarcinoom betreft ligt het relatieve risico in de buurt van de 1, dat wil zeggen: er is geen duidelijk positief of negatief effect¹¹. Er zijn inmiddels vele retrospectieve studies waarin een positief effect van oestrogenen op de incidentie van hart- en vaatziekten is aangetoond en enkele studies die het tegengestelde hebben laten zien¹³⁻¹⁵. Indien het eerste waar is, vormt de beschermende werking met betrekking tot hart- en vaatziekten een veel belangrijker argument vóór oestrogeensubstitutie dan osteoporose. Over de psychologische effecten van oestrogeensubstitutie is weinig bekend. Wel is het zo dat in de Verenigde Staten de acceptatie goed is. Bij wervelcompressiefracturen is de botmassa de belangrijkste bepalende factor. Een heupfractuur ontstaat meestal na een val. Hoe ernstiger de osteoporose, hoe geringer de val en omgekeerd. Oorzaak, plaats en frequentie van vallen zijn met name in de gerontologische

literatuur uitgebreid beschreven^{16,17}. Eén op de veertig valpartijen bij bejaarden leidt tot een heupfractuur.

Naar slaapmiddelen zijn verschillende onderzoeken gedaan. Barbituraten verhogen de kans op heupfracturen, maar van andere slaapmiddelen is dit onzeker¹⁸.

Terecht wordt door Van Enk gesteld dat wervelcompressiefracturen symptomeloos kunnen verlopen. Bij heupfracturen is dit niet het geval. De totale sterfte na heupfracturen bedraagt 15% tot 27% binnen een jaar na de fractuur^{19,20}. De sterfte van een groep mensen met een vergelijkbare leeftijd en sekse bedraagt 9% in een jaar, zodat ongeveer de helft oversterft is, dat wil zeggen op het conto van de heupfractuur kan worden geschreven¹⁹. Het betreft veelal geriatrische patiënten. Minstens zo belangrijk is de zeer aanzienlijke morbiditeit en invaliditeit bij het merendeel van de patiënten²⁰; een heupfractuur maakt vaak definitief een eind aan de zelfstandigheid van oudere mensen.

INDICATIE

Een artificiële menopauze vormt de belangrijkste indicatie voor oestrogeensubstitutie¹¹. Een vroege menopauze voor het 45ste, en zeker voor het 40ste jaar, kan men niet als natuurlijk beschouwen. Indien ondervoeding gepaard gaat met amenorroe, is dit een belangrijke en bewezen risicofactor voor osteoporose²¹. De osteoporose bij anorexia nervosa reageert goed op hormoonsubstitutie. En wat te denken van patiënten met osteogenesis imperfecta of met langdurig corticosteroïdgebruik in de jeugd?

Bij veel postmenopauzale vrouwen is de indicatie minder duidelijk en zal men voor en tegen moeten afwegen. De huisarts en de patiënt zullen samen moeten beslissen. Oestrogeensubstitutie is niet primair een zaak voor de specialist. De laatste zou eventueel wel een rol kunnen spelen bij de screening; het is jammer dat er nog geen eenvoudige screeningsmethode bestaat.

CONCLUSIE

Voor medicalisering van de menopauze heb ik weinig vrees. De patiënten zijn mondig genoeg en zullen grondig nadenken over een medicament dat ze, wil het zin hebben, vele jaren moeten innemen. Ik deel de bezorgdheid van collega Van Enk niet en ben van mening dat oestrogeensubstitutie, mits zorgvuldig toegepast, een aanwinst is voor de preventieve gezondheidszorg. □

Literatuur

1. Recker R, Saville PD, Heaney RP. Effect of estrogens and calcium carbonate in bone loss in postmenopausal women. *Ann Intern Med* 1977; 87: 649-55.
2. Lindsay R, MacLean A, Kraszewski A, Hart DM, Clark AC, Garwood J. Bone response to termination of oestrogen treatment. *Lancet* 1978; i: 1325-7.
3. Riggs BL, Melton III LJ. Evidence for two distinct syndromes of involutional osteoporosis. *Ann J Med* 1983; 75: 899-901.

4. Hutchinson TA, Polansky SM, Feinstein AR. Postmenopausal oestrogens protect against fractures of hip and distal radius: a case control study. *Lancet* 1979; ii: 705-9.
5. Weiss NS, Ure CL, Ballard JH, Williams AR, Daling JR. Decreased risk of fractures of the hip and lower forearm with postmenopausal use of estrogen. *N Engl J Med* 1980; 303: 1195-8.
6. Paganini-Hill A, Ross RK, Gerkens VR, Henderson BE, Arthur M, Mack Th M. Menopausal estrogen therapy and hip fractures. *Ann Intern Med* 1981; 95: 28-31.
7. Ettinger B, Genant HK, Cann CE. Long-term estrogen replacement therapy prevents bone loss and fractures. *Ann Intern Med* 1985; 102: 319-24.
8. Riiss B, Thomsen K, Christiansen C. Does calcium supplementation prevent postmenopausal bone loss? *N Engl J Med* 1987; 316: 173-7.
9. Heaney RP. Calcium, bone health and osteoporosis. In: Peck W (ed). *Bone and Mineral Research 4*. Amsterdam: Elsevier, 1986, 255-301.
10. Gambrell RD. The menopause: benefits and risks of estrogen-progestogen replacement therapy. *Fertil Steril* 1982; 37: 457-74.
11. Werkgroep Osteoporose CBO. Osteoporose. *Alpen a/d Rijn*: Stafleu, 1986 (Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde deel 183).
12. Bijvoet OLM. Consensus osteoporose. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 584-90.
13. Ross RK, Paganini-Hill A, Mack TM, Arthur M, Henderson BR. Menopausal oestrogen therapy and protection from death from ischaemic heart disease. *Lancet* 1981; i: 858-60.

14. Stampfer MJ, Willett WC, Colditz GA, Rosner B, Speizer FE, Hennekens CA. A prospective study of postmenopausal estrogen therapy and coronary heart disease. *N Engl J Med* 1985; 313: 1044-9.
15. Wilson PWF, Garrison RJ, Castelli WP. Postmenopausal estrogen use, cigarette smoking, and cardiovascular morbidity in women over 50. *N Engl J Med* 1985; 313: 1038-43.
16. Sheldon JH. On the natural history of falls in old age. *Br Med J* 1960; ii: k 1685-90.
17. Brocklehurst JC, Exton-Smith AN, Lempert-Barber SM, Hunt LP, Palmer MK. Fracture of the femur in old age: a two-centre study of associated clinical factors and the cause of the fall. *Age Ageing* 1978; 7: 7-15.
18. Lips P. Metabolic causes and prevention of femoral neck fractures. Proefschrift. Amsterdam: Rodopi, 1982.
19. Kenzora JE, McCarthy RE, Lowell JD, Sledge CB. Hip fracture mortality. Relation to age, treatment, preoperative illness, time of surgery and complications. *Clin Orthop* 1984; 186: 45-56.
20. Miller CW. Survival and ambulation following hip fracture. *J Bone Joint Surg* 1978; 60-A: 930-4.
21. Crosby LD, Kaplan FS, Pertschuk MJ, Muller JL. The effect of anorexia nervosa on bone morphometry in young women. *Clin Orthop* 1985; 201: 271-7.

Dr. P. Lips is als endocrinoloog werkzaam in het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit.

Medicalisering van de menopauze

Terecht kritisch

Collega Van Enk signaleert het gevaar van de medicalisering in het algemeen en de medicalisering van de postmenopauze in het bijzonder. Zijn betoog is gebaseerd op subjectieve en objectieve argumenten en heeft daardoor een persoonlijke kleur

PARALLEL

Het eigen karakter van de bijdrage van collega Van Enk komt vooral naar voren in de opmerkingen die betrekking hebben op de parallel die zou bestaan tussen de zorgen die de tweede lijn zich maakt over de Nederlandse *verloskundige zorg* en de aandacht die door dezelfde (selecte) groep specialisten zou worden besteed aan de *postmenopauze*. Ik denk niet, dat de gynaecologen die zich inspannen voor een verschuiving van de verloskunde naar de tweede lijn dezelfde gynaecologen zijn die zich 'schuldig maken' aan het medicaliseren van de postmenopauze. De laatste groep bestaat overigens maar voor een deel uit gynaecologen; immers: internisten, endocrinologen, huisartsen en medewerkers van de farmaceutische industrie houden zich, getuige de vele voor en door hen georganiseerde symposia over de postmenopauze, hier intensief mee bezig.

De belangstelling van de medische professie voor de postmenopauze is overigens te begrijpen. De toegenomen levensverwachting van vrouwen heeft ertoe geleid dat de fysiologi-

sche afname van de eigen oestrogenenproductie gedurende vele jaren direct of indirect verantwoordelijk kan zijn voor klachten en problemen die zich in deze levensfase voordoen. Dat er echter sprake zou zijn van een endocrinopathie en dat de postmenopauze als zodanig zou moeten worden benaderd, gaat te ver. Binnen de groep vrouwen in de postmenopauze worden zeer uiteenlopende reacties op het wegvallen van de ovariële oestrogenenproductie gezien. Omdat de postmenopauzale veranderingen niet echt specifiek zijn en de bewijzen voor een direct verband tussen de hormonale verandering (hypo-oestrogene status) en één bepaalde stoornis ontbreken, mag men zijn reserves hebben bij de theorieën die stellen dat de postmenopauze een pathologische toestand is.

ECONOMISCH PROBLEEM

De postmenopauze verdient niet alleen vanuit medisch oogpunt onze aandacht. Er lijkt immers, in samenhang met de problemen die voortvloeien uit de gezondheidsrisico's, een economisch probleem te ontstaan. De kosten die voortvloeien uit de toenemende medische zorg van patiënten met wervel- en femurfracturen zijn enorm. En zo komt men dan terecht

bij 'de topic' die voor collega Van Enk stellig de reden vormde om zijn zorgen over de medicalisatie van de postmenopauze te verwoorden. Het betreft namelijk de problemen die samenhangen met osteoporose.

In Nederland werd in 1985, onder auspiciën van het CBO, een consensustekst geformuleerd die betrekking had op osteoporose; deze tekst werd in 1986 in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde gepubliceerd (1986, 130: 584-90). In 1984 vond al in de Verenigde Staten een door de National Institutes of Health georganiseerde consensusbijeenkomst plaats met osteoporose als onderwerp. Wanneer men de consensusteksten van deze bijeenkomsten vergelijkt en daarnaast ook de recentere tekst van een consensusbijeenkomst uit Denemarken legt, dan wordt duidelijk dat er geen eenheid van opvatting bestaat over het definiëren van de groep vrouwen die in aanmerking komt voor een actief osteoporosepreventie- en behandelingsbeleid.

'De voorlichtingsstoomwals', om de woorden van Van Enk te gebruiken, ontbreekt het wel eens aan de nodige nuance bij de definiëring van de problemen die samenhangen met osteoporosepreventie en -behandeling. Het bleek tot dusver moeilijk de mate van osteoporose adequaat vast te leggen en het is nog steeds niet mogelijk door middel van objectieve metingen veranderingen in het proces van osteoporose exact te definiëren. Bij osteoporose gaat het niet alleen om botmassa, maar ook om botstructuur. Terecht plaatst collega Van Enk hier dus enige kritische kanttekeningen.

Studies van medicijnen waarin een gunstig effect op preventie of therapie van osteoporose wordt geclaimd zullen zeer zorgvuldig moeten worden bekeken en toonden tot dusver veel methodologische tekortkomingen.

TOT SLOT

In de dagelijkse praktijk van de Nederlandse gynaecoloog komt de vraagstelling die primair betrekking heeft op preventie en behandeling van osteoporose waarschijnlijk niet erg vaak aan de orde. Toch zal daarin onder druk van de wetenschappelijke ontwikkelingen, de intensieve bemoeienis van de farmaceutische industrie en 'last but not least' de media zonder twijfel verandering komen. Op dit moment lijkt het verstandig de richtlijnen die in het al eerder genoemde consensusrapport werden geformuleerd voorlopig te volgen.

Als aanvulling op het soms emotionele betoog van collega Van Enk wordt het zakelijk betoog van collega Hamerlynck, dat een vrijwel gelijke titel droeg en recent werd gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1988, 132: 1518-23), ter lezing aanbevolen. Beide auteurs plaatsten terecht kritische opmerkingen bij het proces van de medicalisering van de postmenopauze. □

Dr. M. J. Heineman maakt deel uit van het team van vrouwenartsen in het De Wever Ziekenhuis te Heerlen.

The British Connection

Meer loon voor verpleegkundigen

De gestaag stijgende werkloosheid onder jonge artsen in Nederland heeft ertoe geleid dat een aantal van deze collega's de wijk heeft genomen naar Engeland. Hierdoor, maar ook vanwege de momenteel in de gehele westerse wereld moeilijk te beheersen kosten van de gezondheidszorg, is hernieuwde belangstelling ontstaan voor de Engelse National Health Service, hét voorbeeld van een genationaliseerde gezondheidszorg. De NHS worstelt nu al geruime tijd met een financieringstekort, dat niet alleen resulteert in wachtlijsten en beddentekorten, maar tot voor kort ook in een onderbetaling van verpleegkundigen. In de voorliggende aflevering van deze serie, die het Engelse medische systeem als onderwerp heeft, wil ik hoofdzakelijk ingaan op de positie van de verpleegkundigen.

STAKING

Een climax in de NHS-problematiek werd bereikt toen op 3 februari van dit jaar honderden operaties niet konden doorgaan, doordat duizenden verpleegkundigen de straat op waren gegaan om te protesteren tegen de bezuinigingen en de karige financiële beloning die zij genoten. Een en ander leidde zelfs tot een handgemeen met de politie in de buurt van de parlamentsgebouwen in Londen, het zwaarst getroffen gebied. Patiënten verlieten hun bedden en vergezelden de demonstranten samen met vele mensen uit de buurt.

De reactie van Mw. Thatcher was als verwacht. Het is een van haar principes nooit en te nimmer te zwichten voor vakbondsacties. Zo ook nu. In scherpe bewoordingen veroordeelde zij degenen die 'hun eigen belang laten prevaleren boven dat van de patiënten, het leven van de patiënten in de waagschaal stellen en ervoor zorgen dat de wachtlijsten nog langer worden'. Maar diep in haar hart wist zij dat er aan deze onhoudbare situatie iets moest veranderen.

Drs. L. W. F. Hooftman

De National Health Service zit al een tijdje in de (geld)problemen. Voorjaar '88 kwam er zand in het NHS-raderwerk, toen de verpleegkundigen de straat op gingen voor meer loon. Drs. L. W. F. Hooftman is stand by om zijn collegae artsen voor te lichten.

De Londense ziekenhuizen hebben de laatste jaren met een tekort aan verpleegkundigen te kampen dat tot 25% van het totale bestand is opgelopen. Een der redenen is geldgebrek. St. Mary's hospital in London, waar alle baby's van koninklijke bloede zijn geboren en waar Sir Alexander Fleming de penicilline ontdekte, is een van de ziekenhuizen waar zalen zijn gesloten vanwege de onderbezetting. De sfeer onder de 'nursing staff' is er een van stress en frustratie, het moreel is laag. Velen doen onbetaald overwerk en werken 's avonds en in vrije dagen ook nog voor een uitzendbureau, soms in hun eigen ziekenhuizen ('moonlighting').

Enkele dagen vóór de stakingen gooide Norman Tebbit, voorzitter van de Conservatieve Partij, nog even wat zout in de wonden door in een interview voor de radio openlijk te verklaren dat de verpleegkundigen geen werktijdverkortening hadden gekregen om in de vrije uren als uitzendkracht te werken. Kort hierop trad Sally Pike, werkzaam op de EHBO van een groot Londons ziekenhuis, voor het voetlicht. Zij verklaarde in het dagblad The Times dat zij in haar vrije tijd als uitzendkracht Mw. Margaret Tebbit had verzorgd, nadat zij tijdens een bomaanslag van de IRA op de partijdag van de Conservatieven in Brighton gedeeltelijk verlamd was geraakt. Mw. Pike, een hoofdzuster met tien jaar ervaring, ver-

diende £ 10.000 per jaar en zei dat zij zich genoodzaakt zag op deze wijze extra uren te draaien om in het extreem dure London in haar levensonderhoud te kunnen voorzien.

VERLOOP

Van de 400.000 Engelse verpleegkundigen verlaten er jaarlijks circa 30.000 de professie, teleurgesteld als zij zijn door de lage beloning en de verslechterende arbeidsomstandigheden; van de 80.000 leerling-verpleegsters vallen er 25.000 af voordat zij hun opleiding afronden. Het verloop is groot. Afgelopen jaar kon men op een afdeling van een Londons ziekenhuis de kerstversiering niet meer vinden. Geen der verpleegkundigen was er langer dan een jaar werkzaam. 'We mogen blij zijn dat we nog open zijn', verklaarde een hunner. Op andere afdelingen is men op zoek naar meer dan alleen de kerstdecoraties.

Wie had gedacht dat, als de NHS in een crisis zou geraken, het van de kant van de verpleegsters zou komen? Zij zijn er altijd geweest, als een schier onuitputtelijke reserve aan 'mankracht'. Het verloop is altijd al aanzienlijk geweest, maar werd ruimschoots gecompenseerd door de toeloop. Op dit moment echter heeft de verpleegkundigenopleiding grote moeite om aan mensen te komen. In deze tijd, waarin het aantal schoolverlaters daalt, betalen andere beroepen gewoon beter en bieden betere vooruitzichten. Het gevolg is een vicieuze cirkel. Personeelstekort geeft een hogere individuele werkbelasting en meer stress. Onder invloed hiervan verlaten meer mensen het vak: de cirkel is rond.

SALARIS

Tot de loonsverhoging die dit voorjaar loskwam, was het gemiddelde salaris schandalig laag; 40% van alle verpleegkundigen ontving minder dan 'the low

pay unit's treshold', in London £ 132 per week. Eén op de vijf heeft er een part-time baan naast, van uitzendkracht tot bardame. De meesten bewonen een kamer op een verpleegstersflat. Een huis kopen is er niet bij, of het moet groepsgebeuren.

De één zijn dood is de ander zijn brood. Nog nimmer floreerden de uitzendbureaus voor medisch personeel zoals zij nu doen. Het is een noodzakelijk kwaad, gezien het feit dat zonder uitzendkrachten de ziekenhuizen niet kunnen draaien. De ziekenhuizen betalen deze bureaus miljoenen ponden om hun eigen verpleegsters 's avonds en in de vakanties te zien terugkomen in andere uniformen.

WERKOMSTANDIGHEDEN

Afgezien van de uiterlijke presentatie en de antieke tradities, die nog stammen uit de tijd van 'the lady with the lamp', verschildt het verpleegstersberoep slechts in detail van dat in Nederland.

Om met het minst belangrijke te beginnen: de uniformen zijn klassiek. De hoofdzusters en verpleegkundigen hebben hun eigen kleuren en kapjes zijn een obligaat ornament.

Door het tekort aan personeel komt er meer verantwoording terecht op de schouders van minder ervarenen. Hoewel verpleegkundigen op papier minder invloed hebben op het medisch beleid, is de stress onder hen desondanks hoger. Dit wordt nog versterkt door het feit dat altijd voor één bed twee patiënten klaarstaan: een urgente en een geplande opname. Soms wordt één bed door drie patiënten per dag gebruikt, bijvoorbeeld op een gynaecologische afdeling; de misdraam die 's nachts binnenkwam vertrekt om 8 uur 's ochtends, waarna de dagopname het bed inneemt voor enkele uren, daarna afgelost door de geplande opname. Artsen sturen patiënten soms te vroeg naar huis, waardoor zij vaak binnen 24 uur weer op de afdeling terug zijn. Vele verpleegkundigen klagen over de te grote verantwoordelijkheid. Door het tekort aan deskundig personeel wordt te veel aan leerlingen overgelaten. 'Je bent in het ziekenhuis, het is donker en je bent omgeven door vreemden. Je bent bang in het geval er iets gebeurt. Jij bent de verpleegster.'

Tot nu toe nemen de verpleegkundigen nog alle last die hun wordt opgedragen op zich, daar in het andere geval de patiënt de dupe wordt. Dus is nu de verpleegkundige de dupe. Het is duidelijk dat in een omgeving waar wordt getracht de pro-

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.

duktiviteit en de efficiëntie te verhogen en tegelijkertijd bezuinigingen door te voeren, er groepen zijn die het negatieve effect hiervan ondervinden. Naast de patiënt is dat de verpleegkundige. Voorboden van deze ontwikkeling steken helaas ook in Nederland de kop op.

CARRIÈRE

De meeste verpleegkundigen in Engeland hebben een vooropleiding tussen HAVO en Atheneum in. Zoals bekend zijn de carrièrevooruitzichten beperkt. Men kan door een aantal cursussen zichzelf een bredere achtergrond geven, maar na een jaar of zes, zeven is er geen progressie of promotie meer te verwachten. Terwijl je door je vooropleiding de capaciteiten hebt verschillende richtingen uit te gaan, verlies je die als verpleegster: een veel gehoorde klacht.

'No man, not even a doctor, ever gives any other definition of what a nurse should be than this - 'devoted and obedient'' (Florence Nightingale).

OPLOSSING?

Op 21 april jl. kende de Engelse overheid de verpleegkundigen een loonsverhoging van gemiddeld 15% toe, daarmee een op handen zijnde crisis afwendend. De regering-Thatcher zag zich ten einde raad onder druk van de publieke opinie gedwongen de noodlijdende NHS een helpende hand toe te steken. Voorlopig leek een loonsverhoging in deze sector de meest voor de hand liggende beslissing. Mw. Thompson (27), hoofdverpleegkundige in St. Bartholomew's Hos-

pital te Londen, verdient vanaf de 22e april in één klap 60% meer. Uiteindelijk leveren de extra kwalificaties en cursussen in intensive care en management, die voordien geen beloning waard waren, nu meer geld op. Een beloning naar ervaring en opleiding was nu echt nodig, aangezien het steeds moeilijker werd hooggekwalificeerd personeel bijvoorbeeld voor een afdeling Intensive Care te vinden. Mw. Thatcher verduidelijkte, dat de verpleegkundigen deze loonsverhoging onder meer hadden verdiend doordat het Royal College of Nursing vorige maand had besloten tot een 'no-strike policy'. Februari was vergeten.

Tevens hoopt men de verpleegstersopleiding weer wat aantrekkelijker te maken voor schoolverlaters, iets waar het de laatste tijd wel aan schortte. Men verwacht in afzienbare tijd de zalen en afdelingen die onder invloed van het personeelstekort moesten worden gesloten, weer te kunnen openen.

NAWOORD

Velen zullen opmerken, dat de beschreven situatie typerend is voor de Engelse gezondheidszorg. Niettemin wil ik onderstrepen, dat bezuinigingen nooit zo ver mogen gaan dat de positie van de belangrijkste werkkracht in deze gezondheidszorg wordt bedreigd, hetzij op het gebied van de arbeidsomstandigheden, hetzij op dat der beloning. Aangezien de Nederlandse gezondheidszorg momenteel ook aan een zekere verschraling blootstaat, lijkt de presentatie van deze Engelse les een voorbeeld te zijn van hoe het niet moet of mag. □

Baten van intensieve poliklinische behandeling van insuline-afhankelijke diabeten

Diabeten hebben een aanzienlijk kortere levensverwachting met een grote kans op lange-termijncomplicaties, ondanks behandeling met insuline, het houden van een dieet en de controle door een arts¹. De prognose is gunstiger naarmate de diabetes beter is gereguleerd; tevens kan een frequent bezoek aan een gespecialiseerde polikliniek vanaf het begin van de ziekte bijdragen aan een betere prognose²⁻⁴. Verder zijn er aanwijzingen dat een intensievere poliklinische behandeling positieve invloed heeft op de regulatie van de stofwisseling. Ook een als positief ervaren arts-patiëntrelatie heeft een gunstige uitwerking op de regulatie van diabeten^{5,6}.

Op grond van buitenlandse onderzoeken bestaat de indruk dat het voor insuline-afhankelijke diabeten van belang is te streven naar een tevredenstellende en intensief plaatsvindende poliklinische controle. In dit artikel worden de resultaten beschreven van een onderzoek naar de houdbaarheid van deze conclusie voor de poliklinische behandeling van Nederlandse insuline-afhankelijke diabeten.

PROSPECTIEVE STUDIE

In een lopende prospectieve poliklinische studie ontvangt een groep insuline-afhankelijke diabeten die geen ernstige diabetescomplicaties hebben, op vrijwillige basis een intensievere behandeling, te weten: zij bezoeken eenmaal per zes à zeven weken een vaste internist, zij komen éénmaal per half jaar voor controle bij de oogarts en zij doen aan zelfcontrole van de bloedsuikerspiegel⁷. In een post hoc onderzoek is nagegaan in hoeverre deze intensievere poliklinische controle leidt tot: a. een betere regulatie van de stofwisseling; b. een positievere evaluatie van zowel de ervaren relatie met de behandelend arts als de ontvangen informatie en begeleiding.

Voor de beantwoording van deze vragenstellingen zijn de patiënten die de intensievere behandeling krijgen op een bepaald tijdstip vergeleken met een controlegroep. Dit onderzoek vormt een voortzetting van de genoemde prospectieve studie, die reeds het inzicht opleverde dat een intensieve controle van de pa-

A. Ph. Visser,
P. R. F. van den Boogaard,
J. A. Schouten en
E. A. van der Veen

In de behandeling van insuline-afhankelijke diabetespatiënten kan een combinatie van een intensieve én psychosociale begeleiding zowel een gunstiger regulatie als een beter welbevinden van de patiënt opleveren. Eén en ander mag worden geconcludeerd uit een onderzoek op de polikliniek van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

tiënten tot een daling van het HbA1% leidde, zij het dat de ingevoerde zelfcontrole daartoe weinig bijdroeg⁷. Op grond van dit resultaat rees de vraag of de effecten van de intensieve behandeling ook nog nadien zichtbaar bleven en of deze behandeling tot een hoger gewaardeerde relatie met de behandelend arts leidde met betrekking tot de ontvangen informatie en begeleiding.

OPZET ONDERZOEK

In totaal kregen veertig insuline-afhankelijke patiënten de intensievere behandeling. Van deze groep vulden vierendertig patiënten op verzoek van de dokters-assistente of de behandelend arts de vragenlijst in op de polikliniek (8×) of thuis (26×). Steekproefuitval werd veroorzaakt door: geen belangstelling voor het onderzoek (1×); niet terugontvangen van de vragenlijst na verzending door de patiënt (2×); bij drie patiënten is de reden van weigering onbekend. Op een later tijdstip is een even grote controlegroep (n=34) samengesteld, gematched op sekse, leeftijd en duur van de diabetes. Matching op grond van het HbA1% vond niet plaats, omdat het een vergelijking was op een bepaald tijdstip gedurende de lopende behandeling. Van de intensief behandelde groep was reeds bekend dat de regulatie over de afgelopen jaren was verbeterd⁷.

De controlegroep bezocht ongeveer eens in de twaalf weken dezelfde polikliniek

en werd voor de overgrote meerderheid behandeld door dezelfde artsen als de groep patiënten die de intensieve behandeling kreeg. In totaal kwamen er in eerste instantie zesenzestig patiënten voor opname in deze controlegroep in aanmerking. Van deze steekproef werden in tweede instantie twintig patiënten verwijderd vanwege het niet voldoen aan de gestelde criteria (2×), overlijden (3×), de lichamelijke toestand (4×) en het ontbreken van de vereiste gegevens (8×); in drie gevallen werd een patiënt uit de controlegroep verwijderd door de uitval van de betrokkene in de intensief behandelde groep patiënten waarmee was gematched. Van de resterende zesenvieftig patiënten konden twaalf patiënten niet worden ondervraagd, omdat zij niet waren gemotiveerd aan het onderzoek deel te nemen (2×) dan wel niet op de uitnodigingsbrief reageerden (10×). Bij de bespreking van de resultaten wordt in verband met het verschil in steekproefuitval op de vergelijkbaarheid van de beide groepen teruggekomen.

Aanvankelijk vulde de controlegroep na bezoek aan de arts op verzoek van de onderzoekers de vragenlijst in op de polikliniek (19×); in een later stadium gebeurde dit thuis (15×), toen bleek dat het merendeel van de intensief behandelde groep daaraan de voorkeur gaf. De plaats van invullen van de vragenlijst beïnvloedde evenwel niet de hier besproken resultaten⁸.

Als indicator van de regulatie van de stofwisseling is het gemiddelde HbA1% gebruikt, gemeten met behulp van de microkolommethode⁹. Het gemiddelde is berekend aangezien het HbA1% bij de controlegroep minder vaak werd bepaald dan bij de intensief behandelde groep. De vragenlijst begon met enkele vragen over achtergrondkenmerken, te weten: leeftijd, sekse, burgerlijke staat, opleiding, duur van de diabetes en het aantal jaren van insulinegebruik. De overige vragenlijstonderdelen bestonden uit in eerder onderzoek ontwikkelde gestandaardiseerde tests over de psycho-sociale conditie van patiënten^{10,11}.

De meting van de evaluatie van de behandeling bestond uit vragen over: de omvang en de duidelijkheid van de voorlichting over diabetes, de aandacht die er werd besteed aan eventueel persoonlijke

problemen, de beoordeling van de bejegening aan de hand van het toekennen van een rapportcijfer (1 t/m 10) en hoe men zich voelde ten opzichte van de arts, aangeduid met bipolaire omschrijvingen zoals angstig-kalm, veilig-bedreigd en dergelijke.

RESULTATEN

Gegevens over de samenstelling van de intensief behandelde groep en de controlegroep zijn aan te treffen in *tabel 1*. Hieruit kan worden opgemaakt dat beide groepen op genoemde punten sterk vergelijkbaar zijn samengesteld. Ook levert het onderzoek aanwijzingen op dat de beide onderzochte groepen patiënten geen verschillen vertonen met betrekking tot de kennis over diabetes, de houding ten opzichte van diabetes, de angsttoestand en het gevoel van machteloosheid. Deze vergelijkbaarheid van beide groepen verhoogt de zekerheid dat overige verschillen aan de ontvangen behandeling zijn toe te schrijven, ondanks de verschillen in de omvang van de uitval in beide steekproeven.

Uit gegevens in *tabel 2* blijkt dat de patiënten die de intensieve behandeling ontvingen beter zijn gereguleerd en dat zij de relatie met de arts als prettiger ervaren dan de patiënten uit de controlegroep. Voor beide groepen patiënten is nagegaan welk verband er optreedt tussen de beoordeling van de relatie met de arts en de regulatie van de stofwisseling. Voor de intensief behandelde groep is dit verband $r = .17$ ($n=31$) en voor de controlegroep $r = -.16$ ($n=27$); deze beide niet-significante correlaties zijn ook onderling niet significant verschillend. Er zijn dus geen aanwijzingen dat een gunstiger beoordeling van de relatie met de arts met een betere regulatie gepaard gaat.

In verband met het verkrijgen van verder inzicht in het verschil tussen beide onderzochte groepen patiënten, is nagegaan hoe de patiënten de behandeling op de polikliniek beoordelen (zie punt IIb in *tabel 2*). Uit *tabel 3* blijkt dat 12,1% van de intensief behandelde groep minder vaak voor een controlebezoek op de polikliniek wenst te komen; 8,8% van de patiënten uit de controlegroep zou juist vaker willen komen. Dit verschil is evenwel niet significant. Het onderzoek wijst verder uit dat de patiënten op de meeste punten tevreden zijn over de ontvangen behandeling. Klachten zijn er over de aandacht voor de persoonlijke problemen in verband met diabetes (26,9%) en

Tabel 1. Samenstelling van de intensief behandelde en de controlegroep.

Achtergrondkenmerken	Intensieve groep (n=34)	Controle groep (n=34)	Totale groep
geslacht: man	70,6%	70,6%	70,6%
vrouw	29,4%	29,4%	29,4%
gehuwd/samenwonend	67,6%	64,7%	66,2%
ongehuwd/gescheiden	32,4%	35,3%	33,8%
leeftijd	39,6jr	39,1jr	39,4jr
duur diabetes	19,4jr	19,2jr	19,3jr
jaren insuline-gebruik	18,8jr	18,9jr	18,8jr
Opleiding:			
- laag	14,7%	23,5%	19,1%
- voortgezet	58,8%	44,1%	51,5%
- hoger	26,5%	32,4%	29,4%

Tabel 2. Verschillen tussen de intensief behandelde en de controlegroep.

Onderzochte kenmerken (range)	Intensieve groep			Controle-groep		
	\bar{x}	S.D.	N	\bar{x}	S.D.	N
Regulatie: HbA1% (5-20)	9,7*	1,4	34	10,5	1,6	29
Evaluatie v.d. behandeling:						
a. Relatie met de arts (8-56)	42,5*	6,7	31	39,2	7,5	31
b. Kritiek op de behandeling (4-28)	9,5	3,0	33	9,5	3,9	30

* $p < .05$; T-toets voor onafhankelijke groepen; éénzijdige toetsing.

Tabel 3. De evaluatie van de poliklinische behandeling (n=30/34).

Evaluatieaspecten van de behandeling *	Intensieve groep	Controle groep	Totale groep
Aantal gewenste controlebezoeken			
a. vaker	3,0%	8,8%	6,0%
b. net genoeg	84,8%	85,3%	85,1%
c. minder vaak	12,1%	5,9%	8,9%
Hoeveelheid voorlichting			
a. (ruim) voldoende	82,3%	73,5%	77,9%
b. laat te wensen over	11,8%	23,5%	17,7%
c. (erg) onvoldoende	5,9%	2,9%	4,4%
Duidelijkheid voorlichting			
a. (erg) duidelijk	91,2%	82,4%	86,8%
b. niet geheel duidelijk	8,8%	11,8%	10,3%
c. (erg) onduidelijk	0,0%	5,8%	3,0%
Aandacht voor persoonlijke problemen			
a. (ruim) voldoende	78,8%	66,7%	73,0%
b. laat te wensen over	12,1%	16,7%	14,3%
c. (erg) onvoldoende	9,1%	16,7%	12,6%
Gemiddelde rapportcijfer behandeling	7,7	7,7	7,7
standaarddeviatie	1,3	1,5	1,4

* Op deze punten zijn er geen significante verschillen tussen de beide groepen.

de hoeveelheid ontvangen voorlichting (22,1%).

In antwoord op een open vraag maken de patiënten de volgende opmerkingen: a.

meer aandacht voor de persoon van de patiënt en minder oppervlakkig contact gewenst (15×); b. meer voorlichting over diverse onderwerpen nodig (11×); c. te lange wachttijden, minder jachtig, betere afsprakenregeling (9×); d. meer aandacht voor klachten, grondig onderzoek op de polikliniek oogheelkunde gewenst (4×); e. minder vaak wisseling van artsen (4×); en f. meer oog voor alternatieve geneeskunde (1×). Deze antwoorden versterken de indruk dat ongeveer een kwart van de patiënten ontevreden is over de persoonlijke begeleiding op de polikliniek en de aldaar ontvangen voorlichting.

CONCLUSIE

In een onderzoek op de polikliniek van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit te Amsterdam is het profijt nagegaan van een intensievere behandeling bestaande uit een frequenter bezoek aan een vaste internist en oogarts en deelname aan een zelfcontroleonderzoek. De matching met de controlegroep is geslaagd, hoewel de uitval in de controlegroep groter is dan die in de intensief behandelde groep. Een andere beperking is dat het een post hoc vergelijking betreft tussen de beide groepen patiënten. In vergelijking met de controlegroep blijkt dat de intensievere behandeling tot een betere metabole regulatie leidt. Een verklaring van dit effect zou kunnen worden gezocht in het sneller kunnen bijsturen van de insuline- en dieetbehandeling bij ontregeling. Uit onderzoek onder patiënten die de bloedsuikerspiegel zelf controleren is bekend dat dit tot een verbetering van de regulatie leidt^{7 12}. Er is echter geopperd dat verbetering van de metabole regulatie door zelfcontrole voor een belangrijk deel moet worden toegeschreven aan de veelvuldiger controle, de betere instructie en de grote toewijding van de behandelend artsen¹³. Deze stelling wordt door Van der Meer geïllustreerd aan de hand van het feit dat in het zelfcontroleonderzoek zowel bij de groep met een bloedsuikermeetapparaat als bij de groep zonder een bloedsuikermeetapparaat een daling in het HbA1 percentage optrad van 11,4 naar 9,7.

De intensief behandelde groep patiënten die dezelfde groep patiënten is waar Van der Meer naar verwijst, zij het dat onze gegevens enkele jaren later zijn verzameld, heeft eveneens een gemiddelde HbA1% van 9,7⁷. Dit ondersteunt de stelling dat zelfcontrole naast een intensiever arts-patiëntcontact niet verder bij-

draagt aan de verbetering van de regulatie.

De gemotiveerdheid van de patiënten wordt als het grootste probleem in de diabetesbehandeling beschouwd; we veronderstellen dat de intensievere contacten met de specialist hierop van gunstige invloed zijn geweest¹⁴. Hierbij sluit de bevinding aan dat de patiënten van de intensief behandelde groep met name de relatie met de arts positiever beoordelen, hoewel deze groep patiënten niet méér tevreden is over de aandacht voor persoonlijke problemen en de ontvangen voorlichting. Dit maakt het wellicht verklaarbaar dat een klein deel van de patiënten (12,1%) minder vaak op controlebezoek wenst te komen.

Ten aanzien van de poliklinische behandeling van insuline-afhankelijke diabetespatiënten lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat diabetes baat hebben bij een intensiever contact met een vaste diabetesdeskundige. Het verdient wel aanbeveling de informatieverstrekking aan en de begeleiding van de mogelijke emotionele problemen van de patiënten meer centraal te stellen in de behandeling.

Wellicht levert een combinatie van een intensievere én psychosociale begeleiding zowel een gunstiger regulatie als een beter welbevinden van de patiënt op. □

Wij zijn de patiënten en de doktersassistenten G. Punt, N. Pliester en J. Hopman van de Polikliniek Interne Geneeskunde van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit te Amsterdam erkentelijk voor hun medewerking bij de uitvoering van het onderzoek.

Literatuur

1. Deckert T, Poulson JE en Larsen M. Prognosis of diabetes with diabetes onset before the age of thirty-one. *Diabetol* 1978; 14: 363-370.
2. Pirart J. Diabetes mellitus and its degenerative complications: a prospective study of 4400 patients observed between 1947 and 1973. *Diab Care* 1978; 1: 168-188, 252-263.
3. Deckert T, Poulson JE en Larsen M. The prognosis of insulin dependent mellitus and the importance of supervision. *Acta Med Scand* 1979; Suppl 624: 48-53. 238: 31-38.
4. Dorman T, Mann JI en Turner R. Factors protective against

retinopathy in insulin-dependent diabetes free of retinopathy for 30 years. *Br Med J* 1982; 285: 1073-1077.

5. Williams TF, Martin DA, Hogan MD et al. The clinical picture of diabetic control, studied in four settings. *Am J Publ Health* 1967; 57: 441-451.

6. Worth R, Home DD, Johnston DG et al. Intensive attention improves glycaemic control in insulin-dependent diabetes without further advantage from home blood glucose monitoring: results of a controlled trial. *Br Med J* 1982; 285: 1233-1240.

7. Veen EA van der, Schouten JA, Heine RJ et al. A 2 years longitudinal correlation study of metabolic control and lipids in insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes* 1983; 32: Suppl 1: 156A.

8. Boogaard PRF van den en Visser APh. Effecten van de plaats van ondervraging van poliklinische patiënten. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1986; 64, 438-439.

9. Hammons GT, Junger K, McDonald JM et al. Evaluation of three microcolumn methods for measuring hemoglobin A1. *Clin Chem* 1982; 28: 1775-1778.

10. Boogaard PRF van den en Boomsma AY. Machteloosheid en het effect van een gespreksgroep voor diabetespatiënten. *Gezondheid en Samenleving* 1983; 4: 264-272.

11. Visser APh. De beleving van het verblijf in het algemene ziekenhuis. Assen: Van Gorcum, 1984.

12. Ballegoie E van, Reitsma WD, Sluiter WJ et al. De verbetering van de diabetes mellitus bij patiënten die zichzelf controleren en reguleren onder poliklinisch toezicht. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 44-50.

13. Meer J van der. Iedere diabetespatiënt zijn eigen dokter? *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 70-72.

14. Assal JPh en Lion S. Difficulties encountered with patient education in European diabetic centers. In: Assal JPh, Berger M, Gay N, Canivet J eds. *Diabetes education. How to improve patient-education*. Amsterdam: Excerpta Medica, 1983: 78-89.

Discussie

Over het staken van de behandeling bij ernstig gehandicapte pasgeborenen

Problematiek ontweken

De Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen van de KNMG heeft haar eerste rapport uitgebracht over levensbeëindigend handelen bij zwaar-defecte pasgeborenen (MC nr. 22/1988, blz. 697). Karakteristiek voor de commissie is, dat zij rapporteert vanuit een klinische achtergrond. Zij schuwt het niet, belangrijke maar weinig grijpbare gegevens uit de praktijk in haar overwegingen te betrekken. Haar oordelen dragen daar kenmerken van. Zij acht het wenselijk naast een 'geen reële overlevingskans'-prognose een 'onleefbaar leven'-prognose in te voeren. Zijn bij de eerstgenoemde prognose alleen medische criteria bepalend, voor het stellen van een 'onleefbaar leven'-prognose worden ook niet-medische criteria in de overweging opgenomen.

Prof. Dr. H. J. J. Leenen heeft in MC nr. 36/1988, blz. 1050, zijn mening over het rapport uiteengezet. Hij heeft er ernstige bezwaren tegen. Hij acht de 'onleefbaar leven'-prognose

J. Mol en Dr. P. Mol

se onaanvaardbaar; dit voornamelijk omdat criteria voor onleefbaarheid niet voor iedereen gelijk en dus niet objectiveerbaar zijn. Een bijkomende moeilijkheid die optreedt als toch aan de 'onleefbaar leven'-prognose wordt vastgehouden, is wie hierover dan moet oordelen. Leenen acht dit probleem juridisch alleen oplosbaar door de beoordelingsbevoegdheid eenzijdig bij medici te leggen. Bij alle andere oplossingen bestaat het gevaar dat beslissingen worden genomen waarin persoonlijke belangen, bijvoorbeeld van ouders, worden meegewogen, hetgeen onaanvaardbaar is. Dit is een reden te meer voor Leenen om niet-medische criteria af te wijzen. Zijn conclusie is dan ook, dat het staken van medisch handelen alleen dan aanvaardbaar is, wanneer er geen reële overlevingskans is – het

staken van zogenoemd 'medisch zinloos handelen'. In elk ander geval wijst hij dit staken af als onvrijwillige levensbeëindiging.

Wij beseffen dat de jurist het zich tot taak stelt de kans op uitwassen te bewaken. Toch plaatsen wij een aantal vraagtekens bij de argumenten van Leenen.

Vooraf een terminologische kwestie die van groot belang is voor het betoog van Leenen: het gebruik van het woord 'onvrijwillig'.

Ons inziens kan pas van onvrijwilligheid worden gesproken, wanneer het gaat over personen die een zekere mate van vrijheid en/of een mogelijkheid tot communicatie bezitten. Iemand die niet zelfbewust is en/of zijn wil niet kenbaar kan maken, kan noch vrijwillig, noch onvrijwillig ergens bij worden betrokken. Het woord 'onvrijwillig' dient daarom niet in de argumentatie te worden gebruikt; het wordt verstaan als 'tegen zijn wil', en dat kan hier niet het geval zijn. Hecht men toch aan het

gebruik van deze term, dan moet het medisch handelen ook als onvrijwillig, als opgelegd worden beschouwd.

OORDELEN OVER LEVEN

Zijn medische criteria voldoende om over de zinvolheid van een verdere behandeling van ernstig gehandicapte pasgeborenen te oordelen? Er wordt nogal eens gesteld dat het oordeel over de medische zinloosheid van een behandeling niet kan worden losgemaakt van een oordeel over de zin van het leven van de patiënt. Velen, ook Leenen, vinden dat onaanvaardbaar. De arts ontleent zijn bevoegdheid om beslissingen te nemen over patiënten (in casu over wils-onbekwame patiënten) aan zijn professionele status. Leenen zegt daarom: de arts kan dat alleen op basis van medische criteria. Wij begrijpen waarom Leenen, en velen met hem, dit zeggen. Toch is dit bezwaarlijk:

– De patiënt mag zo alleen uit een biologisch-medisch standpunt worden bekeken en niet als de totaliteit die hij als mens is. Dit is een reductie van de patiënt, die maatschappelijk niet meer aanvaardbaar is.

De arts, aan wie men steeds duidelijker te verstaan geeft dat hij heel de mens moet zien en behandelen, wordt in een positie gedwongen waarin hij alleen op grond van medische criteria mag handelen. Hij wordt gereduceerd tot technicus, waardoor hij ook niet meer in staat is de patiënt als mens tegemoet te treden. Met een voorbeeld willen we laten zien waartoe de eis, slechts op grond van medische criteria te handelen, kan leiden:

Een patiënt die al enige tijd in coma is, krijgt: sondevoeding; voor zijn luchtweginfectie antibiotica; wegens donkere urine een urineonderzoek; wegens hematurie een cystoscopie; wegens zijn papilaire blaasafwijkingen een transurethrale resectie; wegens papillomatosis van de blaas spoelingen met cytostatica; wegens infiltrerende recidief tumoren radiotherapie met cystectomie en een urostoma. Wie dit rijtje tot het einde volgt, maakt van de doelstelling van de gezondheidszorg: 'bevorderen van de gezondheid en de kwaliteit van leven' een farce. De rechtlijnigheid die Leenen met vele anderen bepleit kan zo tot dermate schrijnende situaties leiden, dat artsen daar niet altijd naar eer en geweten zorg voor kunnen dragen.

Het is overigens gek, dat je onder artsen zo zelden twijfel hoort uiten over de vraag, of ze er wel goed aan hebben gedaan bepaalde patiënten in hun lijden te houden. En dit, terwijl je in de maatschappij zo vaak de vraag hoort waarom 'men' – de specialisten – niet ophoudt steeds maar 'meer te doen' en 'in leven te houden'. Medisch handelen behoort primair helpen te zijn, gericht op het welzijn van de patiënt. Dat bestaat klaarblijkelijk niet alleen in het handelen op basis van medische criteria. Is het acceptabel dat genormeerde medische criteria de mogelijkheden tot helpen beperken?

Als medische criteria niet voldoende houvast bieden, en het bovenstaande voorbeeld geeft

aan dat zich dergelijke situaties voordoen, dan moet er een mogelijkheid zijn andere criteria in de overweging op te nemen. Deze andere criteria zouden wij, in navolging van de KNMG-commissie, onder de term '*onleefbaarheid*' willen vangen. De vraag is hoe onleefbaarheid in de argumentatie kan worden binnengelaten zonder willekeur te introduceren. Om wille van het risico van willekeur onleefbaarheid buiten de discussie houden mag niet, want daar is de discussie nu juist om begonnen.

BESLISSINGSINSTANTIE

Welke beslissingsinstantie moet er worden gelegitimeerd voor het niet-medisch-professionele deel?

Het lijkt normaal dat de beslissingsbevoegdheid niet alleen bij medici moet liggen, als er ook andere dan medische criteria tot een besluit voeren. Wellicht zijn het artsen die met de grootste trefzekerheid de prognose kunnen stellen over de mogelijkheid tot communicatie, de mate van lijden en dergelijke. Dat is hun inbreng in de argumentatie.

Na deze biologisch-medische oordelen volgt de vraag of de beschreven toestanden zullen leiden tot een zogenoemd onleefbaar leven. Waarom zouden anderen dan de behandelende artsen daar niet over kunnen, 'mogen', ja moeten meeoordelen? Leenen wijst gelukkig commissies af (als Godscommissies). Ook familie komt volgens hem geen beslissingsrecht toe: 'Ouders mogen niet besluiten tot de dood van hun kinderen; daartoe reikt de ouderlijke macht niet.' Met deze formulering is het wezen van de problematiek ontweken. Het gaat erom, of ouders mee mogen (kunnen) beoordelen of het leven dat hun kind te wachten zal staan een onleefbaar leven is. Leenen: 'Hoezeer ook ouders voor een zware taak worden gesteld, indien hun een zwaar defect kind wordt geboren, het zou alle perken te buiten gaan indien vanwege belangen van ouders het leven van een kind zou mogen worden beëindigd.'

Zo geformuleerd lijkt dit vanzelfsprekend. Maar we spreken niet over actief beëindigen van leven, we vragen ons af of we verplicht zijn tot medisch handelen bij ernstig gehandicapte pasgeborenen. Daarom willen we het probleem eens anders stellen: het zou alle perken te buiten gaan, indien de ouders geen inbreng hebben in de discussie over de vraag of alle geavanceerde medische technieken op hun kind moeten worden toegepast, ook als het daardoor wordt veroordeeld (wordt gedwongen) in zijn deplorabele toestand verder te leven. Wij zouden willen stellen, dat 'het belang' van de ouders niet alleen moet worden gezien als het al dan niet worden belast met de zorg voor hun ernstig gehandicapte kind, maar ook dat zij het niet op hun verantwoording hoeven te nemen dat hun kind wordt veroordeeld tot verder leven, terwijl zij passief langs de lijn staan af te wachten hoe dat zal gaan. Dat zij in het beslissingsproces een rol spelen, hoort dat niet eveneens bij de zorgplicht van de ouders? Men kan ouders niet zonder meer

afwijzen omdat (Leenen) zij 'de situatie niet objectief overzien en emoties in hun oordeel een rol spelen': ouders zijn niet objectief, maar artsen ook niet; bij beiden spelen emoties een rol in hun oordeel.

De KNMG-commissie is er zich wel van bewust dat artsen zich in niet-medische zaken niet tot plaatsvervangend denken moeten laten verleiden. Zij stelt dan ook (in tegenstelling tot een eenzijdige nadruk op de rol van de arts die Leenen in het rapport denkt te kunnen aantreffen): 'De commissie meent, dat de arts bescheidenheid past en aan de ouders in principe een zwaarwegende betekenis dient te worden toegekend.' Zij stelt dan ook dat de gemoedstoestand van de ouders bij een goede begeleiding geenszins een weloverwogen meningsvorming in de weg hoeft te staan. Zo verstandig als het lijkt de ouders maar beter buiten de beslissing te houden, zo bevoogdend komt het ons voor.

Het is duidelijk dat een medebeslissingsbevoegdheid voor naasten (ouders en anderen) bij het beoordelen van de vraag of een patient een 'onleefbaar leven'-prognose toekomt, juridisch niet onproblematisch is. De beslissingsbevoegdheid eenzijdig bij de arts leggen, is dat echter ook niet. Maar, wat hier belangrijker is, alleen de 'geen reële overlevingskans'-prognose willen toelaten, is – in tegenstelling tot wat Leenen suggereert – ook hoogst problematisch.

Om dit inzichtelijk te maken knopen we aan bij het door Leenen zo nadrukkelijk naar voren geschoven aspect van de onvrijwilligheid (het gaat hier immers over wils-onbekwame patiënten). Als onvrijwilligheid in deze discussie als argument (ook al gebeurt dat ten onrechte) wordt gebruikt, kan dat alleen betekenen, dat als patiënten wel over hun vrije wil beschikken, de discussie heel anders verloopt. De grond daarvoor is het zelfbeschikkingsrecht, het grondrecht bij uitstek van de westers-democratische landen. Ongenoemd bepaalt het zelfbeschikkingsrecht bovenstaande discussie zodanig, dat het de reden is voor het voeren van de discussie. Bestond dit recht niet, dan besloot er 'iemand van hogerhand', zonder verantwoording te hoeven afleggen. Dat wij zoveel nadruk leggen op dit recht, is een uitdrukking van het belang dat wij toekennen aan de vrijheid van levensovertuiging.

In de discussies rond abortus en euthanasie blijken de verschillende standpunten nauw verbonden met verschillende levensovertuigingen. In deze discussies blijken dezelfde objectief-medische gegevens tot zeer verschillende conclusies bij te dragen. Objectieve criteria zijn blijkbaar geen doorslaggevend criteria wanneer het vragen over leven en dood betreft. Ware het anders, dan zou het zelfbeschikkingsrecht ook overbodig zijn; iedereen zou immers vanzelf tot dezelfde conclusie komen. Nu eist Leenen in zijn artikel objectieve criteria als enige grond voor het stopzetten van medische behandeling bij patiënten die wils-onbekwaam zijn. Is dat een gerechtvaardigde eis?

In verreweg de meeste gevallen wil iedereen de behandeling die objectief-medisch als de best mogelijke geldt. De grond daarvoor is echter niet alleen, dat het hier objectief goede behandelingen betreft, maar bovendien, dat er een consensus bestaat over de wenselijkheid van het resultaat van de handelingen. Alle patiënten willen – normaal gesproken – beter worden. Bovenstaande discussie gaat echter over patiënten voor wie helemaal geen vooruitzicht bestaat op 'beter worden'. Uit de discussie over euthanasie blijkt dat er geenszins een consensus bestaat over de vraag welke situatie nog als leefbaar moet worden beschouwd. In geval het patiënten betreft die niet bij machte zijn hun zelfbeschikkingsrecht te doen gelden, is het daarom onmogelijk te vooronderstellen dat voor deze groep wél een consensus zou bestaan over de leefbaarheid van hun situatie. Leenen zegt dat zij het recht hebben op medische verzorging, zolang dit medisch gezien zinvol is. Dat is juist. Het is natuurlijk ook juist, dat het belang van de patiënt zo goed mogelijk moet worden gediend. Maar: wat is het belang van patiënten voor wie een 'onleefbaar leven'-prognose zou kunnen worden gesteld? Daarover is geen consensus. Op basis van het recht op medische verzorging mag niet worden geconcludeerd dat zij medische verzorging, waar zij recht op hebben, ook daadwerkelijk moeten krijgen. Er ontstaat hier een juridische patstelling. Op basis van het recht op behandeling kan niemand worden gedwongen een behandeling te ondergaan, noch kan iemand op basis van

het recht op behandeling een behandeling worden ontzegd. Toch moeten er beslissingen worden genomen. De wet moet hier ruimte bieden. Een gelegitimeerde 'onleefbaar leven'-prognose zou een juridisch raamwerk kunnen bieden. Zij zou mogelijk maken dat, telkens opnieuw, de betrokkenen (arts, familie, verpleging en eventuele anderen) bij een concrete patiënt proberen tot een consensus te komen, waarbij zij zoveel mogelijk recht proberen te doen aan de niet-zelfbeschikkende patiënt.

RECHTSREGELS

Het na gewetensvol beraad beëindigen van een medische behandeling bij een patiënt met een 'onleefbaar leven'-prognose, valt volgens het huidige recht onder de onvrijwillige levensbeëindiging. Leenen zegt daarover: 'Onvrijwillige levensbeëindiging is strafbaar als moord of doodslag en moet, onder welke vermomming ook, worden afgewezen.' Hij vervolgt: 'Niet alleen is dit in onze rechtsorde niet mogelijk, het wel mogelijk maken zou de grondslagen van onze samenleving aantasten en zeer vergaande consequenties hebben.' De meningen zijn op deze wijze sterk tegenover elkaar gezet.

Wij menen dat het beëindigen van medisch handelen in deze context een hoge vorm van handelen kan zijn waarbij de ene mens het niet schuwt voor de ander doordacht, gewetensvol verantwoording te dragen. Wij weten dat dit ook gebeurt in onze maatschappij en zien niet in op welke wijze hierdoor de grondslagen van

de samenleving worden aangetast. We veronderstellen dat klinici, die in het afgelopen jaar ook vroegen om een andere wetsinterpretatie, een soortgelijke gedachtengang voor ogen staat (J. C. Molenaar, NTvG 1987, no. 42, blz. 131, en Versluys, MC nr. 35/1987, blz. 42; beiden geen lid van de KNMG-commissie). Wij menen te heben aangetoond dat de term 'onvrijwillige levensbeëindiging' in deze context niet valide is. De wet kan ons inziens anders worden geïnterpreteerd. Bij de gesprekken in het ziekenhuis over patiënten met een 'onleefbaar leven'-prognose zullen dan mensen over het leven van mensen kunnen praten, en niet artsen die zijn gereduceerd tot medisch-technische beoordelaars, over een medisch probleem moeten spreken. Dat zal bevrijdend zijn (en veel frustraties voorkomen). Als daarentegen het standpunt van Leenen bepalend wordt voor de wetgeving, worden artsen in de beschreven situatie tot illegaliteit gedwongen. Elke vorm van toetsing vervalt daarbij.

J. Mol is doctorandus in de filosofie.
Dr. P. Mol is uroloog.

Ook als er geen zelfbeschikkingsrecht zou zijn, zou de norm van verbod van onvrijwillige levensbeëindiging gelden

In de reactie van J. en P. Mol tref ik een aantal interpretaties van mijn opvattingen aan waar ik kanttekeningen bij moet plaatsen.

1. Ik stel *niet*, dat het probleem juridisch alleen oplosbaar is door de beoordelingsbevoegdheid eenzijdig bij medici te leggen. Waar het mij om gaat is de *aard* van het criterium waarbij medische behandeling mag worden gestaakt. Dat mag mijns inziens alleen op grond van medische zinloosheid. Over dat oordeel is de medicus competent.
2. Het woord 'onvrijwillig' is inderdaad niet gelukkig. Dat is in de euthanasiediscussie al vele malen opgemerkt. Ik heb me bij het spraakgebruik aangesloten. Bedoeld wordt, zoals uit de context ook duidelijk is: zonder verzoek.
3. Mijn opvatting is niet dat medisch handelen een biologisch-medische reductie inhoudt. Integendeel, ik wil de arts ook niet reduceren tot technicus. De enkele vraag is, wanneer de arts medische behandeling mag beëindigen of niet

Prof. Dr. H. J. J. Leenen

inzetten met als gevolg het intreden van de dood, terwijl er geen verzoek van de betrokkene is.

4. Ik heb niet beweerd, dat de arts altijd moet doorgaan met medisch handelen. Integendeel, ik heb zelf de term 'beëindigen van medisch zinloos handelen' geïntroduceerd.
5. Ik heb niet gesteld dat de ouders geen inbreng in de discussie mogen hebben. Het gaat om de beslissingsbevoegdheid van ouders.

Wat de opvatting van de auteurs betreft merk ik op, dat mij niet duidelijk is waarom bij ontbreken van zelfbeschikking 'iemand van hogerhand' zonder verantwoording te hoeven afleggen zou mogen beslissen. Ook als er geen zelfbeschikkingsrecht zou zijn, zou de norm van verbod van onvrijwillige levensbeëindiging gelden. De euthanasiediscussie is van

geheel andere aard, omdat er dan een verzoek van de betrokkene is, die *zelf* oordeelt over de kwaliteit van zijn leven. Daarvoor behoeven dus ook geen objectieve criteria te gelden. De argumentatie van de schrijvers op dit punt gaat niet op.

Tenslotte: dat de wet anders kan worden geïnterpreteerd, is mij uit de uiteenzetting niet duidelijk geworden. Bezwaar heb ik tegen de impliciete gedachtengang aan het slot dat artsen de wet zouden mogen overtreden als zij het met de wet niet eens zijn. Pluriformiteit van opvatting geldt in de persoonlijke levenssfeer, maar niet elke opvatting in de samenleving legitimeert tot wetsovertreding. Een dergelijk standpunt zou gigantische maatschappelijke consequenties hebben. Niet alles wat iemand vindt, mag.

Amsterdam, november 1988
H. J. J. Leenen

Uitspraak Raad van beroep

Nodeloos grievende passages in psychiatrische rapporten

Samenvatting R. v. B. 897/88/01

De klacht had betrekking op passages in een tweetal rapporten die de beklaagde zenuwarts circa twintig respectievelijk vijftien jaar geleden over klaagster had uitgebracht.

Aankankelijk besliste het bureau van de districtsraad de zaak niet door de districtsraad in behandeling te doen nemen, omdat de klacht betrekking had op feiten die te ver in het verleden lagen en voorts omdat klaagster van de betreffende rapporten geen kennis had mogen nemen. Deze beslissing werd in beroep door de Raad van Beroep vernietigd met terugverwijzing van de zaak naar de districtsraad ter verdere behandeling en afdoening (zie RvB 891/87/08; MC 1987 nr. 45). Vervolgens werd de klacht door de districtsraad ongegrond verklaard. Hiertegen werd door klaagster opnieuw beroep ingesteld.

Klaagsters bezwaren richtten zich in het bijzonder tegen de volgende in de beide rapporten voorkomende passages:

- '... werd zij als hulp in de huishouding geplaatst in een oudelieden-tehuis te Nijmegen, waar volgens betrokkene slechts 'vieze oude kerels die niet met hun poten van je af konden blijven' waren opgenomen.'
- 'Hoewel betrokkene hierover slechts vage mededelingen wenste te doen, is het wel waarschijnlijk dat zij nadien meerdere relaties met verschillende mannen heeft onderhouden, in ieder geval nu sedert drie jaar met een rooms-katholiek geestelijke, tot heden de enige persoon, bij wie zij begrip zou vinden en met wie ook de vita sexualis – waarbij coïtus interruptus wordt toegepast – bevredigend zou zijn.'
- 'Contact met justitie wordt door klaagster desgevraagd ontkend.'
- 'Er bestaan geen aanknopingspunten voor

het bestaan van een dementie-syndroom of psychotische verschijnselen, wel is betrokkene een verstandelijk zeer matig begaafde vrouw, die ook eenvoudige rekenopgaven niet tot een goed einde kan brengen, terwijl de inprenting en het reproductievermogen ongestoord zijn.'

De Raad van Beroep achtte begrijpelijk, dat klaagster zich na kennisneming van de over haar uitgebrachte rapporten gestoord had aan enkele van de hiervoor geciteerde passages. Ook de Raad van Beroep vroeg zich af of het voor de onderbouwing van de door beklaagde met zijn beide rapporten uitgebrachte adviezen noodzakelijk was de gewraakte passages alle te vermelden, dan wel die passages te stellen in de daartoe gebezigde bewoordingen. In aanmerking genomen dat de rapporten betrekking hadden op de mate van arbeidsongeschiktheid van klaagster en de medische noodzaak voor vergoeding van taxikosten, was ten aanzien van een aantal van de gewraakte passages een meer zakelijke formulering naar het oordeel van de Raad van Beroep stellig denkbaar geweest. Zo had bijvoorbeeld in plaats van de gewraakte passage 'Contact met de justitie wordt door klaagster desgevraagd ontkend' – zo het al noodzakelijk was daarover iets te vermelden – ook vermeld kunnen worden: Desgevraagd deelde betrokkene mee nimmer met de justitie in aanraking geweest te zijn.

Evenzo was in plaats van de passage betreffende meerdere relaties met verschillende mannen en de op dat moment bestaande relatie met een Rooms-Katholiek geestelijke denkbaar geweest de formulering: Hoewel betrokkene hierover geen concrete mededelingen wenst te doen, heeft zij na enkele eerdere relaties thans sinds drie jaar een bevredigende

relatie met een Rooms-Katholieke geestelijke, bij wie zij begrip vindt en met wie ook de vita sexualis bevredigend is.

De Raad van Beroep vermocht niet in te zien dat met het verstrekken van bijzonderheden omtrent de vita sexualis in de onderhavige rapporten enig doel was gediend nu in de vita sexualis geen sprake was van bijzonderheden die in direct verband stonden met de psychiatrische gesteldheid van klaagster, zodat het vermelden daarvan in die rapporten ook niet noodzakelijk voorkwam ter onderbouwing van de conclusie.

De Raad van Beroep was echter niettemin van oordeel dat de klacht ongegrond verklaard diende te worden. Daarbij werd in aanmerking genomen dat op geen enkele wijze gebleken was dat de beklaagde bij het redigeren en uitbrengen van zijn rapporten over klaagster de bedoeling had gehad zich over haar op kwetsende of laetdunkende wijze uit te laten. Voorts nam de Raad in aanmerking dat beklaagde er bij het uitbrengen van zijn rapporten van uit mocht gaan dat deze niet aan klaagster ter inzage zouden worden verstrekt, hetgeen wellicht mede een rol had gespeeld bij zijn woordkeuze in de redactie van die rapporten. Daarbij tekende de Raad echter wel aan dat beklaagde er bij het uitbrengen van zijn rapporten niettemin op had behoren toe te zien dat privacy-gevoelige gegevens, als waar het in de onderhavige zaak om ging, niet onnodig en niet ongescreend werden vermeld, zodat de om advies vragende instantie een adequaat onderbouwd met terzake doende gegevens, zorgvuldig verwoord en geredigeerd, rapport tot zijn beschikking kreeg.

De uitspraak van de districtsraad werd derhalve door de Raad van Beroep bekrachtigd. □

PRAKTIJKPERIKELLEN

Anders wel normaal

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

Een brief van de medisch adviseur van een verzekeraar ('Zeer geachte collega'):
Ter beoordeling van een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering ten behoeve van uw patiënt . . . , geboren 1960, word ik gaarne nader geïnformeerd. Bij het medisch onderzoek werd een bloeddruk van 150/80 gemeten. Aangezien dit te hoog is, resulteerde dit in een acceptatievoorstel met 10% premieopslag. Betrokkene meldde ons telefonisch, dat u verschillende metingen had (gedaan), die een gemiddeld betere uitslag aangaven. Via machtiging van betrokkene word ik gaarne door u geïnformeerd, zodat ik zo nodig mijn advies kan bijstellen. ('Met dank voor uw inlichtingen, waarvoor u een declaratie kunt bijsluiten, . . .')
Vraag: wat is de normale tensie voor een 27-jarige jongeman?

Meester Dokter

Computer in witte jas

'Patiënten vertellen meer klachten aan de computer dan aan een echte dokter.' Zo ongeveer luiden de krantekoppen naar aanleiding van het verschijnen van een proefschrift van Martien Quaa in september van dit jaar over het gebruik van een gecomputeriseerde anamnese. Zo'n bericht wekt altijd even de verbazing. Is de computer nu zo aardig of zijn de artsen zo ongeïnteresseerd in de verhalen van hun patiënten? En wat te denken van het resultaat dat de patiënten de ondervraging door het elektronische apparaat ook nog leuk vonden? Een interessant proefschrift, met onverwachte gekke resultaten. Je wordt gedwongen na te gaan denken wat nu eigenlijk geneeskunst is. We kunnen toch moeilijk ontkennen dat het praten met de patiënt toch een van de allerbelangrijkste onderdelen in deze kunst is, hoewel veel artsen pas over oorzaak en gevolg durven te gaan denken als ook de laboratoriumwaarden op hun bureau liggen.

De gecomputeriseerde anamnese levert tweemaal zoveel positieve antwoorden op als de echte dokter in een vraaggesprek weet bloot te leggen. Niet alle (ook duidelijke) klachten komen op het bordje van de echte dokter, terwijl de blikken anamnese op dit gebied van een grotere speurzinnigheid getuigt. Verschillende neurale artsen hebben zich bovendien gebogen over beide patiëntenverslagen, die van de computer en van de echte arts, en sloegen aan het hypothesiseren over mogelijke diagnoses. Ook hier bleek weer dat er verschillen waren. Op basis van de computerversie werden meer mogelijke diagnoses bedacht en zou de patiënt op een ander beleid mogen rekenen. Laten we de verrassing van dit onderzoek eens herleiden tot een aantal principiële vragen en vergelijken met andere ervaringen. De patiënten vonden het kennelijk leuk aan de computer plaats te nemen en vragen te beantwoorden. Er wordt meer informatie verstrekt aan het apparaat in witte jas, waarna de vraag kan volgen: wat doen de artsen met dit aanbod, of: wat is de betekenis hiervan?

Mensen vinden het leuk als de computer vragen stelt. In dit opzicht kent Quaa's computerprogramma een voorganger en wel een die de naam Eliza heet meegekregen. Eliza is ontwikkeld door een van de grootste specialis-

ten op het gebied van de computerkunde, Weizenbaum, die bij wijze van grap een programma maakte dat therapeutisch moest zijn. De enige techniek die hij toepaste was dat hij opmerkingen die iemand intikte op een spiegelende wijze teruggaf. Als er werd ingetypt: 'Ik ben ongelukkig', dan antwoordde de computer: 'Ongelukkig, hoezo?' Toen Weizenbaum merkte wat het effect was op mensen die op deze wijze door de computer werden toegesproken, viel hij bijna letterlijk van zijn computergeloof af: hoewel iedereen wist dat het om een elektronisch apparaat ging raakten veel mensen er zeer door geboeid; zelfs werd Weizenbaum door een van zijn medewerkers uit de ruimte waar de computer stond opgesteld verwijderd, omdat ze zich te intiem met het apparaat voelde om zich door derden op de vingers te laten kijken. Vanaf dat moment is de grote meester zich meer voor het verschijnsel 'mens' gaan interesseren dan voor de systeemanalyse. De conclusie kan dan ook geen andere zijn dan dat van het apparaat een zeker vertrouwen uitgaat, waar een aantrekkelijk stukje voer voor psychologen in te bespeuren valt.

En dan levert het apparaat ook nog meer gegevens. Zou dat de behandeling van de patiënt ten goede komen? Je zou zeggen: hoe meer informatie uit een patiënt wordt geperst, hoe beter voor de diagnostiek en de behandeling van de klacht. Quaa heeft op dit extra aanbod aan klachten een optimistische kijk. Bij het beantwoorden van lastige vragen door de commissieleden tijdens de openbare verdediging liet hij steeds weer duidelijk blijken dat de computer in ieder geval in staat is de patiënten zich goed over hun klachten te laten uitspreken. De rust en systematiek van de computer levert dus wat op. Bovendien, zo verdedigde hij zich, krijgen de patiënten zelf een goed overzicht van wat hen scheelt. Voor de dokter is het verslag ook een goede registratie en aangezien er ook veel overwegingen ontstaan bij artsen op grond van de computer-output bestaat er ook een grotere kans dat de juiste diagnose wordt gesteld.

Maar niet iedereen deelt deze optimistische visie. Het is maar de vraag of de patiënt er altijd baat bij heeft, als hij zoveel vragen moet beantwoorden. Wijlen Cees van Dorp, die

zo'n tien jaar geleden zijn studie over de anamnese afrondde, vond namelijk dat een gerichte en vaak ook zakelijke benadering in de anamnese wel vaak veel informatie oplevert, maar dat deze informatie niet de probleemstelling ofwel de diagnose ten goede komt. Kennelijk zijn de ervaren en soms geslepen artsen die op basis van zeer weinig eerste gegevens en indrukken al een aantal scherpe ideeën hebben en goed uitwerken, in het voordeel boven die artsen die eerst maar eens afwachten wat routine-onderzoek oplevert en dan vaak door de veelheid en strijdigheid van de uitkomsten gaan aarzelen en in verwarring raken. Quaa meldt overigens zelf in zijn studie ook ervarigen uit het Massachusetts General Hospital in Boston, waar artsen zelf te kennen hebben gegeven dat veel informatie die niet direct voor het beleid van belang is in de status van de patiënt terechtkomt en – toch ook om even bij stil te staan – dat de arts de antwoorden moest controleren om zeker te weten dat de patiënt de vraag had begrepen. Informatie kon soms gewoon blindgaan, anders gezegd: er wordt gewoon niets mee gedaan, en leidt maar van het feitelijke onderwerp af.

Overigens is blindgaan het lot van veel zogeheten waardevolle informatie in onze informatiemaatschappij. Onderzoek naar de effecten van de enorme toevloed van gegevens, niet alleen in de geneeskunde, heeft geleerd dat er vaak niets mee gebeurt. De nu al gigantische hoeveelheid informatie in boeken, tijdschriften en 'databases' (dit wordt wel syntactische informatie genoemd) neemt volgens deskundigen per jaar exponentieel toe, maar de betekenis (de semantiek) die al deze voorraden wordt toegekend is – om de mathematische vergelijking even voort te zetten – nog niet eens proportioneel te noemen. De dadendrang om met de kennis nog wat te gaan doen (de pragmatiek) blijft constant, ofwel: volgt gewoon een horizontale lijn. Om het simpel te stellen: er moet nogal wat gebeuren wil de praktiserende dokter zijn routine prijsgeven naar aanleiding van de fantastische wetenschappelijke ontwikkelingen, die vooral hun uitdrukking vinden in een groot arsenaal boeken en artikelen. De redactie van dit blad moet dan ook een compliment worden gemaakt, dat het de lezer

steeds slechts één artikel uit een buitenlands tijdschrift voorschotel in Medisch Contact en dat nog keurig in het Nederlands vertaald: goed aangevoeld waar de problemen zitten. De universiteiten zouden op hun beurt hun voorwaardelijk gefinancierde onderzoekers bijna moeten verbieden de norm van drie artikelen per jaar te halen. Zou één goed overwogen artikel niet voldoende zijn? De verwachting is dat we, als we doorgaan met deze produktie te belonen, het gevaar van overinformatisering lopen en dat de interesse zo gering zal blijven dat de volumes die ontstaan zich als blinde paarden zullen gaan gedragen.

Zijn met deze macro-bespiegelingen de experimenten met een gecomputeriseerde anamnese veroordeeld? Geenszins. Het zal alleen nodig zijn van dergelijke routineprocedures zeer spaarzaam gebruik te maken. Hier zou ik van de conclusie van de promovendus willen afwijken. Hij stelt, dat de patiënt – hij praat over de inwendige geneeskunde – eerst aan de computer plaats moet nemen en vervolgens de arts moet zien. Gewoon omdraaien, is mijn mening: eerst de dokter en als die denkt dat om wat voor reden een lange routinematige aanpak van belang is om vermoedens uit te sluiten, dan kan hij zich misschien de saaiheid

van de volledige tractus-anamnese besparen door bij tijd en wijle de hulp van de elektronica in te roepen. Toch maar weer eerst zelf de betekenis van de dingen gezocht en de computer niet een witte maar een grijze stofjas aangetrokken.

Jaap Gerritsma

Dr. J. G. M. Gerritsma is universitair hoofddocent aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Hij coördineert er bij de Faculteit der Geneeskunde de afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van het Medisch Onderwijs.



Dagboek van een waarnemer

9: Steenpuisten

19.00 uur

'Dokter, kan ik meteen even komen, ik heb iets en dat is zo vreselijk, dat kan ik niet vertellen.' Ik vraag me af wat er zó vreselijk kan zijn. Enfin, wij zijn er voor de 'directe hulpverlening', dus zeg ik dat ze maar gauw moet komen, nadat ik heb geverifieerd of deze dame wel tot mijn parochie behoort. Dat is het geval.

Wanneer de achterwacht de deur openmaakt, krijgt hij meteen de volle laag: 'De frituurpan was in de brand gevlogen en toen was de hele keuken vol roet, smerig dokter, smerig! En we hebben de hele nacht gepoetst en vandaag ook nog, maar het was er bijna niet af te krijgen. Het was nóg vuil. Vreselijk wat een vuil was dat, maar ja, het hele huis had af kunnen branden en dan was 't nog erger geweest!' Ik kom op het lawaai af. Opnieuw volgt het hele verhaal in geuren en kleuren. Ik kan ook nog zien en ruiken dat ze 'in het vet en in de roet' hebben gezeten. Ik vraag me af wat de reden van hun komst is, en, direct als ik ben, vraag ik dat dus. Mijn achterwacht begeeft zich naar de telefoonkamer, en ik loods het echtpaar de spreekkamer binnen.

'Ga nou toch eens even rustig zitten', zeg ik dan, 'en vertel eens wat er aan de hand is.' Zitten gaat dit echtpaar niet. Tot mijn verbazing gaat de broek los en omlaag. Voor ik het

weet laat mevrouw Van Kampen me haar billen zien, waar twee fantastische furunkels prijken.

'Dat zijn steenpuisten', constateer ik.

'Besmettelijk, hè?' zegt patiënte, 'zou het van de handdoeken af kunnen komen?'

'Als ze schoon zijn niet', zeg ik. 'We doen er zelf op, trekzelf en dan moet u tweemaal per dag in een sodabadje gaan zitten.'

Ik neem spatel en verband om eerste hulp te verlenen, en als ik me omdraai . . . staat meneer Van Kampen met de broek op de knieën. Hij heeft 't ook, ook op zijn billen zit een heel rijtje steenpuisten. Er is wel degelijk sprake van besmetting, maar niet via de handdoek. Ik bevestig dezelfde diagnose als bij zijn vrouw. Ook hij zelf en sodabaden en controle bij de huisarts.

Ik vraag hen waarom dit nu niet door de telefoon kon worden gezegd.

'Ja dokter, onze dochter is 10 jaar, en u weet wel, die horen alles en zijn in staat het overal te vertellen.'

Dat snap ik. Voor ze weggaan vragen ze nog of ze samen in het sodabad mogen. Dat mag.

Een andere plaats, een andere avond, ook 19.00 uur.

'Dokter, kan ik even langs komen met mijn man. Hij heeft een onsteking op de borst en daar heb ik net tegen gestoten en nu kiewt hij het uit van de pijn.'

'Tja, mevrouw, als je je stoot doet het altijd pijn, en meestal zakt dat weer als je er iets kouds op legt, een washandje of zo.'

'Nee dokter, dit is echt niet normaal. Hij heeft al een penicillinekuur van de huisarts gehad en het gaat niet over.'

Weekendartsen zijn voor abnormale zaken – dus laat ik de mevrouw met haar man komen. Als hij het overhemd uittrekt, sta ik versteld. Hij heeft een furunkel ter grootte van een rijksdaalder op de linker tepel.

'Niet aankomen', smeekt hij me. Maar zachte heelmeesters maken stinkende wonden, denk ik, en trek handschoenen aan. Het abces fluctueert. Omdat ik thuis geen goede uitrusting heb voor zo'n abces, bel ik het ziekenhuis. Ik verwacht ook dat de patiënt zal kapseizen bij de incisie en dan is het ziekenhuis met helpende handen van verpleegkundigen wat handiger dan de onderzoekbank thuis. 's Avonds belt de assistent chirurgie op. Hij heeft niet zelf geïncideerd, maar de chirurg die toevallig in huis was heeft het gedaan. Er kwam veel troep uit.

'Jullie hebben die man, hoop ik, wat meegegeven tegen de pijn?' Ja, hoor dat hebben ze. De behandeling met een penicillinekuur vóór opening van het abces verbaasde hen evenzeer als mij. Jammer genoeg kunnen we dat niet aan amice collega kwijt.

Marie-José Molledans

Borstaandoeningen bij kinderen en jonge volwassenen

Astma verbindende schakel?

Resumé. Bij een groep van 10.557 Engelsen die allemaal in dezelfde week van 1958 waren geboren is onderzoek gedaan naar het verband tussen borstaandoeningen bij kinderen tot 7 jaar en de op 23-jarige leeftijd gerapporteerde prevalentie van hoest en opgeven van slijm in de wintermaanden (National Child Development Study). Na verdiscontering van de factor 'roken' bleken zowel pneumonie als astma en 'wheezing bronchitis' bij kinderen tot 7 jaar samen te gaan met een significant hogere prevalentie van chronische hoest en het opgeven van slijm op 23-jarige leeftijd. Deze hogere prevalentie kan grotendeels worden toegeschreven aan het samengaan van hoest en het opgeven van slijm op 23-jarige leeftijd en het bekend zijn met astma of 'wheezing bronchitis' vanaf het 16e jaar. Na correctie voor recent opgetreden 'wheezing', huidig sigarettenverbruik, vroegere rookgewoonten en passief roken, bedroeg de relatieve kansverhouding van hoest en/of slijm opgeven bij proefpersonen met in hun anamnese borstaandoeningen in de kinderjaren: 1,11 (95%-betrouwbaarheidsinterval 0,97-1,27). Bij afzonderlijke analyse leverden astma, 'wheezing bronchitis' en pneumonie tot de leeftijd van 7 jaar geen significant hogere prevalentie van hoest of slijm opgeven op. De verklaring voor de waargenomen continuïteit tussen borstaandoeningen in de kinderjaren en respiratoire symptomen op latere leeftijd is wellicht eerder gelegen in het beloop in de tijd van de functiestoornissen die gepaard gaan met astma dan in een blijvende structurele beschadiging van de longen.

Inleiding. Sterfgevallen als gevolg van luchtwegaandoeningen in de vroege kinderjaren en op middelbare leeftijd vertonen een en hetzelfde patroon met betrekking tot sociale klasse, stad of platteland, en woongebied¹. Een zelfde samenhang werd geconstateerd tussen respiratoire symptomen bij kinderen op de lagere-schoolleeftijd en de sterfte aan bronchitis bij volwassenen². Door deze waarnemingen kwam men tot de theorie, dat chronische aandoeningen van de luchtwegen bij volwassenen mogelijk al zijn begonnen toen die nog klein waren en, meer in het bijzonder, dat er wellicht een causaal verband bestaat tussen vroege episodes van lage-luchtwegaandoeningen aan de ene kant en chronische bronchitis op middelbare leeftijd aan de andere¹⁻³. Omdat de kans groot is dat wat volwassen respondenten zich herinneren van respiratoire symptomen in hun jeugd wordt beïnvloed door symptomen die zij nu ervaren⁴, steunt de hypothese dat luchtwegaandoeningen in de kindertijd zich tot op latere leeftijd voortzetten zwaar op de uitkomsten van een op gezette tijden herhaald onderzoek onder een groep in 1946 geboren Britse kinderen (National Survey of Health and Development). Colley c.s. constateerden dat een anamnese van lage-luchtweginfecties (bronchitis, bronchopneumonie of pneumonie), verkregen van de ouders toen hun kind 2 jaar oud was, samenhang met een hogere prevalentie van hoest in de winter op 20-jarige leeftijd, onafhankelijk van de rookgewoonten van de ondervraagde persoon, de sociale klasse van de vader en de blootstelling aan luchtvervui-

ling⁵. Het effect was groter toen met de betrokkenen opnieuw contact werd opgenomen toen ze de leeftijd van 25 jaar hadden bereikt⁶, en bleek nog steeds te bestaan toen ze 36 jaar waren, hoewel er geen significant effect op de expiratoire piekstroomsnelheid werd waargenomen⁷. Uit een ander longitudinaal onderzoek op kleine schaal bleek dat 'catarre-kinderen', als ze eenmaal op middelbare leeftijd waren, meer respiratoire symptomen hadden dan de controlegroep; de longfunctie was echter gelijk⁸. Dankzij prospectieve onderzoeken onder kinderen in Melbourne die last hadden van een piepende ademhaling ('wheezing', 'wheeze') zijn we anders gaan aankijken tegen wat tot dan werd gezien als bronchitis bij kinderen; die onderzoeken leverden aanwijzingen op, dat astma en 'wheezing bronchitis' wellicht bij hetzelfde syndroom horen⁹⁻¹². Hoewel veel kinderen die last hebben van 'wheezing' na verloop van tijd geen symptomen meer vertonen^{9,10}, hebben kinderen bij wie dat niet het geval is een grotere kans op hoest en het opgeven van slijm als zij voorin de twintig zijn¹². Dit bracht onderzoekers op een alternatieve verklaring voor het verband tussen luchtwegaandoeningen in de kinderjaren en op volwassen leeftijd: de verbindende factor zou de 'wheezing' zijn¹³. De follow-up tot de leeftijd van 23 jaar van een tweede groep kinderen uit het Verenigd Koninkrijk die allemaal waren geboren in 1958 (National Child Development Study) bood de gelegenheid het verband tussen luchtwegaandoeningen in de kinderjaren en symptomen van chronische bronchitis bij jonge volwassenen opnieuw te on-

derzoeken. Informatie over astma en 'wheezing bronchitis', die niet was gerapporteerd voor het eerder genoemde cohort van in 1946 geboren, maakte het mogelijk respiratoire symptomen waarbij sprake was van een neiging tot 'wheezing' te onderscheiden van respiratoire symptomen waarbij dat niet het geval was.

Methoden. De data zijn ontleend aan de National Child Development Study, een vervolgonderzoek van alle kinderen die in dezelfde week van maart 1958 in Groot-Brittannië werden geboren. Deze kinderen vormden de onderzoeksgroep voor het survey-onderzoek met betrekking tot de perinatale sterfte¹⁴. De kinderen werden onderzocht op de leeftijd van 7, 11 en 16 jaar. De methoden die daarbij werden gehanteerd zijn elders in detail beschreven¹⁵⁻¹⁷. In 1981, toen de proefpersonen 23 jaar oud waren, heeft men geprobeerd alle betrokkenen die in Groot-Brittannië woonachtig waren op te sporen en te interviewen¹⁸. Bij de follow-up op 7-jarige leeftijd werden aan de ouders de volgende vragen gesteld: 'Heeft uw kind ooit een astma-aanval gehad?' 'Heeft uw kind ooit een aanval van 'wheezing bronchitis' gehad?' 'Heeft uw kind ooit longontsteking gehad?' 'Zo ja, op welke leeftijd voor het eerst?' In 1981, toen de proefpersonen 23 jaar oud waren, werd hun gedurende anderhalf uur een interview afgenomen. Daarbij werden de volgende vragen gesteld (waaronder vier vragen ontleend aan de vragenlijst voor respiratoire symptomen van de Medical Research Council¹⁹): 'Hebt u sinds uw 16e verjaardag ooit een aanval van astma of 'wheezing bronchitis' gehad?' 'Zo ja, hebt u de afgelopen 12 maanden een aanval gehad?' 'Moet u 's winters vaak hoesten, zodra u 's morgens wakker wordt?' 'Hoest u 's winters vaak slijm op, zodra u 's morgens wakker wordt?' 'Hoest u 's winters vaak overdag of 's nachts slijm op?' Het interview bevatte geen vragen met betrekking tot de duur van het hoesten of het opgeven van slijm, zo-

als ze worden gebruikt om chronische bronchitis bij oudere volwassenen te definiëren²⁰. Wel werd er gevraagd naar het al dan niet roken of gerookt hebben van sigaretten en de aanwezigheid van andere rokers in huis. Bij de analyse werd geen verschil gemaakt tussen astma en 'wheezing bronchitis' in de eerste zeven levensjaren, omdat deze aandoeningen in de vragenlijst die aan de jonge volwassenen was voorgelegd niet waren onderscheiden. Omdat sigaretten roken een van de belangrijkste factoren is die invloed hebben op de aanwezigheid van respiratoire symptomen, zijn de gevonden gegevens voor deze factor gecorrigeerd. De respiratoire symptomen werden gecontroleerd voor de factor 'roken' door de gegevens over de onderzochte groep 23-jarigen weer te geven in een kruistabel met voor de confounding variabele 'roken op 23-jarige leeftijd' de strata 'rokers' en 'niet-rokers'. Vervolgens werd de steekproef gestratificeerd in personen die wél en personen die géén aanvallen van astma of 'wheezing bronchitis' sinds hun 16e levensjaar rapporteerden. Met behulp van multiële regressie werd nog verder gecontroleerd voor de effecten van actief en passief roken en recente episoden van 'wheezing'. Met het 'generalised linear interactive modelling' (GLIM)-programma werden de onderzoekgegevens vervolgens uitgesplitst naar de uitkomstvariabelen 'hoesten en/of slijm opgeven', 'alleen hoesten' en 'alleen slijm opgeven'²¹. Voor proefpersonen die rookten omvatten de modellen uit dit programma het dagelijkse sigarettenverbruik (0-9, 10-19, 20-39, 30 of meer), voor de niet-rokers onder meer het antwoord op de vraag of zij ooit een sigaret, sigaar of pijp hadden gerookt, of zij ooit regelmatig hadden gerookt (en jaar of langer minstens één sigaret per dag) en of zij tegenwoordig onder één dak woonden met een roker. Voor het effect van recente episoden van 'wheezing bronchitis' werd in de regressieanalyse gecontroleerd in de categorieën: geen astma of 'wheezing bronchitis' sinds het 16e le-

vensjaar; astma of 'wheezing bronchitis' sinds het 16e levensjaar, maar niet in het jaar voorafgaande aan het interview op 23-jarige leeftijd; astma of 'wheezing bronchitis' in het jaar voorafgaande aan het interview op 23-jarige leeftijd. De effecten van borstaandoeningen in het algemeen, alleen astma of 'wheezing bronchitis' of alleen pneumonie tot de leeftijd van 7 jaar, werden in afzonderlijke modellen onderzocht.

Resultaten. Wij hebben van 6.268 niet-rokers en 4.289 rokers gegevens verzameld met betrekking tot respiratoire symptomen en rookgewoonten die zij nu op 23-jarige leeftijd hadden en met betrekking tot borstaandoeningen die zij als kind hadden gehad. Het gaat om 72% van de 14.571 kinderen die op 7-jarige leeftijd hadden meegedaan aan het vervolgonderzoek in het kader van het survey-onderzoek naar perinatale sterfte en van wie gegevens beschikbaar waren over luchtwegaandoeningen en om 63% van de 16.883 kinderen die aan het survey-onderzoek hadden meegedaan en in leven waren gebleven. Vergelijking van respondenten en niet-respondenten in eerdere onderzoeken van deze groep heeft uitgewezen dat de prevalentie van respiratoire symptomen niet noemenswaardig is vertekend door de terugloop van het aantal personen dat voor follow-up beschikbaar was^{22, 23}. Tabel 1 geeft een overzicht van de relatie tussen pneumonie en astma of 'wheezing bronchitis' in de kinderjaren en 'wheezing' tussen het 16e en het 23e jaar. Van in totaal 1.899 personen uit het cohort (18%) werd gerapporteerd dat zij in de eerste zeven jaar van hun leven last hadden gehad van astma of 'wheezing bronchitis'. Van hen hadden er 207 (2%) ook pneumonie in de anamnese. Daarnaast hadden 260 van de ondervraagden (2,5%) wel pneumonie gehad, maar geen astma of 'wheezing bronchitis'. Van de proefpersonen met een ziektegeschiedenis van astma of 'wheezing bronchitis' vóór het 7e levensjaar rapporteerden er 385 (20%) een episode van 'wheez-

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

ing bronchitis' tussen het 16e en het 23e levensjaar en maakten er 185 (10%) melding van astma of 'wheezing bronchitis' in het voorafgaande jaar. Van de proefpersonen zonder astma of 'wheezing bronchitis' in de vroege kinderjaren in de anamnese rapporteerden er 612 (7%) een episode sinds hun 16e levensjaar. Er werd een nauw verband gevonden tussen pneumonie en 'wheezing' in de kinderjaren: 204 (44%) van de 467 ondervraagden met een anamnese van pneumonie hadden vóór hun 7e levensjaar ook astma of 'wheezing bronchitis' gehad. Bij de personen zonder astma of 'wheezing bronchitis' in hun kinderjaren had pneumonie echter een slechte voorspellende waarde ten aanzien van 'wheezing' tussen het 16e en 23e levensjaar (tabel 1). Proefpersonen met een anamnese van pneumonie in de kinderjaren rapporteerden op 23-jarige leeftijd vaker hoesten of slijm opgeven, maar dit hield geen verband met de leeftijd waarop zij voor het eerst een aanval hadden gekregen (tabel 2); in het vervolg van de analyse is daarom geen onderscheid gemaakt naar de leeftijd waarop de pneumonie optrad.

Hoesten of slijm opgeven in de anamnese op 23-jarige leeftijd hing nauw samen met een recente aanval van astma of 'wheezing bronchitis' (tabel 3). Onder de rokers bedroeg de prevalentie 56% voor degenen die last hadden van 'wheeze' sinds hun 16e levensjaar en 26% voor hen die daar in de desbetreffende periode van hun leven geen last van hadden gehad, onder de niet-rokers respectievelijk 26% en 7%. Gezien de grote invloed van recente 'wheezing' op de prevalentie van gerapporteerd hoesten en slijm opgeven, hebben we geprobeerd vast te stellen in hoeverre een verband tussen borstaandoeningen in de kinderjaren en respiratoire symptomen bij jonge volwassenen kan worden verklaard uit een persisterende neiging tot 'wheezing'. Zoals tabel 3 laat zien, hangt een anamnese van luchtwegaandoeningen in de kinderjaren zowel bij rokers als bij niet-rokers inder-

Tabel 1. Aantal (percentage) ondervraagde personen met astma of 'wheezing bronchitis' op 23-jarige leeftijd, vergeleken met astma of 'wheezing bronchitis' en pneumonie tot de leeftijd van 7 jaar.

	astma of 'wheezing bronchitis'			
	in jaar vóór 23e	sinds 16e jaar, niet met 23	geen sinds 16e jaar	totaal
pneumonie en astma of 'wheezing bronchitis' tot 7 jaar	25 (12)	30 (14)	152 (73)	207 (100)
alleen pneumonie tot 7 jaar	8 (3)	16 (6)	236 (91)	260 (100)
alleen astma of 'wheezing bronchitis' tot 7 jaar	160 (9)	170 (10)	1.362 (80)	1.692 (100)
geen aandoening aan de luchtwegen tot 7 jaar	261 (3)	327 (4)	7.810 (93)	8.398 (100)
totaal	454 (4)	543 (5)	9.560 (91)	10.557 (100)

Tabel 2. Prevalentiepercentage van hoesten of slijm opgeven op 23-jarige leeftijd, gerelateerd aan pneumonie in de anamnese tot het 7e levensjaar (tussen haakjes: aantallen ondervraagde personen).

	leeftijd in jaren bij eerste aanval pneumonie					
	geen pneumonie in de anamnese	pneumonie tot 7e jaar	< 1	1	2-4	5-7 alle ondervraagden
rokers	29 (1.190/4.088)	34 (68/201)	29 (20/68)	43 (15/35)	33 (19/57)	34 (14/41) 29 (1.258/4.289)
niet-rokers	9 (511/6.002)	12 (33/266)	14 (13/96)	11 (4/37)	15 (10/69)	9 (6/64) 9 (544/6.268)

Tabel 3. Prevalentiepercentage van hoesten en/of slijm opgeven op 23-jarige leeftijd, vergeleken met borstaandoeningen in de kinderjaren, gecontroleerd voor roken en astma of 'wheezing bronchitis' sinds het 16e levensjaar (tussen haakjes: aantallen ondervraagde personen).

	astma of 'wheezing bronchitis' sinds 16e levensjaar		geen astma en geen 'wheezing bronchitis' sinds 16e levensjaar		alle ondervraagden	
	rokers	niet-rokers	rokers	niet-rokers	rokers	niet-rokers
pneumonie, astma of 'wheezing bronchitis' tot 7e jaar	57 (106/186)	26 (57/223)	28 (200/706)	8 (83/1.044)	34 (306/892)	11 (140/1.267)
geen borstaandoening tot 7e jaar	56 (166/299)	29 (83/289)	25 (786/3.098)	7 (321/4.712)	28 (952/3.397)	8 (404/5.001)
alle ondervraagden	56 (272/485)	27 (140/512)	26 (986/3.804)	7 (404/5.756)	29 (1.258/4.289)	9 (544/6.268)

daad samen met een verhoogde prevalentie van hoesten en/of slijm opgeven op 23-jarige leeftijd. Als de onderzoeksgroep verder werd onderverdeeld in een groep mét en een groep zonder recente 'wheezing', werd het verband kleiner; deze uitkomst bevestigt, dat recente astma of 'wheezing bronchitis' de relatie tussen borstaandoeningen in de kinderjaren en respiratoire symptomen bij jonge volwassenen wellicht deels kan verklaren. Tabel 4 toont het effect van recente episoden van 'wheezing' op de relaties tussen hoesten en slijm opgeven

op 23-jarige leeftijd en pneumonie, astma en 'wheezing bronchitis' in de kinderjaren, geanalyseerd langs de weg van de multiële regressie. Wanneer er niet werd gekeken naar recente astma of 'wheezing bronchitis' (dus wanneer er alleen werd gecontroleerd voor actief en passief roken) was het verband tussen borstaandoeningen in de kinderjaren en respiratoire symptomen op volwassen leeftijd én over de hele lijn én voor hoesten en slijm opgeven afzonderlijk significant. Het effect van pneumonie in de kinderjaren op respiratoire symptomen bij jonge

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

volwassenen was minder groot dan dat van astma of 'wheezing bronchitis'; omdat het bij de kinderen met pneumonie om betrekkelijk kleine aantallen ging, waren de betrouwbaarheidsintervallen breed en unitair.

Was in het analysemodel een anamnese van astma of 'wheezing bronchitis' sinds het 16e levensjaar opgenomen, dan waren de effecten van borstaandoeningen in de kindertijd niet langer significant op het 5%-niveau; ze vertoonden echter nog steeds dezelfde trend, dat wil zeggen dat hoesten en slijm opgeven vaker voorkwamen bij personen met pneumonie, astma of 'wheezing bronchitis' in de kinderjaren in de anamnese. De bovenste betrouwbaarheidslimieten voor de desbetreffende geschatte odds ratio's lagen allemaal lager dan 1,5; dit wijst erop, dat de gevolgen op lange termijn van borstaandoeningen in de kinderjaren bij personen zonder recente 'wheeze' naar alle waarschijnlijkheid geen belangrijke rol spelen bij hoesten en slijm opgeven op volwassen leeftijd (tabel 4). Daarentegen was er sprake van een onmiskenbaar effect van recente astma of 'wheezing bronchitis' op hoesten en opgeven van slijm met 23 jaar, een effect dat onafhankelijk was van zowel roken als ziekten in de kinderjaren ($\chi^2 = 351,0$; 2df). Vergelijking van de geschatte odds ratio's in modellen waarin werd gecontroleerd voor de factor 'roken' alleen en voor roken in combinatie met astma of 'wheezing bronchitis' sinds het 16e levensjaar, bevestigde dat het recent vóórkomen van 'wheezing' het verband tussen borstaandoeningen in de kinderjaren en hoesten en slijm opgeven in de vroege volwassenheid voor een groot deel verklaart (tabel 4).

Beschouwing. De vragen die in dit onderzoek werden gesteld met betrekking tot hoesten en het opgeven van slijm werden ook gesteld in het vervolgonderzoek op 20-, 25- en 36-jarige leeftijd onder het in 1946 geboren cohort van de National Study of Health

Tabel 4. Geschatte odds ratio's (en 95%-betrouwbaarheidsintervallen), ontleend aan multiële logistische regressiemodellen voor hoesten en slijm opgeven op 23-jarige leeftijd, gecontroleerd voor roken en het recent vóórkomen van 'wheezing', gerelateerd aan borstaandoeningen tot het 7e levensjaar.

uitkomstvariabele	verklarende variabele	gecontroleerd voor:			
		roken alleen	χ^2	roken en recente 'wheeze'	χ^2
hoesten of slijm opgeven op 23 jarige leeftijd	borstaandoeningen in het algemeen*	1,37(1,21-1,55)	23,1	1,11(0,97-1,27)	2,33*
	astma of 'wheezing bronchitis'	1,38(1,21-1,57)	21,6	1,09(0,97-1,25)	1,40
	pneumonie	1,25(0,98-1,59)	3,25	1,01(0,86-1,41)	0,61
hoesten (op enig moment van de dag) op 23 jarige leeftijd	borstaandoeningen in het algemeen*	1,38(1,20-1,58)	19,46	1,10(0,95-1,27)	1,55
	astma of 'wheezing bronchitis'	1,40(1,21-1,63)	20,1	1,10(0,94-1,28)	1,36
	pneumonie	1,16(0,89-1,51)	1,10	1,00(0,76-1,32)	0,00
slijm opgeven (op enig moment van de dag) op 23 jarige leeftijd	borstaandoeningen in het algemeen*	1,31(1,13-1,53)	11,75	1,05(0,89-1,23)	0,34
	astma of 'wheezing bronchitis'	1,31(1,11-1,53)	10,40	1,02(0,86-1,21)	0,05
	pneumonie	1,25(0,94-1,67)	2,33	1,10(0,82-1,47)	0,39

Alle 'goodness of fit' chi-kwadratswaarden hebben één vrijheidsgraad. * Astma, 'wheezing bronchitis' of pneumonie.

and Development⁵⁻⁷. In dat cohort evenwel werd het optreden van 'bronchitis, bronchopneumonie of pneumonie' op 2-jarige leeftijd vastgesteld, terwijl in ons cohort uit 1958 wel onderscheid werd gemaakt tussen pneumonie en 'bronchitis met wheezing', maar niet werd gevraagd naar andere vormen van bronchitis. Het onderzoek van de mensen van 1958 had als voordeel dat het voorkomen van 'wheezing' er beter in uit de verf kwam en dat de steekproef groter was. Een vergelijking van dat wat ouders meldden over eventuele borstaandoeningen in het eerste levensjaar van hun kind met de praktijkgegevens van huisartsen wijst erop dat, hoewel specifieke diagnostische categorieën nauwelijks samenhang vertonen, de ongelijkheid afneemt als alle lage-luchtwegaandoeningen worden gecombineerd²⁴. Van een kwart van de in 1946 geboren kinderen werd gerapporteerd dat zij gedurende de eerste twee levensjaren hadden geleden aan een infectie van de lage luchtwegen⁵.

Hoewel het afnemen van de zuigelingensterfte als gevolg van aandoeningen van de luchtwegen doet vermoeden dat de incidentie van pneumonie onder de kinderen uit 1946 hoger is geweest dan onder de kinderen die twaalf jaar later werden geboren, levert dit geen aannemelijke verklaring voor een zo hoge cumulatieve incidentie van aandoeningen van de luchtwegen. Het zal eerder zo zijn dat veel kinderen van wie de ouders 'bronchitis, bronchopneumonie of pneumonie' rapporteerden, waarschijnlijk ziekten hebben gehad die gepaard gaan met 'wheezing': een de afgelopen vier decennia bij Britse kinderen in hun eerste levensjaren veel voorkomend beeld²⁵⁻²⁷. Ons onderzoek bevestigt de uitkomsten van eerdere onderzoeken waaruit blijkt dat jonge volwassenen met astma vaak symptomen vertonen waarvan men gewoonlijk aanneemt dat ze wijzen op een chronische bronchitis¹². Recente episoden van 'wheeze' in de anamnese leidden tot

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

een even grote prevalentie van gerapporteerd hoesten en slijm opgeven als de factor 'roken'. Dit kan gedeeltelijk te wijten zijn aan de neiging van sommige ondervraagden alle mogelijke respiratoire symptomen op te voeren, ook al doordat de vragen over hoesten en het opgeven van slijm volgden op de vragen over astma en 'wheezing bronchitis'. Het is ook mogelijk dat sommige astmapatiënten die het opgeven van slijm rapporteerden, eerder lijden aan een allergische bronchitis met eosinofiel sputum dan aan een chronische bronchitis met overmatige slijmafscheiding¹². Chronische hoest, met name 's nachts, kan wijzen op allergische bronchitis en bronchiale hyperreactiviteit, zelfs wanneer er geen sprake is van 'wheeze'^{28, 29}.

Uit onze resultaten blijkt een verband tussen borstaandoeningen in de kindertijd en respiratoire symptomen bij jonge volwassenen, zoals dat ook was aangetoond bij het cohort van in 1946 geboren⁵⁻⁷. In de analyse van de data met betrekking tot dat cohort van '46 was geen rekening gehouden met de nauwe samenhang tussen hoesten en het opgeven van slijm enerzijds en 'wheezing' bij jonge volwassenen anderzijds. Onze analyse laat zien dat als dit wél gebeurt, het verband tussen borstaandoeningen in de kindertijd en respiratoire symptomen op volwassen leeftijd bijna volledig blijkt te kunnen worden toegeschreven aan een blijvende astmatische aanleg bij sommige personen. Dit alles biedt steun aan de onlangs geformuleerde theorie^{13, 30}, dat aandoeningen van de luchtwegen die tot op volwassen leeftijd blijven aanhouden eerder moeten worden toegeschreven aan de gestoorde longfunctie waar astma mee gepaard gaat dan aan een structurele beschadiging van de longen als gevolg van een luchtweginfectie in de kindertijd, zoals gesuggereerd in vroeger onderzoek en opnieuw bevestigd in een recent onderzoek van sterftestatistiek^{2, 13}. Als structurele beschadigingen van de

longen een belangrijke rol zouden spelen, hadden we een sterker verband tussen pneumonie in de kindertijd en hoesten en het opgeven van slijm op latere leeftijd mogen verwachten dan tussen 'wheezing' in de kindertijd en hoesten en slijm opgeven later. In feite constateerden we het tegendeel.

Er zijn verschillende verklaringen voor de sterke relatie tussen een anamnese van pneumonie en 'wheezing' in de kindertijd. De meest waarschijnlijke verklaring luidt, dat kinderen met aanleg voor astma een grotere kans hebben op lage-luchtweginfecties of meer last van dergelijke infecties blijven houden^{22, 23}. In onderzoeken naar het beloop bij kinkhoest, een langdurige ziekte die soms wordt gecompliceerd door een longcollaps, beschouwde men een gedeeld verband met aanleg voor astma als de meest waarschijnlijke verklaring voor de geconstateerde samenhang met 'wheezing' op latere leeftijd³¹. Hoewel 'wheezing' en bronchiale hyperreactiviteit vaker voorkomen bij mensen die als heel klein kind met een lage-luchtweginfectie in het ziekenhuis hebben gelegen, zijn ze niet terug te voeren tot één bepaalde diagnostische categorie³²; dit is in tegenspraak met het idee dat astma wordt veroorzaakt door een specifieke infectieuze agens, zoals een respiratoor syncytiaal virus³³. Doordat we voor ons onderzoek alleen hebben gewerkt met vragenlijsten, konden we alleen symptomen meten die normaal met overmatige slijmafscheiding in verband worden gebracht. Vergeleken met spirometrische gegevens over de obstructie van de luchstroom hebben deze symptomen echter een slechte voorspellende waarde ten aanzien van de mortaliteit³⁴. Als we meer inzicht willen krijgen in de rol die op jonge leeftijd optredende aandoeningen van de ademhalingsorganen spelen bij de etiologie van chronisch obstructieve aandoeningen van de luchtwegen, moet in vervolgstudies met betrekking tot

'ons' cohort (in 1958 geboren) speciaal worden gekeken naar de longfunctie. Het verband tussen een neiging tot 'wheezing' aan de ene en zowel hoesten en het opgeven van slijm als een lagere expiratoire piekstroomsnelheid bij jonge volwassenen aan de andere kant, zou zinvol kunnen worden geïntegreerd in de voortgaande analyse van dit probleem in het cohort van 1946³⁵.

Strachan DP, Anderson HR, Bland JM, Peckham C. Asthma as a link between chest illness in childhood and chronic cough and phlegm in young adults. *Br Med J* 1988; 296: 890-3.

Literatuur

1. Reid DD. The beginnings of bronchitis. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1969; 62:311-6.
2. Barker DJP, Osmond C. Childhood respiratory infection and adult chronic bronchitis in England and Wales. *Br Med J* 1986; 293:1271-5.
3. Colley JRT, Reid DD. The urban and social origins of childhood bronchitis in England and Wales. *Br Med J* 1970; ii:213-7.
4. Burrows B, Knudson RJ, Lebowitz MD. The relationship of childhood respiratory illness to adult obstructive airways disease. *Am Rev Respir Dis* 1977; 115:751-60.
5. Colley JRT, Douglas JWB, Reid DD. Respiratory disease in young adults: influence of early childhood lower respiratory tract illness, social class, air pollution, and smoking. *Br Med J* 1973; iii:195-8.
6. Kiernan KE, Colley JRT, Douglas JWB, Reid DD. Chronic cough in young adults in relation to smoking habits, childhood environment and chest illness. *Respiration* 1976; 33:236-44.
7. Britten N, Wadsworth J. Long term respiratory sequelae of whooping cough in a nationally representative sample. *Br Med J* 1986; 292:441-4.
8. Hammett RWF, Mair A. Chronic bronchitis and the catarrhal child. *Scot Med J* 1963; 8:175-84.
9. Williams H, McNicol KN. Prevalence, natural history and relationship of wheezy bronchitis and asthma in children. An epidemiological study. *Br Med J* 1969; iv:321-5.
10. Martin AJ, McLennan LA, Landau LI, Phelan PD. Natural history of childhood asthma to adult life. *Br Med J* 1980; 280:1397-400.
11. Martin AJ, Landau LI, Phelan PD. Lung function in young adults who had asthma in childhood. *Am Rev Respir Dis* 1980; 122:609-16.
12. Martin AJ, Landau LI, Phelan PD. Asthma from childhood

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

at age 21: the patient and his disease. *Br Med J* 1982; 284:380-2.

13. Phelan PD. Does adult chronic obstructive lung disease really begin in childhood? *Br J Dis Chest* 1984; 78:1-9.

14. Butler NR, Bonham DG. Perinatal mortality. First report of the 1958 British perinatal mortality survey, under the auspices of the National Birthday Trust. Edinburgh: Livingstone, 1963.

15. Davie R, Butler N, Goldstein H. From birth to seven. The second of the national child development study (1958 cohort). London: Longman, 1972.

16. Fogelman K (ed). Britain's sixteen-year-olds. London: National Children's Bureau, 1976.

17. Fogelman K (ed). Growing up in Great Britain: papers from the national child development study. London: MacMillan, 1983.

18. Shepherd P. The national child development study; an introduction to the origins of the study and the methods of data collection. London: NCDS User Support Group, City University, 1986.

19. Medical Research Council. Questionnaire on respiratory symptoms. London: Medical Research Council, 1966.

20. Medical Research Council Committee on the Aetiology of Chronic Bronchitis. Definition and classification of chronic bronchitis for clinical and epidemiological purposes. *Lancet* 1965; i:775-9.

21. Baker RJ, Neider JA. The GLIM system manual. Release 3. Oxford: Numerical Algorithms Group, 1978.

22. Anderson HR, Bland JM, Patel S, Peckham C. The natural history of asthma in childhood. *J Epidemiol Community Health* 1986; 40:121-9.

23. Strachan DP. The childhood origins of adult bronchitis in a British cohort born in 1958 (the national child development study). Dissertation London: School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, 1986. 123 pp.

24. Watkins CJ, Burton P, Leeder S, Sittampalam Y, Wever AJM, Wiggins R. Doctor diagnosis and maternal recall of lower respiratory illness. *Int J Epidemiol* 1982; 11:62-6.

25. Goodall JF. The natural history of some common respiratory infections in children and some principles in its management. III: Wheezy children. *J. R. Coll Gen Pract* 1958; 1:51-9.

26. Fry J. Acute wheezy chests. *Br Med J* 1961; ii:227-32.

27. Strachan DP. The prevalence and natural history of wheezing in early childhood. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35:182-4.

28. Woolcock AJ, Peat JK, Salome CM (et al). Prevalence of bronchial hyperresponsiveness and asthma in a rural adult population. *Thorax* 1987; 42:361-8.

29. Corrao WM, Braman SS, Irwin RS. Chronic cough as the sole presenting manifestation of bronchial asthma. *N Engl J Med* 1979; 300:633-7.

30. Anderson HR. Respiratory disease in childhood. *Br Med Bull* 1986; 42:167-71.

31. Johnston IDA, Anderson HR, Lambert HP, Patel S. Respiratory morbidity and lung function after whooping cough. *Lancet* 1983; ii:1104-8.

32. Mok JYQ, Simpson H. Outcome for acute bronchitis, bronchiolitis and pneumonia in infancy. *Arch Dis Child* 1984; 59:306-9.

33. McConnochie KM, Roghmann KJ. Bronchiolitis as a possible cause of wheezing in childhood: new evidence. *Pediatrics* 1984; 74:1-10.

34. Peto R, Speizer FE, Cochrane AL (et al). The relevance in adults of airflow obstruction, but not of mucus hypersecretion, to mortality from chronic lung disease. *Am Rev Respir Dis* 1983; 128:491-500.

35. Britten N, Davies JMC, Colley JRT. Early respiratory experience and subsequent cough and peak expiratory flow rate in 36 year old men and women. *Br Med J* 1987; 294:1317-20.

Fibrosigmoïdoscopie: open (zieken)huis

Vijf jaar lang zijn in twee ziekenhuizen in de Engelse Midlands externe en interne verwijzingen voor fibrosigmoïdoscopie vergeleken. In totaal ging het om 541 verwijzingen uit de eerste lijn en 495 verwijzingen binnen het ziekenhuis. In die vijf jaar verdubbelde het aantal patiënten dat extern was verwezen. De opbrengst bleef echter gelijk: circa 40%, even hoog als bij intern doorverwezen patiënten. Een colorectaal carcinoom werd gevonden bij 64 'interne' en 47 'externe' patiënten; het percentage Dukes's type of A lesions was in beide groepen hetzelfde (34%). Poliepen, colitis en divertikels kwamen in beide groepen evenveel voor. De methode faalde in slechts 1,2% van de desbetreffende gevallen: bij 12 mensen die wel wat mankeerden werd de aandoening niet gezien. Ten aanzien van 54 patiënten kwam men met de fibrosigmoïdoscoop niet uit. Van 475 van de 541 van

buiten het ziekenhuis verwezen patiënten (88%) kan worden gezegd dat in hun geval terecht om deze vorm van endoscopie was gevraagd; maar 54 patiënten (17%) met een bij endoscopie normaal aspect moesten voor nader onderzoek worden doorverwezen. De diagnostische opbrengst was laag bij mensen beneden de 40 die voor fibrosigmoïdoscopie naar het ziekenhuis waren gekomen (19% = 30/156) en bij de mensen die klaagden over buikpijn en/of constipatie (0%-17%). De meesten van deze jongere patiënten hadden waarschijnlijk last van het irritable bowel syndrome; daar hoeft geen fibrosigmoïdoscoop aan te pas te komen. Anderzijds was er een hoge diagnostische opbrengst (90%-100%) bij patiënten uit alle leeftijdsklassen die waren verwezen wegens klachten over diarree en rectaal bloed, occult/verkeerd bloed uit het rectum en rectaal bloed in combinatie met buikpijn.

Het is zinvol dat ziekenhuizen voor huisartsen 'open huis' houden waar het gaat over de toegang tot de diagnostiek door middel van fibrosigmoïdoscopie. Deze procedure heeft haar nut inmiddels bewezen.

Kalra R, Price WR, Jones BJM, Hamlyn AN. Open access fibrosigmoïdoscopy: a comparative audit of efficacy. *Br Med J* 1988; 296: 1095-6. Abstract.

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

LAD

Ledenvergadering keurt begroting 1989 goed

Op de Algemene Ledenvergadering van de LAD welke op dinsdag 25 oktober jl werd gehouden, werd onder andere ook de begroting van 1989 aan de orde gesteld. Dr. Van Leer deelde namens de kascommissie mee dat zeer behoedzaam omgaan met de financiële middelen, alsmede een bescheiden toename van het ledental het mogelijk maakte om de contributie voor 1989 opnieuw niet te

verhogen. Bovendien heeft een goede spreiding van risico's voorkomen dat de beurskrach van eind oktober 1987 invloed had op de financiële reserves. De ledenvergadering keurde de begroting vervolgens goed. Ook het jaarverslag van de LAD, dat inmiddels aan alle leden is toegezonden, werd op de vergadering goedgekeurd.

LAD

Benoeming nieuwe leden Centraal Bestuur

De ledenvergadering ging ook akkoord met de benoeming van 5 nieuwe leden van het Centraal Bestuur. Per 1 januari 1989 zal het Centraal Bestuur worden uitgebreid met de leden D.B. Kagenaar (sociaal-geneeskundige verzekeringsgeneeskunde), K.D. Kunst (sociaal-geneeskundige algemene gezondheidszorg), mevrouw L. E. C. Verhoeven-van Duin (specialist), W. W. ten Bokkel Huinink (specialist) en mevrouw J. Zimmerman (verpleeghuisarts). Per 31

december treden af J. C. F. M. Aghina, dr. K. Feenstra en C. J. Goudswaard, terwijl tussentijds waren afgetreden mevrouw M. L. H. Verbraak-Feijen en E. R. Peters.

De nieuwe leden van het Centraal Bestuur zullen in een van de volgende uitgaven van Medisch Contact nader aan u worden voorgesteld.

LAD

Nieuwe brochure Werkgelegenheid

In de serie LAD-informatie is een nieuwe brochure verschenen getiteld: 'Werkgelegenheid, een zorg voor de LAD'. De brochure behandelt een aantal situaties waarmee de pas afgestudeerde basisarts te maken kan krijgen. Zo wordt aandacht besteed aan de werkwijze van de Vacaturebank en van het Uitzendbureau (Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen, SWG), aan de wijze

waarop uitkeringen dienen te worden aangevraagd, aan de individuele rechtshulp die de LAD kan verlenen en tot slot aan de structurele mogelijkheden die de LAD ontwikkelt om de werkgelegenheidssituatie in de toekomst te verbeteren. Exemplaren van de brochure zijn voor leden bij het bureau van de LAD verkrijgbaar (telnr. 030-823344).

LVSG

Ledenvergadering 19 december 1988

Communicatie curatief werkende artsen en sociaal-geneeskundigen

De extra ledenvergadering van de LVSG zal op 19 december aanstaande in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum plaatsvinden (zie aankondiging in MC nr. 45/1988, blz. 1400). De vergadering bestaat uit twee delen. Het huishoudelijk deel vangt aan om 19.00 en zal volgens planning om circa 19.45 uur worden gevolgd door het themadeel. Onderwerp: 'Communicatie curatief werkende artsen en sociaal-geneeskundigen'.

Gekozen is een onderwerp dat actualiteitswaarde heeft. In een tijd waarin de organisatie en kosten van de gezondheidszorg algemeen ter discussie staan, leek het zinvol knelpunten in de contacten tussen behandelend artsen en sociaal-geneeskundigen aan de orde te stellen.

Vele sociaal-geneeskundigen zullen in hun vak ervaren of hebben ervaren dat een dialoog of samenwerking met specialisten en huisartsen, alhoewel niet per definitie slecht, nog allerminst een vanzelfsprekendheid is. Dit zou in het belang van de zorg voor patiënten of diensten wel het geval moeten zijn. Onbekendheid met het werk, de rol en positie van sociaal-geneeskundigen bij curatief werkende collega's, zijn maar al te vaak de basis voor (verkeerde)

veronderstellingen en vooroordelen. Dat dit dikwijls leidt tot verlies van tijd en verhoging van kosten voor behandeling en revalidatie is bij sociaal-geneeskundigen bekend.

Het is de bedoeling dat deze themakeuze een positieve bijdrage levert aan een discussie over zorg voor patiënten en diensten, tussen alle betrokkenen.

De heer P. C. Buijs, die onlangs in Medisch Contact (MC nr. 38/1988, blz. 1131) een artikel heeft gepubliceerd over sociaal-medische begeleiding, zal het thema inleiden. Verzekeringsarts Marijnen en bedrijfsarts Royaards zullen het thema belichten vanuit respectievelijk de verzekeringsgeneeskundige en de bedrijfsgeneeskundige praktijk. Vanuit de curatieve sector komen de heren Merkelbach (chirurg) en Groeneveld (huisarts) aan het woord.

Rond 21.00 uur zal er onder leiding van de heer Buijs een forumdiscussie plaatsvinden over de vragen: 'Waar liggen de knelpunten in de communicatie?', 'Hoe kunnen betrokkenen tot verbetering van de communicatie komen?' en 'Welke rol zouden de beroepsorganisaties bij dit laatste kunnen spelen?'

In het binnenkort te versturen ledenbulletin van de LVSG zal aan de komende ledenvergadering nader aandacht worden besteed.

Noteert u de datum in ieder geval alvast in uw agenda!

UIT DE VERENIGINGEN

SRC

Nieuwe inschrijvingen

Specialisten ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in de maand oktober 1988.

Anesthesiologie

J. Klein, 1.10.1988

Cardiologie

Dr. Ir. C. J. M. v/d Berg, 1.9.1988

H. W. J. Meijburg, 1.8.1988

P. E. Polak, 15.8.1988

Jhr. Dr. A. A. de Rotte, 1.10.1988

Dermatologie en venerologie

Mw. K. J. M. Vissers-Croughs, 1.9.1988

Heelkunde

R. W. F. R. van den Broek, 12.10.1988

C. Mahabier, 1.7.1986

J. H. ten Thije, 1.6.1988

Inwendige geneeskunde

B. Bravenboer, 1.8.1988

W. Huppes, 1.8.1988

H. J. van Wijk, 1.9.1988

Zijn inschrijving als gastro-enteroloog per 1.12.1987 komt hiermede te vervallen.

Keel-neus-oorheelkunde

H. A. Waalkens, 1.7.1988

Kindergeneeskunde

Mw. M. J. J. de Haan, 1.6.1988

Klinische genetica

Prof. Dr. V. C. H. H. Ropers, 24.6.1987

Neurologie

P. H. Hendriksen, 1.9.1988

D. Herderschee, 1.9.1988

L. J. Kappelle, 1.10.1988

Aantekening Klinische Neurofysiologie

L. J. Kappelle, 1.10.1988

Oogheelkunde

E. J. Postema, 1.8.1988

Pathologische anatomie

Dr. J. H. J. M. v. Krieken, 1.9.1988

Mw. Dr. E. M. van der Loo, 1.8.1988

Plastische chirurgie

A. R. Koch, 1.9.1988

Psychiatrie

B. R. A. van der Veen, 1.10.1988

B. Warshavsky, 16.9.1988

Radiodiagnostiek

B. R. J. Walstra, 1.8.1988

Radiotherapie

C. H. J. Terhaard, 1.10.1988

Verloskunde en gynaecologie

Mw. P. M. Smulders, 1.8.1988

Hulpverlening aan artsen

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

Voor nadere inlichtingen (uiteraard uitzonderd 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 of (op maandag en donderdag overdag) op 071-350660

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

Dr. P. Lens, huisarts, Faradaystraat 13, 2014 EN Haarlem, tel. 070-706440 (overdag) of 023-245362 ('savonds)

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), 7522 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

Partnergroep Den Haag, tel. 070-463449