

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 16 – 22 april – 43e jaargang

AIDS-tests voor en na. De voorzitter van de Nationale Commissie AIDS-bestrijding, Prof. Dr. E. W. Roscam Abbing, biedt discussianten een handvat.

In het kader van het scenario-onderzoek op het terrein van de chronische ziekten heeft het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO een vooronderzoek verricht. Een doelstelling hiervan was, één of meer chronische ziekten te selecteren, met als criterium vooral het beslag dat wordt gelegd op de gezondheidszorg. NIPG-TNO medewerkers W. Davidse, H. P. A. van de Water en Dr. G. J. Vaandrager beschrijven de keuze-problemen.

Het eind vorig jaar verschenen onderzoekrapport 'Epilepsiezorg in Nederland 1970-2010' behelst scenario's en strategieën, géén prognoses. Het moet als een 'learning environment' worden gehanteerd. De socioloog Prof. Dr. H. A. Beckers, hoogleraar Sociale Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, en zijn medeonderzoekers geven een toelichting.

Meer patiënten, betere behandelingsmogelijkheden – minder artsen, minder bedden, bezuinigingen. Ziedaar het spanningsveld waarin de reumatologie zich heden bevindt. Een schets van de reumatoloog Prof. Dr. J. K. van der Korst en van ing. J. G. Meegdes, beleidsadviseur bij het Nationaal Ziekenhuisinstituut.

De huidige ziekenhuisorganisatie is ziek. Structuur en cultuur ervan zijn niet aangepast aan de eisen van deze tijd en al wie er deel van uitmaakt zit erin gevangen. Zo luidt althans de diagnose ter zake van W. L. J. M. Laane, die als zenuwarts in algemene ziekenhuizen en als manager in psychiatrische ziekenhuizen heeft gewerkt.

Waar moeten patiënten heen voor eerste hulp: naar de huisarts of naar het ziekenhuis? In Almere gaat men – hulpverlener én patiënt – vooral uit van het eerste. Dat kan ook moeilijk anders, want de stad heeft nog geen ziekenhuis.

INHOUD

Testbeleid, AIDS-bestrijding en belangenverdediging. Een analysekader
Prof.Drs. E. W. Roscam Abbing - 487

Selectie van chronische ziekten voor scenario-onderzoek. Methodologische keuze-problemen
W. Davidse, H. P. A. van de Water en Dr. G. J. Vaandrager - 493

De zorg voor mensen met epilepsie. Scenario's en strategieën
H. A. Becker, J. P. van de Klashorst, G. H. van Schaik-Colijn en P. L. J. Hermes - 495

Reumazorg. Zorgvuldige planning noodzakelijk
Prof. Dr. J. K. van der Korst en ing. J. G. Meegdes - 497

De organisatie van het ziekenhuis
W. L. J. M. Laane - 499

Een experiment in Almere (12). EHBO: patiëntenstromen
Herman Sixma - 503

Psychosociale problematiek bij vrouwen van 'expatriates'. Een verkenning
Dr. M. E. Vierhout en Dr. R. A. M. Erdman - 506

Colofon 482 - Colofon officieel 482 - Hoofdre-dactioneel commentaar 483 - Voorzittersko-lom LSV 484 - Brieven 485 - Meester Dokter 491 - Uit de Verenigingen 509

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

Tobias geneest zijn vaders blindheid door visse-gal, die hij van een engel had gekregen, op diens ogen te leggen. Bernardo Strozzi 1581-1644. Metropolitan Museum of Art, New York.

KNMG LHV LSV LAD LVSG KNMG

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

Postgironummer 58083-AMRO banknummer 45 64 48 969.

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

Dagelijks bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De afdelingen Ledenbemiddeling, Comptabiliteit, Ledenadministratie, Centrale Verwerking, Buiten-land 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. Steen-brink, 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, secre-taresse.

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

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. 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. Dage-lijks 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, Iris-laan 7, 1943 DB Beverwijk, telefoon 02510-25636; postgironummer 111.950 ten name van de penningmeester van de Stichting Ondersteu-ningsfonds te Beverwijk.

Bibliotheek

Prof. Dr. D. de Moulin, bibliothecaris, p.a. Univer-siteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.

Stichting Dienstverlening Medici

Mw. C. M. Voermans-Neleman, voorzitter Bu-reau-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.

Verkenningen over chronische ziekten

Voor het uitstippelen van een lange-termijnbeleid op het gebied van de volksgezondheid dient de overheid een zo goed mogelijk inzicht te hebben in mogelijke toekomstige ontwikkelingen en in de problemen die deze ontwikkelingen kunnen meebrengen. Voor het doen van een aantal toekomstverkenningen werd daarom in 1983 de onafhankelijke Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) ingesteld.

Eén gebied waaraan de STG aandacht wil geven is het terrein van de chronische aandoeningen. De stuurgroep heeft het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO (NIPG-TNO) gevraagd een vooronderzoek te doen met als doel één of meer chronische ziekten te selecteren die in aanmerking komen voor nadere bestudering¹.

De reden voor de vraag ligt voor de hand. Er zijn vele en uiteenlopende chronische ziekten, wat het niet mogelijk maakt ze allemaal over één kam te scheren. Sommige vragen onze aandacht vanwege hun hoge frequentie van *voorkomen* (zoals de nerveus-functionele aandoeningen in de huisartspraktijk), andere vanwege het belang van een vroege *detectie* (zoals fenylketonurie), weer andere vanwege de noodzaak van goede *zorg* (zoals multipale sclerose). Terwijl de ene chronische ziekte bij een tijdige en adequate medische hulpverlening totaal niet invaliderend is (bijvoorbeeld pernicieuze anemie), staat de infauste prognose van de andere bij het ontdekken ervan vrijwel vast (zoals in het geval van sommige progressieve spierdystrofieën).

De voorbeelden geven al aan dat een aantal chronische ziekten verregaande gevolgen heeft voor de betrokken zieken zelf, voor hun naaste omgeving en voor de samenleving, vanwege de noodzaak van adequate geneeskundige, sociale, psychologische en financieel-materiële voorzieningen. De maatregelen die in verband hiermee moeten worden genomen, lopen sterk uiteen.

Vóór men kan selecteren, speelt de vraag wat men onder een chronische ziekte verstaat. Een antwoord hierop is niet zo gemakkelijk te geven. Enerzijds hanteert men wel de *duur* van een ziekte, bijvoorbeeld: langer dan drie maanden. Anderzijds worden sommige ziekten chronisch genoemd omdat men dat internationaal heeft afgesproken; de *aard* is dan bepalend². Het NIPG-TNO heeft vooral gelet op het min of meer perma-

nente karakter en op het beslag op de gezondheidszorg dat vanwege de ernst in behandelend en/of preventief opzicht wordt gelegd. Hierdoor is de discussie vermeden over de vraag of een conditie als *adipositas* wel tot de chronische ziekten behoort te worden gerekend, zoals sommige onderzoekers doen³. Ten aanzien van elke chronische ziekte zijn er vele facetten die om nadere verkenning vragen:

– Is er preventie mogelijk? Zo ja, welke instrumenten zijn hiervoor geschikt? Is actieve opsporing noodzakelijk en hoe kan deze het best worden georganiseerd?

– Wat zijn de meest doeltreffende behandelingsmogelijkheden? Hoe kan worden bewerkstelligd dat deze voldoende beschikbaar zijn?

– Hoe kan de zelfredzaamheid en zelfwerkzaamheid van de patiënt worden be-

heid van de betrokkenen worden bevorderd. Bij een goede behandeling kan verergering worden tegengegaan of uitgesteld. Als verergering toch optreedt, kan dit bij beide ziekten tot ernstige invaliditeit of vroeger sterven leiden. De organisatie van de gezondheidszorg kan op deze ernstige gevallen beter worden toegesneden; het tegengaan van complicaties vergt nog veel onderzoek van vaak multidisciplinaire aard.

Als men er echter op let waar de 'witte plekken' op het gebied van onderzoek en de gezondheidszorg zitten, kan ik me ook een andere keus voorstellen. Naar CARA en diabetes mellitus wordt, niet het minst beïnvloed door de activiteiten van het Nederlands Astma Fonds en de Diabetes Vereniging Nederland, al veel toegepast onderzoek gedaan. Hierdoor is er over de toekomstige ontwikkeling van deze ziektebeelden al vrij veel bekend. Veel minder aandacht krijgen bijvoorbeeld de chronische gewrichtsklachten (zoals *arthrosis deformans*)⁴. Chronische gewrichtsklachten zijn een belangrijke reden voor uittrede uit het arbeidsproces en hebben dus grote maatschappelijke consequenties. In de praktijk van de Engelse huisarts Fry kwamen chronische gewrichtsklachten drie- tot viermaal zo vaak voor als CARA en diabetes mellitus⁵. Onderzoek naar chronische gewrichtsaandoeningen vindt echter maar mondjesmaat plaats, terwijl er ook bij klinici over het algemeen minder belangstelling voor deze afwijkingen is dan voor CARA en diabetes mellitus. Aan het STG willen wij derhalve ter overweging geven, aan de twee door het NIPG-TNO genoemde aandoeningen de chronische gewrichtsklachten toe te voegen. Ook met betrekking tot deze laatste aandoeningen kunnen belangrijke onderzoeksvragen worden geformuleerd. □

Dr. C. Spreeuwenberg

vorderd? Welke maatregelen zijn hiervoor nodig?

– Op welke problemen moet het wetenschappelijk onderzoek zich in de komende tijd richten? Welke vragen op het gebied van fundamenteel en toegepast onderzoek moeten daarvoor eerst worden beantwoord?

Het NIPG-TNO stelt de STG voor zich te richten op CARA en diabetes mellitus, omdat het beslag op de gezondheidszorg van deze twee aandoeningen groot is. Vanuit de door de NIPG-TNO gekozen invalshoek is de keuze logisch. Zowel CARA als diabetes mellitus doet zich frequent voor onder de bevolking. CARA wordt vaak niet onderkend en van de diabetes is ongeveer de helft als zodanig bekend; dit maakt dat de vroege detectie van beide afwijkingen kan worden verbeterd. Het merendeel van de betrokken patiënten kan zeer goed door de huisarts worden behandeld, mits deze de kennis hiervoor op peil houdt. Beide aandoeningen lenen zich voor het inschakelen van hulpverleners (praktijkassistenten, fysiotherapeuten, diëtisten), zodat ook de gewenste organisatie van de gezondheidszorg kan worden verkend. Door goede voorlichting kan de zelfredzaam-

1. Davidse W. Water HPA van de, Vaandrager G.J. Selectie van chronische ziekten voor scenario-onderzoek. Medisch Contact 1988; 43: 493-4.

2. Es JC van. Patiënt en huisarts; een leerboek huisartsgeneeskunde. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.

3. Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Academisch proefschrift Nijmegen. 1983.

4. Korst JK van der, Meegdes JG. Reumazorg; zorgvuldige planning noodzakelijk. Medisch Contact 1988; 43: 497-9.

5. Fry J. Common diseases. 2nd ed. Lancaster: MTP.

LSV-voorzitter Dr. C. M. T. Plasmans:

Afspraak is afspraak

Dezer dagen heeft de LSV weer eens de gang naar de rechter moeten maken om een onjuiste beslissing van de overheid te doen corrigeren. Ongetwijfeld zal in politiek Den Haag de specialisten daarover nu wel weer een verwijt worden gemaakt. Gelijk hebben is nu eenmaal wat anders dan gelijk krijgen. De uitspraak van de rechter loog er echter niet om:

'De LSV en de regering hebben in 1984 een overeenkomst gesloten, het zogeheten Generaal Akkoord. De strekking van deze overeenkomst is, dat onderzoeken naar de inkomens en naar de werkbelasting gelijktijdig zullen worden gehouden. Het onderzoek van de Economische Controle Dienst richt zich wel op de inkomens, maar niet op de werkbelasting. Dat mag niet, want het was niet de afspraak. Daarom moet het onderzoek worden stopgezet.' Aldus de motivering van het vonnis in het door de president van de Haagse rechtbank uitgegeven persbericht.

Het is verheugend dat het Generaal Akkoord, dat door de LSV altijd is beleefd als een afspraak met de overheid, door de rechter daarmee ook als zodanig is erkend. Het Generaal Akkoord was immers nu juist bedoeld om de onrust aan het tarievenfront te doen bezweren door het maken van duidelijke (procedure)afspraken.

Behalve noodzaak tot en opzet van onderzoek bevat dit Generaal Akkoord overigens ook de clausule dat geschilpunten over het norminkomen aan de Voorlopige Advies Commissie (VAC) – thans de Adviescommissie Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren (AIVB) – zullen worden voorgelegd en dat de uitspraak van deze adviescommissie voor partijen in principe bindend is. Aange-

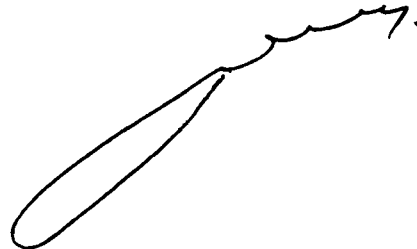
zien minister De Koning op alle daarvoor benodigde punten reeds lang over uitspraken van de VAC en de AIVB de beschikking heeft, had hij in feite reeds maanden geleden het norminkomen definitief kunnen vaststellen en kan dit dus ook vandaag. Het opgetreden uitstel heeft niets met zorgvuldigheid van doen, doch vindt uitsluitend zijn oorsprong in het feit dat die adviezen hem kennelijk niet aanstaan. De uitspraak van Mr. Wijnholt maakt echter duidelijk wat de overheid te wachten staat wanneer zij deze adviezen zou negeren: een terechte massale verontwaardiging aan specialistenzijde als gevolg van wederom een onrechtmatige overheidsdaad. In de procedure rond het nu door de

LSV

rechter afgebroken ECD-onderzoek zijn overigens verschillende interessante feiten naar voren gekomen. En dan heb ik het dit keer niet over de aankondiging van de landsadvocaat dat minister De Koning van plan zou zijn het norminkomen te verlagen; dat nu heb ik uit de mond van de minister in ieder geval nog niet vernomen... Nee, ik doel dan op het feit dat de minister in de toelichting op zijn aanvankelijke besluit tot het houden van het ECD-onderzoek uitdrukkelijk vermeldde dat de gegevens uit de zogeheten Van Mansvelt-enquête niet meer

bruikbaar waren om daar beleid op te laten berusten. Een juiste constatering, maar wat dan te denken van een richtlijn van het COTG over de afsplitsing van de praktijkkosten die volledig op een extrapolatie van die gegevens berust? Het antwoord lijkt mij duidelijk: naar de prullenbak ermee!

Voor de goede orde: de LSV is van haar kant voor zover mogelijk de in het Generaal Akkoord gemaakte afspraken nagekomen en zal dit ook blijven doen. Wij blijven derhalve bereid, zoals wij de minister ook hebben laten weten, tot een onderzoek dat op evenwichtige wijze aandacht besteedt aan zowel inkomen en kosten, alsook aan de werkbelasting. En, zo voeg ik daar meteen aan toe, als die gegevens voorhanden zijn en zij zouden tot een tariefverlaging aanleiding geven, dan zal dat alsdan ook gebeuren, want afspraak is nu eenmaal afspraak. Maar zolang dergelijke gegevens niet voorhanden zijn, zal iedere tariefverlaging of poging daartoe op verzet kunnen rekenen; een verzet dat, zoals deze recente gerechtelijke uitspraak weer heeft laten zien, niet zozeer gevoelsmatig, maar bovenal rechtmatig is!



Dr. C. M. T. Plasmans,
voorzitter LSV

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.

MAZELEN EN ANTROPOSOFEN

Door de vele, vaak heftige, emotionele en soms zelfs agressieve publikaties over het – inmiddels beladen – onderwerp 'Mazelen en antroposofen' heb ik gemeend ook nog een – naar ik hoop relativiserende – mening aan de discussie te moeten toevoegen.

Tot mijn verbijstering worden wij als antroposofen door sommigen afgeschilderd als ouders die zo nodig moeten experimenteren met hun kinderen (Prof. Huismans, GGD/Rotterdam) of als 'antro's' die graag veel en diep lijden (Hugo Brandt Corstius, columnist NRC), enz. Nu wil ik graag aannemen dat sommigen onaangenaam worden geprikkeld door de soms nogal aanmatigende publiciteit van de kant van de antroposofen, die niet altijd uitblinkt in bescheidenheid! Het is helaas een gegeven dat zowel onder antroposofen als onder niet-antroposofen de weg omhoog gevaarlijker wordt naarmate de top in zicht komt. Het gevaar van vallen is steeds minder denkbeeldig en heeft derhalve – helaas – ook grotere gevolgen! Wat ik als antroposoof de niet-antroposofen verwijt is de agressie waarmee een en ander wordt bekleed. Uiteraard heb ik het hier over de enkeling, maar wel die enkeling die nogal wat aandacht en autoriteit naar zich toe trekt. Laten de heren en dames zich wel bewust zijn van hun positie: een en ander geeft nogal te denken en roept veel op!

Overigens hoeft je geen antroposoof te zijn om vaccinatie af te wijzen. Toen onze, nu 13-jarige, oudste dochter destijds de mazelenvaccinatie kreeg aangeboden, hadden we nog nooit van antroposofie gehoord, maar hadden we een soort van 'gezond verstand'-gevoel van dit gaat ons te ver. Inmiddels zijn zij en haar jongere zusje wel ingeënt. Ten tijde van de mazelenepidemie, die hier in Rotterdam de kop opstak en die nog steeds heerst, vreesden mijn man en ik dat juist door de massale vaccinatie de ziekte zoveel agressiever was geworden dat die niet meer met open vizier – dat wil zeggen vertrouwen – tegemoet kon worden getreden.

We hebben uiteindelijk gemeend het besluit te moeten nemen onze kinderen te laten vaccineren. Met spijt en ook woede dat we ons in feite gedwongen voelden een weg in te slaan waar we niet voor hadden gekozen.

Als de verschillende meningen van een ieder wat meer weloverwogen en met meer respect voor andersluidende meningen naar voren waren gekomen, dan was het misschien niet zo ver gekomen dat er massaal werd gevaccineerd. Ik durf de stelling aan, dat veel mensen niet voor vaccinatie hadden gekozen als de verschillende standpunten op het juiste moment zouden worden aangeboden en niet een-

BRIEVEN

zijdig op een bijna opdringende wijze door verschillende GGD's in den lande.

Het lijkt mij zinvol ons voortdurend af te vragen waar we in vredesnaam mee bezig zijn, als we het hebben over vaccineren en andere medisch-technische mogelijkheden en de wenselijkheid daar al dan niet gebruik van te maken. De mens om wie het uiteindelijk gaat wordt daarbij al te zeer uit het oog verloren. Een ieder die meer dan de gemiddelde mens met de gezondheidszorg in de rol van patiënt in aanraking kwam zal dit stellig kunnen beamen.

Rotterdam, april 1988

Anne Visser,

gehuwd met een 'reguliere' huisarts

HUISARTS EN PSYCHOLOOG

De eerstelijnspsycholoog en wat Heikens en Beuger ervan vinden

In Medisch Contact van 5 februari jl. (MC nr. 5/1988, blz. 141) doen mevrouw Heikens en de heer Beuger verslag van een onderzoek naar de beeldvorming onder huisartsen over de instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) in en rond Groningen. Zij richten de aandacht daarbij speciaal op een vergelijking tussen de psycholoog in de eerste lijn en de regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG). Een paar opmerkingen bij de verrassend simpele conclusies van de schrijvers lijken mij op zijn plaats:

1. In het artikel wordt onderscheid gemaakt tussen de *eerste lijn* (generalist, psychosociale problemen) en de *tweede lijn* (specialist, ernstige psychosociale en psychiatrische problematiek). Vervolgens worden de psycholoog in de eerste lijn en de RIAGG (in de tweede lijn) met elkaar vergeleken. Dat is dus een vergelijking tussen appels en peren! Een vergelijking tussen de eerstelijnspsycholoog en de sociaal-psychiatrische dienst, het bureau voor levens- en gezinsvragen en de organisatorische eenheid voor psychotherapie gaat per definitie mank, want eerstelijnspsychologen leveren geen sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische hulp bij ernstige problematiek en dat doet de RIAGG nu juist wel; wat dat betreft ligt een vergelijking tussen eerstelijnspsycholoog en algemeen maatschappelijk werk meer voor de hand.

Uit onderzoek van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en het Nationaal centrum voor geestelijke volksgezondheid (NcGv) over de relatie eerste lijn-geestelijke gezondheidszorg (tussen de lijnen) komt naar voren dat huisartsen eerstelijnspsychologen slechts geschikt achten voor een beperkte scala van problemen, terwijl de RIAGG in de ogen van de huisarts juist een breed hulpverleningsaanbod heeft¹. Dit hangt samen met de binnen de RIAGG beschikbare deskundigheden, onder andere op het terrein van de jeugdzorg, de psychiatrie, de psychotherapie en de psychogeriatric. Dit in tegenstelling tot het deskundigheidsgebied van de (veelal nog niet lang afgestudeerde) psycholoog in de eerste lijn. Ook deze gegevens maken nog eens duidelijk dat het niet aangaat eerstelijnspsychologen en de RIAGG zonder meer met elkaar te vergelijken.

2. Een tweede opmerking betreft het feit dat het artikel betrekking heeft op de *beeldvorming* onder huisartsen ten aanzien van de psycholoog in de eerste lijn en de RIAGG. De conclusie is dat huisartsen de voorkeur geven aan de eerstelijnspsycholoog boven de RIAGG.

Wat wordt hier nu eigenlijk gemeten? Niet de kwaliteit van de hulpverlening, maar de tevredenheid van de huisarts. De stelling dat de eerstelijnspsycholoog volgens de huisartsen aanzienlijk beter zou functioneren dan de RIAGG, moet dan ook sterk worden gerelativeerd. Die stelling zegt niets over de hulpverlening die eerstelijnspsychologen of RIAGG leveren, maar alleen iets over de tevredenheid van de huisartsen. Uit allerlei onderzoek (onder andere van Van Busschbach en Verhaak²) is duidelijk dat daarbij vooral ook persoonlijke wensen en behoeften van de huisarts zelf (en niet die van de patiënt) bepalend zijn. De eerstelijnspsycholoog zit dichterbij, doet gemakkelijker en sneller datgene wat de huisarts graag ziet gebeuren en rapporteert meer terug over het verloop van de behandeling.

Daarbij moet wel worden bedacht dat aan het functioneren van de eerstelijnspsychologen niet dezelfde eisen inzake multidisciplinaire intake/behandeling en kwaliteitsbewaking worden gesteld als aan de RIAGG. Het NIVEL/NcGv-onderzoek constateert op dit punt dat de voorkeur voor de eerstelijnspsycholoog bij huisartsen niet zozeer voortkomt uit slordigheid of onzorgvuldigheid in de procedures van de RIAGG, maar uit de mate waarin de huisarts zich inhoudelijk serieus genomen voelt door de psycholoog in de eerste lijn. Welke verwijzing voor de patiënt het best is blijft daarbij grotendeels buiten beschouwing.

3. Over de meerwaarde van de eerstelijnspsycholoog is nog niet zo verschrikkelijk veel

bekend, maar wat er bekend is stemt tot voorzichtigheid. Op grond van zowel Nederlands als Engels onderzoek moet vooralsnog worden geconstateerd dat weliswaar de tevredenheid bij de betrokkenen (patiënt, arts, psycholoog) groot is, maar dat er van een aantoonbaar effect op de langere termijn (bijvoorbeeld in termen van aantal verwijzingen of gebruik van medicijnen) geen sprake is. De stelling dat binnen de eerste lijn plaats moet worden ingeruimd voor een extra discipline: de eerstelijnspsycholoog dient om die reden dan ook van de nodige vraagtekens te worden voorzien.

Dat geldt des te meer wanneer we bedenken dat binnen de eerste lijn zeer veel ernstige GGZ-problematiek aanwezig is, die op dit moment nog nauwelijks voor behandeling in aanmerking komt¹. Een nauwere binding tussen de eerste lijn en de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg zou juist voor het beter opvangen en behandelen van deze ernstige GGZ-problematiek dringend gewenst zijn. Daarbij is vooral de samenwerking tussen de huisarts en de RIAGG belangrijk. Het bestaan van eerstelijnspsychologen is bij die problematiek geen duidelijke aanwinst en kan zelfs een nauwere samenwerking tussen de (A)GGZ en de eerste lijn in de weg staan.

Het voorgaande vormt de achtergrond van het standpunt van de NVAGG (de koepel van de RIAGG's) dat tussen enerzijds het eerstelijns-werk van de huisarts en het maatschappelijk werk en anderzijds de tweedelijnsvoorziening RIAGG geen extra hulpverleningsdiscipline moet worden geplaatst.

Utrecht, april 1988

Henk Verburg, stafmedewerker NVAGG

Literatuur

1. Ridder D de, Visser J. Tussen de lijnen. De relatie tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg onderzocht. Utrecht: NIVEL/NcGv, 1987.

2. Busschbach J van, Verhaak P. Hoe hanteren huisartsen psychische klachten? Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid 1986; 41:475-92.

3. Gersons B P R. Ambulante geestelijke gezondheidszorg en eerste lijn. Medisch Contact 1985; 40:483-5.

DE LHV-LOBBY INZAKE AUTOMATISERING

Tot voor kort werden beleid en ontwikkelingen met betrekking tot automatisering in de huisartsgeneeskunde geïnitieerd door de WCIA (Werkgroep Coördinatie Informatie Automatisering) en veelal uitgevoerd onder begeleiding van de WCIA, een werkgroep van NHG en LHV gezamenlijk, functionerend onder verantwoordelijkheid van het NHG. Sinds enige tijd echter voert de LHV een geheel zelfstandig beleid met betrekking tot automatisering.

In diverse tijdschriften, zoals Medisch Contact, Arts en Auto en het SDO-tijdschrift, staan bestuursmededelingen en al of niet verholde advertenties over samenwerkingsver-

banden op automatiseringsgebied. Partners van de LHV in dezen zijn o.a. de VVAA, de SDM en HIS Buromat. Alle teksten suggereren objectiviteit, steun en vertrouwen.

In een recent interview in het Dagblad Trouw (20-02-1988) met de voorzitter van de Automatisering Werkgroep van de LHV, collega Bessem, wordt het zorgvuldig opgebouwde onafhankelijke beeld van de beroepsgroep ten aanzien van automatisering ernstig beschadigd, of geeft dit interview de drijfveren van het LHV-beleid juist zuiver weer? Reden voor ondergetekenden om hierbij enige kanttekeningen te plaatsen.

Advisering over informatie-automatisering in de huisartsgeneeskunde is zeer welkom wanneer dit op onafhankelijke wijze gebeurt. Echter, het zo nadrukkelijk aangeven van een voorkeur in een zich snel ontwikkelende markt is weinig elegant en getuigt van weinig inzicht in de materie. Het naast zich neerleggen van de overduidelijke signalen van een aantal materiedeskundigen ter vergadering getuigt van een arrogante attitude.

De woede van vele collegae over het aanvaarden van f 150.000 door de LHV van de VVAA ter ondersteuning van het LHV-beleid wordt niet gesust door opmerkingen als 'dat is mooi meegenomen' en neemt slechts toe door te stellen dat 'de LHV toch propaganda maakt voor die leverancier' (VVAA). Het hier weergegeven beleid van de LHV is wat ondergetekenden betreft zeer afkeurenswaardig en de gepresenteerde attitude ver beneden fatsoensniveau. Gebrek aan onafhankelijkheid en stijl alom van de kant van de LHV. Het kan toch niet een beleidskeuze van de LHV zijn om een dergelijk tiranniserend beleidsimago op te bouwen?

Tot zo ver onze reactie als huisartsen, (nog) LHV lid.

Wanneer collega Bessem vervolgens zijn persoonlijke activiteiten als huisarts etaleert in hetzelfde artikel, dan komen zowel het functionaris zijn van de LHV als zijn huisarts zijn aan bod; dan worden functies als voorzitter van de LHV-werkgroep en zijn Twello's huisartsschap vermengd.

De indruk zou kunnen worden gewekt dat ondergetekenden, als huisarts geassocieerd met collega Bessem, zijn uitspraken onderschrijven. Wij wensen ons duidelijk van alle uitspraken van collega Bessem in dit interview te distantiëren.

Twello, april 1988

M. E. Bügel-Bruins,
P. V. M. Cromme, huisartsen

Naschrift LHV

De besturen van LHV en NHG verwijzen naar het artikel 'Automatisering van de huisartspraktijk', elders in dit nummer afgedrukt. (blz. 509)

OPEN BRIEF

aan de secretaris-generaal der KNMG

Geachte collega,

Vandaag ontvingen wij van u een uitnodiging lid te worden van uw doktersvereniging, de KNMG.

Het moet ons van het hart hoe verbaasd we waren toen ons uw 'felicities' met het behalen van onze huisartsenregistratie en daaraan gekoppeld uw groteske vraag het lidmaatschap van uw vereniging 'nog eens ernstig in overweging te nemen', onder ogen kwamen. Verbaasd omdat wij gezien het doen en laten van uw vereniging niet begrijpen dat u blij bent als er weer een nieuwe arts afstudeert. Verbaasd omdat uw vereniging, met haar niet aflatende behartiging van alleen het eigen belang, al jarenlang verhindert dat pas afgestudeerde artsen zoals wij op een normale manier aan een perspectiefrijke baan kunnen komen. Verbaasd omdat uw vereniging, die geen enkel oog heeft voor een fatsoenlijke verdeling van het werk in de gezondheidszorg, voor normale arbeidstijden en -verhoudingen, die probeert een hele groep werkloze artsen gewoon dood te zwijgen, nu aan diezelfde artsen vraagt lid te worden. Uw vereniging die volkomen blind is voor wat er buiten het wereldje van 'collegae' gebeurt en die binnen dat wereldje alleen probeert de eigen broekriem zo ruim mogelijk te houden. Uw vereniging die gewoon op geld uit is voor haar leden.

U bent onze collega niet. Collega's zijn collegiaal, zoals het woord al zegt. U valt dus (begrijp ons goed, als vertegenwoordiger van uw vereniging) niet onder de definitie. Als de KNMG, behalve in woord, ook maar éénmaal een werkelijk offer zou hebben gebracht om de doodzieke gezondheidszorg en de volkomen scheefgegroeide arbeidsverhouding en -verdeling te verbeteren, zou u ons zo'n uitnodiging als voornoemde mogen sturen. Zoals de zaken nu staan echter stellen we er geen prijs op.

Nijmegen, april 1988

T. van Haeren
R. de Lange
H. Mooren

Naschrift

Ik ga ervan uit dat uw steltrant is ingegeven door oprechte zorg, die de KNMG overigens met u deelt. Vanuit die gemeenschappelijke optiek nodig ik u hierbij uit voor een gesprek, althans wanneer u bereid bent óók kennis te nemen van de vele KNMG-initiatieven op de door u gewraakte terreinen.

Utrecht, april 1988

J. Diepersloot, secretaris-generaal

Testbeleid, AIDS-bestrijding en belangenverdediging

Een analysekader

Steeds breder wordt de discussie over het te voeren beleid bij het al dan niet testen op antistoffen tegen het virus dat AIDS kan veroorzaken (HIV). Vanzelfsprekend betekent een verbreding van de discussie tot steeds meer deelnemers niet noodzakelijkerwijs ook een toename van de diepte, de zakelijkheid en de zorgvuldigheid. Daarom lijkt mij een poging gerechtvaardigd bij te dragen aan een zoveel mogelijk op de feiten gebaseerde analyse. Met dat doel voor ogen zullen hier achtereenvolgens aan de orde komen: de testmethoden; de behandelbaarheid in de diverse stadia van de HIV-infectie; de belangen die met testen zouden kunnen zijn gediend, waaronder meer dan alleen AIDS-bestrijding; de belangen die door testen in het gedrang zouden kunnen komen; en de situaties waarin men testen overweegt.

Testtechnieken en -modaliteiten

De in Nederland meest gebruikte test op antistoffen is de ELISA. Om een daarmee verkregen positieve uitslag te kunnen bevestigen met een andersoortige test gebruikt men de Western Blot, die in tegenstelling tot de ELISA niet geschikt is voor routinematige toepassing, omdat deze test veel ervaring en specifieke deskundigheid vereist.

De betrouwbaarheid van de routinetest ELISA is wat het aantonen van antistoffen betreft (sensitiviteit) waarschijnlijk zeer goed en wat het niet ten onrechte aanwijzen van antistoffen betreft (specificiteit) ook goed. Het risico van foutieve uitslagen kan bovendien in combinatie met de genoemde bevestigingstest (de Western Blot) waarschijnlijk nog belangrijk worden beperkt, zij het dat bij screening van grote populaties met een lage prevalentie van HIV dit risico nooit helemaal is te verwaarlozen.

De techniek staat niet stil. Zo nu en dan verschijnen er berichten over tests die sneller een uitslag opleveren. Gezien de beperkte ervaringen met die nieuwe tests, waarvan sommige in beginsel geschikt zijn voor een doe-het-zelfaanpak, zoals bij de zwangerschapstest, kunnen over de betrouwbaarheid meestal niet

Prof. Drs. E. W. Roscam Abbing

AIDS-tests voor en na. Prof. Drs. E. W. Roscam Abbing, voorzitter van de Nationale Commissie AIDS-bestrijding biedt alle discussianten een handvat.

meteen degelijke uitspraken worden gedaan.

Naast de genoemde technische onderscheidingen zijn de volgende modaliteiten van belang:

- a. zelf uit te voeren – door een deskundige;
- b. zonder een naam te noemen – met prijsgeven identiteit;
- c. op verzoek – ongevraagd aangeboden;
- d. vrijwillig – gedwongen;
- e. met mededeling van uitslag – zonder mededeling van uitslag.

Infectiestadia en behandel mogelijkheden

Tussen het tijdstip van infectie en het moment waarop antistoffen met de gebruikelijke testen aantoonbaar worden, verstrijkt tijd: van enkele weken tot in uitzonderlijke gevallen wel een jaar. Deze periode, in de literatuur aangeduid als 'window period', houdt een gevaar in: men is seronegatief en toch al infectieus. Gezien de gemiddeld lange incubatietijd en de doorgaans vrij korte 'window period' is de proportie seronegatieven onder de symptoomloze dragers waarschijnlijk vrij beperkt. Uiteraard is die proportie in een fase van snelle uitbreiding van de epidemie (relatief veel nieuwe gevallen) groter en in een fase van verminderde groei – waarin we misschien nu zijn beland – juist kleiner. Daarom geeft de serologische test thans, naar men mag aannemen, een redelijke bescherming van onder andere bloed-(produkten). Naast antistoffen kunnen ook diverse soorten antigenen voorwerp van testonderzoek zijn. Bij zogeheten antigeenpositieven is er, eenvoudig ge-

formuleerd, sprake van een zodanig voortgeschreden infectie dat er een kans is op het spoedig manifest worden van ziekteverschijnselen.

Zoals bekend, zijn er thans geen afdoende behandelingsmogelijkheden voor AIDS en ARC. Wel heeft zidovudine (AZT) een bewezen gemiddeld levensverlengend effect; er treden meestal minder opportunistische infecties op en vaak verbetert de conditie. Het middel is echter niet zonder soms zeer storende bijwerkingen. De effecten van AZT bij de zogeheten antigeenpositieven zijn nog onvoldoende duidelijk. Het onderzoek op dit terrein wordt wel geïntensiveerd. Voorlopig echter moet de conclusie luiden, dat alleen bij manifeste ziekteverschijnselen enige vorm van therapie mogelijk is.

Analysesystematiek

Omdat de komende tijd waarschijnlijk nog voortdurend nieuwe situaties zullen worden genoemd die tot testen zouden nopen, lijkt het belangrijk enige algemene overwegingen te formuleren, die vermoedelijk ook toepasbaar zullen zijn in nieuwe nog niet eerder gesignaleerde casusposities. Daartoe onderscheid ik naast de al genoemde testmethoden:

- belangen die dankzij de test zouden worden beschermd;
- belangen die door de test zouden worden geschaad;
- situaties waarin de test zou kunnen worden overwogen.

Schema 1 geeft dat onderscheid weer; de invulling van de kolommen betreft *voorbeelden*. Dit simpele schema moet beslist niet per regel, maar uitsluitend per kolom worden gelezen. Dat toch een soort regels zijn weergegeven, is om duidelijk te maken, dat er per situatie belangen kunnen zijn die door een test worden gediend, alsook belangen die mogelijk worden geschaad, en dat de conclusie kan volgen een test in die situatie af te wijzen dan wel in een bepaalde vorm te accepteren. Het is geen vergissing, dat in de twee kolommen die op de onderscheiden soorten belangen slaan dezelfde begrippen zijn vermeld; het komt bijvoorbeeld voor

dat de één meent dat testen in een bepaalde situatie de volksgezondheid dient, terwijl de ander juist van het tegendeel overtuigd is.

Met de test te beschermen belangen

Een volledige opsomming van de in het geding zijnde belangen is uiteraard ondoenlijk. Wel is een zekere rubricering mogelijk. Zo lijkt een hoofdonderscheid: gezondheid naast andere belangen. Het gezondheidsbelang valt dan weer uiteen in gezondheid van:

- te testen persoon;
- zijn of haar vaste partner;
- zijn of haar overige seksuele relaties;
- zijn of haar komende kinderen;
- zijn of haar hulpverlener (patiënten);
- de ontvanger van zijn/haar bloed (produkten), melk, weefsel, organen, sperma.

Naast de gezondheid van de persoon zelf en van de mensen met wie hij of zij direct of indirect (donatie) in contact komt, is er nog de algemene notie van de volksgezondheid: een abstract verzamelbegrip, dat echter in het kader van de bestrijding van infectieziekten heel belangrijk is. Bij een epidemiologische benadering gaat het per definitie niet om het individuele maar om het collectieve niveau, om de volksgezondheid of om tenminste de gezondheid van bepaalde bevolkingsgroepen. Vandaar dat (epidemiologische) wetenschap en volksgezondheid nauw zijn verbonden.

De hoofdruubriek 'overige belangen' is vanzelfsprekend zeer divers samengesteld. Enige onderverdeling is wel mogelijk:

- wetenschap;
- financiën (van pensioen-, verzekeringsfondsen, collectieve middelen, etc.);
- bedrijf (continuïteit, veiligheid, klimaat, financieel resultaat);
- rechtsorde
 - o strafrechtelijk onderzoek;
 - o civiele aansprakelijkheid;
 - o billijke verdeling sociale uitkeringen;
 - o etc.;
- overige.

Door de test bedreigde belangen

Een simpele indeling is hier niet mogelijk. Wel is het algemene onderscheid tussen individuele en meer collectieve belangen nuttig. Op individueel niveau gaat het om onder meer:

Schema 1. Analysesystematiek

situatie	met de test te beschermen belang	door de test bedreigd belang	testmethode (incl. wel/geen test)
adoptie	eigen gezondheid	vrijheid	zelf test/door deskundige
detentie	gezondheid partner	privacy	met/zonder vermelding naam
operatie	gezondheid hulpverlener	welzijn	op verzoek/ongevraagd aangeboden
orgaan-donatie	volksgezondheid	volksgezondheid	vrijwillig/gedwongen
migratie	wetenschap	wetenschap	met/zonder mededeling van uitslag aan geteste
verzekering	rechtsorde	rechtsorde	
prikaccident	financiële belangen	financiële belangen	
aanstelling	veiligheid	veiligheid	
huwelijk	bedrijfsbelang	solidariteit	

- vrijheid;
- privacy;
- onaantastbaarheid van het menselijk lichaam;
- bescherming tegen discriminatie (dus tegen onterechte ongelijke behandeling);
- eigen financiële belangen en die van nabestaanden;
- recht op werk;
- overige.

Op collectief niveau gaat het om:

- solidariteit;
- algemene tolerantie;
- collectieve middelen (in verband met de kosten van massaal testen);
- volksgezondheid (bijvoorbeeld schijnveiligheid na gunstige testuitslag);
- overige.

Bij de door de test te beschermen c.q. bedreigde belangen die in de paragraafjes 5 en 6 worden vermeld, is er naast de

dimensie: individu-collectiviteit ook steeds die van: heden-toekomst. Bij een verschijnsel als AIDS, met helaas een zeer groot groeipotentieel, is niet alleen de huidige belangenafweging maar ook die voor een toekomstige generatie van betekenis. Het virus zal in ieder geval nog minstens een generatie lang aanwezig blijven.

Situaties waarin een test aan de orde kan komen

Het aantal situaties waarin men een test zou kunnen vragen, aanbieden, opleggen, etc., is vrijwel onbeperkt. Enige ordening is echter wel mogelijk; zie *schema 2*. Deze opsomming kan niet volledig zijn: er zullen steeds nieuwe situaties worden onderkend, waarvan sommigen menen dat een test daarin aangewezen is.

Soorten redeneringen

Naast een afweging van de belangen die

Schema 2. Situaties waarin een test aan de orde kan komen.

test op eigen initiatief	test op initiatief van anderen (al dan niet met dwang)	
<i>bij</i>	<i>in de gezondheidszorg</i>	<i>in overige situaties</i>
- ongerustheid in verband met eigen gedrag/risico of dat van naasten	- diagnostiek naar aanleiding van symptomen	- wetenschappelijk onderzoek
- huwelijksvoornemen	- donatie	- strafrechtelijk onderzoek
- kinderwens	- opname	- civiele procedures: <ul style="list-style-type: none"> • aansprakelijkheid • echtscheiding • etc.
- zwangerschap	- operatieve ingreep	- huwelijksvoornemen
	- zwangerschap	- gevangeniswezen, TBR
	- prik- of snijincident	- militaire dienst
	- zwakzinnigenzorg	- prostitutie
	- psychiatrische verpleging	- drugsverslaving (i.v.)
	- beroepsactiviteit met risico voor patiënten	- aanstellingskeuring
		- periodiek geneeskundig onderzoek werknemers
		- pensioenkeuring
		- keuring voor verzekeringen
		- internationaal verkeer <ul style="list-style-type: none"> • immigratie • vlucht • studieverblijf • adoptie • reizigersverkeer

bij de keuze voor het al dan niet testen in enigerlei vorm in het geding zijn, is de redenering waarlangs men tot de conclusie komt dat die belangen aan de orde zijn evenzeer wezenlijk.

Soms gaat het om vermeende belangen of schijnredeneringen. Luchtvaartmaatschappijen kunnen beweren dat zij hun piloten regelmatig op HIV testen om daarmee de veiligheid van hun passagiers te dienen, met als redenering dat seropositieven zonder overige verschijnselen neurologische stoornissen zouden kunnen ontwikkelen die hun oordeels- en reactievermogen aantasten. Zolang echter een dergelijk op zichzelf staand neurologisch probleem niet is aangetoond en zolang er betere methoden zijn om de bedieningskwaliteiten vast te stellen (via strenge periodieke simulatievliegtesten, ook nodig in verband met alcoholisme, slaapmiddelenverslaving, etc.) gaat het hier om een schijnredenering, die in feite slechts dient om andere bedoelingen te verhullen, bijvoorbeeld financiële en reclametechnische bedoelingen, inspelend op wijdverbreide irrationele angst. Op dit terrein zullen camouflageargumenten niet zeldzaam zijn.

Een ander voorbeeld van een schijnredenering vormt de visie dat testen het voordeel zou bieden dat bij acute hulpverlening (EHBO, traumatologie) rekening kan worden gehouden met seropositiviteit, waardoor enige bescherming van de hulpverlener mogelijk zou zijn. Hoewel de dramatische situatie van acute hulpverlening ('met de handen in het bloed gedompeld') zeer tot de verbeelding spreekt, is die redenering geheel onjuist. De tijd ontbreekt immers voor het afwachten van een testuitslag.

Een ander argument: na afloop van de acute hulpverlening moet kunnen worden aangetoond of er een overdrachtsrisico is gelopen in verband met aansprakelijkheidskwesties (heeft men uit hoofde van zijn werk in de gezondheidszorg een ziekte opgelopen?), is evenmin correct. Na prik- en snijaccidenten is het noodzakelijk bij de hulpverlener wie zo'n accident is overkomen vast te stellen of hij of zij misschien al seropositief was en is het vervolgens nodig via tests seroconversie aan te tonen, welke kan samenhangen met de hulpverlening. Dit is niet overbodig. De AIDS-gevallen onder (tand)artsen en verpleegkundigen in Nederland zijn tot nu toe steeds herleidbaar gebleken tot oorzaken buiten de gezondheidszorg. Het systematisch testen van bloedige patiënten aan wie acute hulp wordt verleend, in verband met aanspra-

kelijkheidsvragen, lijkt dan ook niet erg zinvol.

De voorgaande voorbeelden maken duidelijk dat er tenminste drie soorten redeneringen spelen bij vragen rond al dan niet testen:

a. relevantie: is er enige relatie tussen HIV-infecties en het te beschermen belang (zie het voorbeeld van de veiligheid in de luchtvaart)?;

b. effectiviteit: is de test een doeltreffend middel in relatie tot het beoogde belang?; en

c. proportionaliteit: is er een aanvaardbare verhouding tussen voor- en nadelen van de test, een acceptabele uitkomst van de belangenafweging?

Daarnaast moet de test op de voorgaande drie punten met alternatieve maatregelen worden vergeleken.

Voors en tegens

Hoewel alleen van geval tot geval duidelijke uitspraken kunnen worden gedaan (zeer specifieke belangenafweging), zijn er toch enkele steeds weerkerende algemene overwegingen.

Voor het testen zouden in het algemeen de volgende overwegingen pleiten:

a. Kennis van het feit geïnfecteerd te zijn vergroot de mogelijkheid het gedrag daarmee in overeenstemming te brengen, dat wil zeggen het risico het virus op anderen over te dragen te beperken.

Meestal wordt hiertegen ingebracht dat men steeds veilig gedrag moet vertonen, onafhankelijk van zijn serostatus. Er zijn echter diverse situaties waarin een dergelijke tegenwerping theorie is. Getrouwde mannen die ongerust zijn in verband met verzwegen homoseksuele contacten of omgang met heroïneprostitués zullen, omdat zij thuis geen condoom (durven te) gebruiken, wel willen weten of zij misschien geïnfecteerd zijn geraakt. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor mensen die werken in een virologisch laboratorium en die na een verwonding aan kapot glaswerk willen weten waar zij aan toe zijn, mede om partners te kunnen beschermen.

b. Kennis van het feit dat patiënten/cliënten geïnfecteerd zijn vergroot de mogelijkheden van hulpverleners zich tegen infectie te beschermen. Tijdens operaties en andere verrichtingen zouden bijzondere maatregelen kunnen worden getroffen. (Zie voor commentaar het desbetreffende advies van de Gezondheidsraad.)

c. Kennis van de spreiding onder de be-

volking van HIV en van de ontwikkeling van die spreiding biedt mogelijkheden voor gerichte preventie en/of voorlichtingsactiviteiten. Uiteraard leveren losse testactiviteiten geen bijdrage aan het epidemiologisch inzicht. Slechts bij goede registratie en bij kennis van de relatie tussen de onderzochte groep en de populatie waarvoor men conclusies wil trekken, is van een zinvolle bijdrage aan het epidemiologisch inzicht sprake. Routineonderzoek van ziekenhuispatiënten of van operatiepatiënten lijkt niet aan deze eisen te voldoen.

Tegen testen zou in het algemeen het volgende pleiten:

a. De kennis met HIV geïnfecteerd te zijn heeft nauwelijks therapeutische consequenties in een relatief symptomloos stadium, terwijl deze wetenschap wel een zware druk legt op betrokkene. (Depressies en suicide zijn niet uitgesloten.) De betekenis voor het gedrag – al dan niet grotere zorgvuldigheid – is niet duidelijk.

b. De kennis op grond van een test is onvolledig ('window period', momentopname). Het feit dat op een bepaald moment geen anti-stoffen worden aangetoond betekent nog niet dat betrokkene in de toekomst vrij van (antistoffen tegen) HIV zal blijven. Daarom kan een eenmalige keuring schijnzekerheid opleveren.

c. Vormen van testen waarbij drang of dwang wordt uitgeoefend zullen ertoe leiden dat mensen proberen zich daaraan te onttrekken, waardoor ze minder toegankelijk worden voor de noodzakelijke gedragsbeïnvloeding.

Enkele actuele problemen

De voorgaande indelingen en overwegingen bieden naar ik mag hopen enig houvast voor een beoordeling van bijzondere situaties, waarbij de afweging van belangen uiteraard zowel een persoonlijke als een politieke zaak is. Enige steun daarbij bieden ons rechtsstelsel en internationale regelingen. Men moet echter de betekenis van rechtsbeginselen in dit verband niet overschatten. Dat is ook de reden waarom ik in het voorgaande naast relevantie, effectiviteit en proportionaliteit niet ook legitimiteit heb opgevoerd. Onze rechtsregels, geschreven en ongeschreven, zijn vaak algemeen, rekbaar en aan voortdurende verandering onderhevig. De Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken (1974) biedt in beginsel allerlei zeer vergaande mogelijkheden tot ingrijpen, bedoeld overi-

gens voor ziekten met een zeer besmettelijk karakter. Daarentegen zijn in het voorontwerp van een Wet op de overeenkomst inzake de geneeskundige behandeling (patiëntenrecht) allerlei rechten van de patiënten en dus ook van seropositieven gegarandeerd. In mijn visie kan de juridische discussie, gezien de ruime interpretatie en uitwijkmogelijkheden, weinig toevoegen aan een op de feiten gebaseerde belangenafweging, ook al vertegenwoordigen de rechtsorde en het respect voor rechtsbeginselen wel als zodanig een waarde. Niet zozeer de inhoudelijke legitimiteitsvraag als wel de formele legitimiteitsvraag is belangrijk in verband met het kunnen tegenhouden van ongewenste dan wel het kunnen bevorderen van gewenste maatregelen. Daarbij gaat het dus om regels niet als beginsel, maar als instrument. Omdat hierover thans veel discussie gaande is, beperk ik mij tot de volgende actuele vragen:

– Moet het zich laten testen van mensen die menen risico te hebben gelopen, worden ontmoedigd of juist aangemoedigd?

– Past een test in de medische keuring voor een levensverzekering, een pensioenfonds, een aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering, een ziektekostenverzekering, een aanstelling?

Ongerustheid in verband met een risico dat men meent te hebben gelopen, was tot voor kort bepaald geen klemmende indicatie voor het aanbieden van een testmogelijkheid. Er werd eerder een ontmoedigingsbeleid gevoerd. In de afweging tussen enerzijds de knagende twijfel, alsmede de behoefte van betrokkene zo mogelijk extra voorzorgsmaatregelen te treffen, en anderzijds de vrees van de hulpverlener dat een eventueel ongunstige uitslag depressies en desperaat gedrag als uitwerking zou hebben, wogen die mogelijke laatste bezwaren het zwaarst. Hoe goed bedoeld ook, zit er in die afweging toch een element van bevoogding. Het lijkt me daarom beter te volstaan met goede voorlichting en goede nazorg. De keuze voor een test dient echter door de patiënt/cliënt zonder tegendruk te worden gemaakt.

De medische keuring wordt in diverse kaders uitgevoerd:

– *Levensverzekeringen* dienen doorgaans niet alleen om nabestaanden of begunstigen wat extra financiële armslag te geven na overlijden van de verzekeringnemer, maar ook als garantie bij het aangaan van (hypothecaire) leningen. Daarom is dit soort verzekeringen vaak meer dan een extraatje. Toch kan men ze

niet tot de basisvoorzieningen rekenen: het gaat niet om een onmisbare voorziening. Overigens is de keuze tussen essentiële en minder noodzakelijke voorzieningen typisch een politieke zaak: bij essentiële voorzieningen gaat het vaak om van gemeenschapswege geregelde voorzieningen.

Bij toetreding van grote aantallen seropositieven tot een levensverzekering dreigt niet alleen een commerciële instelling te worden getroffen, maar lopen vooral de polishouders het risico ten gevolge van faillissement van de maatschappij voor niets premie te hebben betaald.

Deze problematiek heeft zich in de Verenigde Staten al daadwerkelijk voorgedaan. Daarom is een simpele vergelijking van commerciële belangen met die van aanstaande verzekeringnemers niet juist: het gaat ook om de belangen van de mensen die al zijn verzekerd en al hebben betaald. Vanzelfsprekend doet zich bij seropositieven het probleem voor dat zij geneigd zullen zijn om het leed voor hun eventueel achterblijvende relaties iets te verzachten door een levensverzekering ten gunste van die relaties af te sluiten; dit fenomeen is in de Verenigde Staten aantoonbaar. Daarom ook eisen internationale herverzekeraars steeds vaker een test voor acceptatie.

Voor de Nationale Commissie AIDS-bestrijding is dit alles aanleiding geweest om te aanvaarden dat bij aanvragen voor levensverzekeringen boven de twee ton alle aanvragers worden getest en dat bij verzoeken om kleinere verzekeringen wordt gevraagd of men al eerder op antistoffen is getest en, zo ja, wat de uitslag was. Wel zou, indien bij de eerdere test geen HIV-infectie is vastgesteld, niet door de verzekeraar opnieuw moeten worden getest. Voor de Nationale Commissie geldt de overweging dat iemand met tests blijven achtervolgen, ook al waren eerdere tests negatief, risico's voor de volksgezondheid inhoudt, omdat het ondergaan van tests, bijvoorbeeld in het kader van een wetenschappelijk onderzoek, te veel door verzekeraars zou worden ontmoedigd.

Gesteld is wel, dat het in beperkte mate accepteren van een test in het kader van levensverzekeringen de deur openzet voor introductie van de test in andere situaties, zoals de pensioen- en aanstellingskeuring. Dat lijkt me onjuist. Alleen een zorgvuldige afweging van geval tot geval, rekening houdend met de stand van de epidemie en allerlei andere factoren in beweging (bijvoorbeeld het sociale

vangnet) is op den duur geloofwaardig. Een leerstellige benadering vanuit principia maar zonder voldoende oog voor het verschil tussen de onderscheiden situaties (levensverzekering versus aanstelling) doet de zaak geen goed, al hoeft men aan de goede bedoelingen van degenen die zo te werk gaan niet te twijfelen.

– *Pensioenkeuringen* betreffen zaken van een vrij groot gewicht voor betrokkene zelf (niet alleen voor zijn of haar nabestaanden). Het draagvlak van de fondsen is hier groot, het risico voor de overige toekomstige uitkeringsgerechtigden daardoor beperkt. De internationale connecties en verplichtingen zijn beperkt. Daarbij komt dat bij de huidige stand van de epidemie degenen die overlijden maar zelden weduwen en wezen achterlaten. Alles bijeen volstrekt onvoldoende grond voor het meenemen van de test of vragen naar eerdere tests in de pensioenkeuring.

– *Aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekeringen* worden in de praktijk niet steeds als noodzakelijk ervaren. Slechts een klein deel van de mensen die daar uit hoofde van hun arbeidssituatie voor in aanmerking komen, sluit een dergelijke verzekering af. Volgens de verzekeraars blijkt daaruit dat het niet om een basisvoorziening gaat, die voor iedereen toegankelijk moet zijn. Het lijkt mij typisch een politieke afweging aan te geven dat hier al dan niet van een essentiële voorziening sprake is.

– *Ziektekostenverzekeringen* zijn voor iedereen onontbeerlijk. Bovendien zouden door afwijzing van seropositieven juist diegenen worden uitgesloten die een grote kans maken in de toekomst de verzekering meer dan anderen nodig te hebben. In het huidige stelsel geldt voor onverzekerden geen acceptatieplicht. Daarom is er bij een eventuele keuring in ieder geval geen plaats voor een HIV-antistoffentest.

– *Aanstellingskeuringen* kunnen diverse doelen dienen, voor alles de geschiktheid om de functie te vervullen. Eventuele toekomstige ongeschiktheid behoort naar het oordeel van velen daarbij géén rol te spelen. Wel houdt het geschiktheidsoordeel een taxatie in van de kans dat op den duur de functievervulling (te zware last) de draagkracht van betrokkene te boven zal gaan.

Vanzelfsprekend zijn de belangen van de aanstaande werkgever groot. Niet alleen eventuele ziekteverzuimkosten, indien hij een zogeheten eigen-risicodragers is, maar ook de discontinuïteit en de eventuele onrust op de werkplek, alsmede de

verloren investeringen in betrokkene (opleiding en dergelijke). Het belang van de seropositieve is echter eveneens groot. Voor het welzijn is het beroepsmatig kunnen functioneren dikwijls zeer belangrijk en is het uitgestoten worden, naast de deprimerende wetenschap seropositief te zijn, een wel heel zware slag. In die afweging, met op de achtergrond een alom (verbaal) beleden sociaal recht op werk, lijkt het belang van de seropositieve te prevaleren. Dit betekent dat een HIV-test of een vraag daarnaar niet thuishoort in de aanstellingskeuring.

Instrumentatie van gemaakte keuzen

Men kan niet volstaan met het aangeven van de wijze waarop eventueel testmaatregelen in diverse situaties moeten worden beoordeeld, maar men dient ook na

te gaan of zo'n oordeel meer kan zijn dan een vrijblijvende zaak.

Als eerste stap lijken mij duidelijke uitspraken van *regeringswege* belangrijk. Daarvan kan een sturende werking uitgaan. Zo kunnen betrokkenen in eigen kring (bijvoorbeeld de *KNMG*) regelingen treffen. Mochten echter onverhoopt dergelijke regelingen te lang op zich laten wachten of onvoldoende invloed hebben, dan zal niet zijn te ontkomen aan nationale wetgeving. □

Literatuur

Baart J. Aanstellingskeuringen en AIDS-problematiek. Medisch Contact 1988; 43: 363-3.

Dupuis HM. Een klassiek dilemma: wiens belang prevaleert? Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 1422-3.

Geuns HA van. AIDS en gezondheidszorg: testen of niet? Medisch Contact 1987; 42: 1191-3.

Gezondheidsraad. Advies inzake maatregelen om ziekenhuispersoneel tijdens de beroepsuitoefening te beschermen tegen besmetting met de verwekker van AIDS. 26 januari 1988.

Koudstaal H. Vrouwe Justitia en de verplichte AIDS-test. Intermediair 1988; 13: 69-71.

Nota inzake het AIDS-beleid. Tweede Kamer 1986-1987, 19218, nrs 8-9.

Ravenschlag I. HIV, een dilemma voor de arts? Medisch Contact 1988; 43: 55-7.

Roscam Abbing HDC. AIDS en wettelijke maatregelen. Medisch Contact 1987; 42: 557-9.

Roscam Abbing HDC. Het toestemmingsbeginsel en onderzoek op HIV-infecties. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 1420-2.

Roscam Abbing HDC. AIDS en verzekeringen: een testcase. Medisch Contact 1988; 43: 53-4.

Sturm AW. AIDS en gezondheidszorg: besmette personen opsporen of niet? Medisch Contact 1987; 42: 1189-91.

Vereniging voor Gezondheidsrecht. Verzekeraar en AIDS-test. Medisch Contact 1988; 43: 186-7.

Wigersma L, Heijnen A. Onderzoek op antistoffen tegen HIV: een voorstel voor beleid. Medisch Contact 1987; 42: 1305-7.

Meester Dokter

Biomedisering van het medisch onderwijs: een stap vooruit of een stap achteruit?

*Prof. Dr. F. I. M. Bonke, rector van de Rijks-universiteit Limburg en adviseur van minister Deetman, is zeer te spreken over de Utrechtse plannen om een gemeenschappelijke prope-
deuse van twee jaar te ontwikkelen voor geneeskunde, medische biologie en – wie weet – in de toekomst biologie, farmacie en diergeneeskunde. Hij staat te juichen bij het uitgangspunt dat 75% van dit programma dan gemeenschappelijk is en 25% globaal gesproken bedoeld is om vak-specifieke zaken aan de orde te laten komen, dat wil zeggen onderdelen die zijn toegespitst op respectievelijk artsen, biologisch onderzoekers en wellicht, hoewel deze groepering zich zo koppig als een ezel opstelt, vaardigheden die des dierenartsen zijn. 'En' voegt Prof. Bonke aan zijn harte-
wens toe, 'is dit ook niet het gunstige moment om een aantal onderwijsvernieuwingen door te voeren, zoals thema- en blokonderwijs, het gebruik van computerondersteund onderwijs en het werken in groepjes?'*

*Erg interessant, zo'n reactie van de rector van onze meest zuidelijk gelegen universiteit. Hoewel ik er altijd erg slecht in ben geweest bij dergelijke pontificaties de politieke zin van de onzin te scheiden – ik meen dat de kunst van deze bedrijvigheid juist is gelegen in de sub-
tiele vermenging van beide – moet mij nu toch een aantal dingen van het hart.*

*Als iemand staat te juichen bij een toch min of meer opgelegde verandering, dan houdt deze 'innovatieve' gedachte in de eerste plaats een desavouering van de eerder ontwikkelde onderwijsfilosofie in. Ik vrees dan ook dat de heer Bonke weinig kennis heeft genomen van de eerdere onderwijsreorganisaties, lees: vernieuwende aanpak, in Utrecht in het kader van de Wet op de Tweefasenstructuur, waar-
over de lezers van dit blad enkele jaren geleden reeds op de hoogte zijn gebracht. Hij had daar toch eerst iets aardigs over kunnen zeggen. Juist in dit programma is een aantal ideeën uitgewerkt dat voor de latere beroeps-
uitoefening van arts relevant is; bijvoorbeeld: in het begin van de opleiding tonen hoe een dokter werkt, veel vaardigheidsonderwijs en meer aandacht voor de arts als onderzoeker en probleemplosser, waarbij een accentue-
ring heeft plaatsgevonden van het fenomeen dat het oplossen van medische problemen en het nemen van beslissingen veelal op basis van onvolledige informatie en in onzekerheid dient te geschieden. Nee, luidt het advies, er moet een veel grotere natuurwetenschappelijke fundering komen, hetgeen op voorhand een geruisloze aftocht inhoudt van de gamma-
sector in het onderwijs. Trouwens een interes-
sant gevolg van zo'n biomedische profilering, toegejuicht door een voorman van een univer-*

siteit waar de sociale wetenschappen toch bepaald aan de weg hebben getimmerd.

*In Utrecht hebben de voorgenomen plannen dan ook tot allerlei uiteenlopende reacties geleid. Diergeneeskunde, ook geen uitgesproken 'target' voor gamma-onderwijs, heeft op voorhand laten blijken niet te willen meedoen met een dergelijk initiatief, omdat men daar van mening is dat meer aandacht voor natuur-
wetenschappen gewoon ten koste gaat van de kwaliteit van het onderwijs. De oudere en meer ervaren docenten in de geneeskunde ver-
zuchten dat de eerste plannetjes voor biomedisering 'een beetje veel' doen denken aan de curricula uit de jaren '50; zij vragen zich enig-
zins ironisch af wat er dan moet gebeuren met de onderwijskundige inzichten die de laatste jaren zijn ontwikkeld met betrekking tot de vraag wat nu een goede dokter is en op welke wijze die zou moeten worden opgeleid. Moe-
ten de producten van de nieuwe biomedische opleiding dan goede onderzoekers worden? Maar daarvoor hadden we in Utrecht toch al in een eerder stadium de nieuwe studierichting Medische Biologie op poten gezet om studenten te laten experimenteren met dode en leven-
de natuur? . . . Nee, als er wordt gejuicht over een gemeenschappelijke biomedische prope-
deuse, dan zullen we de betere gedachten maar moeten raden; misschien is het wel zo*

dat de initiatiefnemers de mening zijn toegevoegd dat met een dergelijke profilering de 'fine fleur' onder de studenten – lees: die studenten die op de middelbare school in staat zijn gebleken hoge punten te halen voor sommetjes die ze in die tijd in allerlei variaties hebben moeten maken – zal aantrekken.

Maar waar gaat het nu eigenlijk om, al dat gekoketteer over meer natuurkunde ten spijt? Is het niet zo, dat we ons in de eerste plaats aan een medische faculteit gewoon moeten blijven afvragen welke facetten van belang zijn in de vorming tot geneesheer teneinde daarmee een zo groot mogelijke garantie in te bouwen dat de studenten later ook daadwerkelijk zullen functioneren op een niveau dat zowel door de maatschappij in engere zin (beroepsgroep) als door de maatschappij in ruimere zin wordt verlangd? Laten we met betrekking tot het laatste eens een onderzoekje aanhalen dat voor zich spreekt, gegevens die geenszins op zichzelf staan, maar door meer onderzoek op dit gebied wordt ondersteund. Om een antwoord te geven op de vraag wat een goede dokter is, werd aan 1.600 leken en artsen een vragenlijst voorgelegd, met als resultaat 87 eigenschappen die een goede dokter moet hebben en bovendien 29 eigenschappen die hij absoluut niet dient te bezitten. Bij de goede eigenschappen scoorden het hoogst: vakbekwaamheid, het vermogen het vertrouwen van de patiënt te winnen, emotionele stabiliteit en bijvoorbeeld het openstaan voor nieuwe ideeën. Tot de slechtste eigenschappen worden gerekend: onvriendelijkheid en gebrek aan geduld. Gewapend met deze lijsten werden artsen onderzocht; tevens werd gekeken naar hun vroegere prestaties. Resultaat: geen verband – uit goede studenten komen zowel goede als slechte artsen voort en dat geldt ook voor de minder goede studenten.

Zou biomedisering dit dilemma nu doorbreken? Dat is maar de vraag. Om enig licht te werpen op de complexiteit van het proces dat loopt van de eerste tentamens die worden gehaald in het onderwijs en de latere kwalitatieve goede beroepsuitoefening, is het zaak in eerste instantie een onderscheid te maken tussen studiesucces en beroepssucces. Wát maakt dat studenten met een mooie lijst thuis komen en wát maakt dat collegae en patiënten tevreden zijn met een collega arts? Voor velen loopt de hoge waardering tijdens de studie als vanzelfsprekend door in het latere beroep, maar dit is, zoals het voorbeeld het eigenlijk het best illustreert, allerm minst voor de hand liggend. Meer gegevens hierover zijn onlangs ook nog eens geordend in een proefschrift van Baneke over studiesucces, dat recent aan de Universiteit van Amsterdam werd bewerkt; het onderzoek dat daarin wordt beschreven kan puntig worden samengevat in de volgende vuistregel: in het algemeen geldt dat goede cijfers voor de exacte vakken, vooral natuur- en scheikunde, uitstekende voorspellers zijn

voor succes in de studie in de eerste jaren van de opleiding – 'Geen wonder!', zouden we er bijna badinerend aan toevoegen, want hoeveel stof uit de eerste jaren lijkt niet op die van de middelbare school en is daarvan een voortzetting met toenemende moeilijkheidsgraad; maar naarmate de student in de klinische fase en weer daarna in de latere beroepsuitoefening komt, neemt de betekenis van cijfers in deze vakken af. Kelly, een van de grootste onderzoekers op het gebied van selectie (maatschappij ontwikkelen en onderzoeken of de juiste man op de juiste plaats komt) zegt dan ook dat het buitengewoon moeilijk is op basis van één criterium, bijvoorbeeld cijfers, een voorspelling te wagen over iemands latere kwaliteit in de beoogde functie. Voor artsen ligt het probleem nu eenmaal veel ingewikkelder dan bijvoorbeeld de constatering dat iemand over een slechte rug beschikt en vervolgens op goede gronden van het beroep van stratenmaker kan worden uitgesloten.

Maar we dwalen te veel af van de grote lijn. We hadden het over goede punten voor de exacte vakken. We moeten dus concluderen dat docenten trots mogen zijn op hun studenten in de beginjaren, als ze de tentamen- of examenuitslagen opfleuren met hun hoge punten, maar dat hierop maar moeilijk een wissel op de toekomst kan worden getrokken. Intelligentie dan?

Laten we het meteen ook nog even apart over intelligentie hebben. Alom vigeert de mening dat er evidente verschillen zijn in verstandelijke vermogens tussen de studenten en hoe vaak wordt niet achteloos aangenomen dat deze verschillen het onderscheid veroorzaken tussen de goede en de slechte studenten en misschien wel tussen de latere goede en minder goede artsen? Mis! Medisch studenten zijn in hun loopbaan, voordat ze met de studie beginnen, zozeer gepokt en gemazeld in allerlei testen en toetsen dat eigenlijk alleen de slimmeriken overblijven, die allemaal over het verstand beschikken om de studie te halen. Met behulp van IQ-bepalingen is nauwelijks een spannend onderscheid te maken tussen goede en slechte presteerders, want de slimmeriken halen ook slechte cijfers. Bovendien blijkt het dat er met diverse intelligentietesten nauwelijks statistische schommelingen in de verstandelijke vermogens zijn gemeten. Onderzoek toont – en dat geldt ook voor andere landen – dat de meeste medisch studenten regresseren rond de score van 125.

We keren terug naar de plannen over de biomedisering van de medische studie in Utrecht. Laten we een voorzichtige (politieke) conclusie trekken. Wellicht, dat de biomedisering een even grote bijdrage levert aan het studiesucces en aan de kwaliteit van de latere beroepsuitoefening als de huidige curricula, maar dan zullen met de adepten van de natuurwetenschappen toch een paar onderwijskundige robbertjes moeten worden uitgevocht.

ten. Studenten krijgen te maken met een studie die problemen kan opleveren die lijken op die van Puk en Muk die zich door de rijstebrij moesten eten om uiteindelijk in Luilekkerland te komen. Deze metafoor is geschikt om te stellen dat de studenten die later dokter willen worden met het biomedisch curriculum een stevig motivatieprobleem kunnen oplopen. 'Daar word je hard van', zou oppervlakkig kunnen worden opgemerkt, maar naar mijn idee is het zeer invoelbaar dat medici die veel praktijkervaring hebben hun handen in het haar slaan als ze een gedateerd curriculum krijgen voorgeschoteld, waarin weinig aandacht is voor een goede voorlichting over het beroep en vroegtijdige steun aan professionele vorming – is men wel geschikt voor het beroep van arts? – en voor een andere dan een natuurwetenschappelijke wetenschapsvisie waarin het begrip onzekerheid centraal staat, omdat de medische problematiek zich niet altijd leent voor een heldere en eenduidige formulering, terwijl soms in grote onzekerheid toch beslissingen moeten worden genomen. Dat artsen later met patiënten te maken krijgen, waardoor psychologie niet in de opleiding kan ontbreken, is bijna te triviaal om op te noemen.

Maar, toegegeven, de plannenmakers zijn waarschijnlijk ook op de hoogte van een experiment in de Verenigde Staten, waar afgestudeerde biochemici (toen werkloos) gedurende twee jaar een opleiding tot arts kregen, een groep die in de praktijk als arts bleek te voldoen... Het is nu maar te hopen dat de wijzen van de biomedisering enkele belangrijke onderwijskundige aspecten nauwlettend in de gaten houden; immers, van aankomende studenten is niet zo'n grote motivatie te verwachten als van werkloze biomedici. Wellicht ontstaan er dan geen oplossingen met allerlei onverwachte gevolgen waarbij de politieke doordenkers van de plannen – om het met Komrij te zeggen – nog niet eens mogen worden verdacht van kunstmatige intelligentie. □

Dr. J. G. M. Gerritsma is universitair hoofddocent aan de Rijksuniversiteit Utrecht, waar hij bij de medische faculteit de afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van het medisch Onderwijs coördineert.

Selectie van chronische ziekten voor scenario-onderzoek

Methodologische keuzeproblemen

In 1983 is door de toenmalige staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) geïnstalleerd. De STG heeft tot taak de overheid te adviseren over de toekomstige ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Recent is in dit tijdschrift aandacht geschonken aan het STG-rapport over hart- en vaatziekten¹⁻⁴. Andere studies betreffen onder andere vergrijzing en nieuwvormingen^{5,6}.

In opdracht van de STG heeft het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG-TNO) een kort vooronderzoek verricht op het gebied van chronische ziekten⁷. Eén van de doelen van dit vooronderzoek was het selecteren van één of enkele chronische ziekten die in aanmerking komen voor bestudering tijdens het eigenlijke scenario-onderzoek. Uitgangspunt voor deze selectie was het beslag dat wordt gelegd op de gezondheidszorg. In dit artikel wordt in het kort beschreven op welke wijze is geselecteerd en wat daarbij de keuzeproblemen zijn geweest.

De keuzeproblemen zijn te verdelen in drie groepen:

1. de keuze van ziektebegrippen;
2. de keuze van de gegevensbronnen over de mate van voorkomen van ziekten;
3. de keuze van aanvullende gegevens die inzicht kunnen verschaffen in het beslag op de gezondheidszorg.

BEGRIPSOMSCHRIJVING

Niet zelden wordt geen nadere aanduiding gegeven wanneer men het heeft over chronische ziekten. Het begrip 'chronische ziekte' kan op verschillende manieren worden omschreven. Het is bijvoorbeeld mogelijk chronische ziekten primair te zien in termen van gestoorde ADL-functies. In ons vooronderzoek hebben we aansluiting gezocht bij de definitie van Voorn en deze iets aangescherpt⁸. Een chronische ziekte hebben wij omschreven als een ziekte die (veelal) klachten veroorzaakt met een min of meer blijvend karakter en die vanwege de ernst in behandelend en/of anticiperend (preventief) opzicht een blijvend beslag veroorzaakt op de gezondheidszorg.

W. Davidse,
H. P. A. van de Water en
Dr. G. J. Vaandrager

In het kader van het scenario-onderzoek op het terrein van de chronische ziekten heeft het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG-TNO) een vooronderzoek verricht. Een van de doelstellingen hierbij was één of meer chronische ziekten te selecteren, met als criterium vooral het beslag dat wordt gelegd op de gezondheidszorg. NIPG-TNO-medewerkers W. Davidse, H. P. A. van de Water en Dr. G. J. Vaandrager beschrijven de keuzeproblemen.

rend (preventief) opzicht een blijvend beslag veroorzaakt op de gezondheidszorg. Een andere keuze die moest worden gemaakt was die van het ziektebegrip. Het is duidelijk dat er nogal verschil kan bestaan tussen enerzijds door mensen ervaren klachten/gezondheidsproblemen en anderzijds door medici vastgestelde ziekten, bijvoorbeeld in de termen van de International Classifications of Diseases (ICD). Als ziektebegrip is in het vooronderzoek gekozen voor het laatste, de ICD-codes, maar ook dan zijn niet alle vragen beantwoord. Zo staan sommige ICD-codes voor min of meer duidelijke, zelfstandige ziektebeelden (bijvoorbeeld diabetes mellitus, multiple sclerose), terwijl andere codes betrekking hebben op symptomen die vele, verschillende oorzaken hebben (bijvoorbeeld obesitas, chronische nierinsufficiëntie). De stuurgroep heeft er de voorkeur voor uitgesproken scenariostudies in eerste instantie te beperken tot vrij duidelijk omschreven en op zichzelf staande ziektebeelden.

Voorts werd op verzoek van de STG tijdens het vooronderzoek geen aandacht geschonken aan ziekten die reeds onderwerp van scenariostudie zijn geweest en ziekten waarnaar andere scenariostudies in voorbereiding waren (oncologie, hart-

vaatziekten, ongevallen en traumatologie, geestelijke gezondheidszorg).

Zoals vermeld in de inleiding, was het criterium bij de selectie het beslag op de gezondheidszorg. In het vooronderzoek is ervan uitgegaan dat dit beslag de resultante is van de mate van voorkomen, de ziekteduur en de zorgintensiteit. Een indruk van deze drie factoren is verkregen door bronnenonderzoek en consultatie van een aantal deskundigen.

BRONNEN

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de eerste factor: de mate waarin chronische ziekten voorkomen. Om hier inzicht in te krijgen kan in principe gebruik worden gemaakt van een aantal bronnen. Deze worden hier kort besproken.

Populatiegegevens over ziekten

– *epidemiologisch onderzoek*. Het voordeel is dat deze gegevens betrekking hebben op het voorkomen van ziekten in de (totale) bevolking. Een nadeel is dat het feitelijk constateren van afwijkingen nog niet hetzelfde is als het hebben van klachten, laat staan het leggen van beslag op de gezondheidszorg. Voorts richt dergelijk onderzoek zich doorgaans op één of enkele ziekten;

– *gezondheidsenquête*. Een voordeel is dat gezondheidsenquêtes inzicht kunnen verschaffen in het voorkomen van ervaren problemen/klachten in de bevolking. Een probleem met dit soort gegevens is dat er ook hier een kloof kan gapen tussen enerzijds ervaren klachten en anderszijds gebruik van gezondheidszorg en gediagnostiseerde afwijkingen. Een ander probleem is dat de gebruikte indeling slechts in beperkte mate compatibel is met die van de ICD.

Consumptiegegevens

– *consumptie in de eerste lijn*. Deze gegevens verschaffen informatie over de mate waarin mensen de huisarts consulteren met al dan niet ernstige klachten/ziekten. De continue morbiditeitsregistratie (peilstations huisartsen) heeft een landelijke dekking en verschaft daarmee

een representatief beeld. Een nadeel is dat er tot nu toe aan slechts een beperkt aantal ziekten aandacht is geschonken. Naast de landelijke peilstations zijn er enkele lokale registraties (bijvoorbeeld in Nijmegen) die een brede scala aan ziekten bevatten, maar die slechts een zeer beperkt aantal huisartspraktijken omvatten;

– *consumptie in de tweede lijn*. Levert de consumptie in de eerste lijn een indirecte maat op voor het voorkomen van de aandoening in de totale bevolking, bij de consumptiegegevens van de tweede lijn is er nog een selectiemechanisme bijgekomen (namelijk de verwijzing door de huisarts). In termen van beslag op de gezondheidszorg echter is deze bron belangrijk omdat de tweede lijn duidelijk de grootste sector is in de gezondheidszorg. De ziekenhuisgegevens, zoals geregistreerd door de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg, zijn nagenoeg compleet. De ziekten worden geregistreerd op ICD-code. De gegevens in het verpleeghuisinformatiesysteem (SIVIS) zijn (nog) niet compleet. De diagnosecategorieën zijn niet (helemaal) dezelfde als die van de ziekenhuizen.

Sterftecijfers

Sterftecijfers zijn bij onderzoek naar het voorkomen van chronische ziekten weinig bruikbaar omdat chronische ziekten meestal niet de doodsoorzaak vormen.

Het zal duidelijk zijn dat alle bronnen voor- en nadelen hebben. Omdat de verschillende bronnen in feite verschillende maten van ziekten opleveren, kunnen de aan deze bronnen ontleende getallen niet (of niet zonder meer) bij elkaar worden opgeteld. Ook bevatten niet alle bronnen de hele scala aan chronische ziekten. In het vooronderzoek diende daarom (en vanwege de beperkte omvang) een keuze te worden gemaakt uit de bronnen. Bij de onderzoekopdracht was, zoals vermeld, het criterium van beslag op de gezondheidszorg een gegeven. Om deze reden is ervoor gekozen de selectie te baseren op ziekenhuisgegevens.

AANVULLENDE GEGEVENS

Eerder in dit artikel werd aangegeven dat het beslag op de gezondheidszorg de resultante is van de mate van voorkomen, de ziekteduur en de zorgintensiteit. Informatie over de laatste twee factoren is verzameld door consultatie van een aantal deskundigen.

Tabel. Volgorde van ziekten naar de mate waarin zij beslag leggen op de gezondheidszorg.

mate vóórkomen	duur		zorg- intensiteit	
1. CARA	relatief lang	{	zeer hoog	{
2. diabetes mellitus			relatief hoog	
3. artrose				
4. reumatoïde artritis				
5. levercirrose				
6. ziekte van Parkinson	relatief kort	{	matig	{
7. ziekte van Crohn			laag	
8. multiple sclerose				

Bij de *zorgintensiteit* werden vragen gesteld over zaken als: het percentage patiënten dat arbeidsongeschikt wordt; het percentage dat hulpmiddelen (zoals een rolstoel) en aanpassingen (bijvoorbeeld aan de woning) nodig heeft; en de mate waarin een beroep op extramurale zorg moet worden gedaan. Hierbij ging het er om een indruk van de orde van grootte en niet een exacte schatting te krijgen.

Wat de *ziekteduur* betreft, impliceert een lange ziekteduur (wanneer de ziekte over het algemeen op jeugdige leeftijd ontstaat) een relatief groot beslag op de gezondheidszorg, terwijl een korte ziekteduur een relatief klein beslag inhoudt.

deed. Het zal de lezer duidelijk zijn dat de opzet van deze scenariostudie in belangrijke mate wordt bepaald door de onderzoeksvragen die de STG zal formuleren. □

In de *tabel* worden de resultaten weergegeven voor de belangrijkste ziekten. De mate van voorkomen, de duur en de zorgintensiteit combinerend, kan worden geconcludeerd dat twee ziekten qua beslag op de gezondheidszorg duidelijk het hoogst scoren, namelijk CARA en diabetes mellitus. Aan de STG is dan ook geadviseerd deze twee ziekten in ieder geval te laten bestuderen in een scenario-onderzoek.

BESLUIT

Het bovenstaande illustreert dat wanneer men zich door middel van een kort vooronderzoek een beeld wil vormen van de omvang van bepaalde ziekten, dit slechts ten dele mogelijk is op grond van bestaande gegevensbronnen. Voorts wordt duidelijk hoe sterk de keuze voor een gegevensbron (in dit geval ziekenhuisgegevens) afhangt van het soort onderzoeksvragen en welke beperkingen dit met zich mee brengt.

Het korte vooronderzoek had een reducerend karakter: het selecteren van één of enkele ziekten. Het grote scenario-onderzoek zelf verdient wellicht een brede aanpak, waarbij de ziekten vanuit verschillende invalshoeken worden bestu-

Literatuur

1. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Het hart van de toekomst; de toekomst van het hart. Scenario's over hart- en vaatziekten 1985-2010. Utrecht/Antwerpen, 1986.
2. Meijler FL en Wellens HJJ. Scenario's over hart- en vaatziekten 1985-2010. Medisch Contact 1987; 42: 71-4.
3. Dunning AJ et al. Scenario-onderzoek; mogelijke toekomst. Medisch Contact 1987; 42: 74-6.
4. Schreuder RF. Scenario's op het terrein van de volksgezondheid. Medisch Contact 1987; 42: 76-7.
5. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Ouder worden in de toekomst-scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000. Leidschendam, 1984.
6. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Kanker in Nederland. I: Scenario-rapport – scenario's over kanker 1985-2000. Utrecht/Antwerpen, 1987.
7. Davidse W, Vaandrager GJ, Water van de HPA. toekomstscenario's chronische ziekten; vooronderzoek. Leiden, NIPG-TNO, 1987.
8. Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk; een terreinverkenning. Utrecht, 1983. Proefschrift.
9. CBS. Ontslagen ziekenhuispatiënten naar hoofd diagnose, leeftijd en geslacht, 1983. Den Haag, 1985.

De zorg voor mensen met epilepsie

Scenario's en strategieën

Op 11 november 1987 werd in Heemstede aan Prof. Van Londen, Directeur-Generaal voor de Volksgezondheid, het eerste exemplaar aangeboden van het rapport 'Epilepsiezorg in Nederland 1970-2010'. Die overhandiging vormde het besluit van een scenarioproject, waarvoor in 1985 opdracht was verleend door het bestuur van de Christelijke Vereniging voor de Verpleging van Lijders aan Epilepsie. De resultaten van dit onderzoek zijn bedoeld om een ruimere bezinning op de toekomst van de epilepsiezorg te stimuleren. Daarnaast zijn de resultaten bestemd voor de vereniging zelf, die daarmee hoopt haar eigen koersbepaling beter te kunnen onderbouwen. Het project werd uitgevoerd door een onderzoeksteam uit de Vakgroep Planning en Beleid van de Utrechtse Universiteit dat terzijde werd gestaan door een commissie van deskundigen uit het veld van de epilepsiezorg¹. De vakgroep kon steunen op ervaringen die zij had opgedaan in scenarioprojecten voor de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG, 1986; Hollander en Becker, 1987).

OPEN EINDE

Voor een goed begrip van de uitkomsten van het project is het van belang kennis te nemen van hetgeen de onderzoekers onder een scenarioproject verstaan. Volgens hen omvat een dergelijk project een analyse van de belangrijkste ontwikkelingen op en rond het veld van onderzoek (de zogeheten basisanalyse), een analyse van verwachte ontwikkelingen op en rond dit veld (de toekomstanalyse) en een formulering van de strategieën en consequenties daarvan die op basis van deze analyses worden opgesteld.

Ten aanzien van de uitkomsten van het onderzoek dient van meet af aan een mogelijk misverstand te worden weggenomen. Een scenario-onderzoek is iets anders dan het stellen van een prognose. Voor het stellen van prognoses dient aan bepaalde voorwaarden te zijn voldaan, willen deze methodisch geoorloofd zijn. De betrokken processen moeten in het verleden betrekkelijk veel regelmaat hebben vertoond en er moeten argumenten zijn om aan te nemen, dat die regelmaat in de toekomst zal voortduren. Indien niet aan deze voorwaarden valt te

H. A. Becker, J. P. van de Klashorst, H. G. van Schaik-Colijn en P. L. J. Hermkes

Het eind vorig jaar verschenen rapport 'Epilepsiezorg in Nederland 1970-2010' behelst scenario's en strategieën, géén prognoses. Het moet als een 'learning environment' worden gehanteerd. De socioloog Prof. Dr. H. A. Becker, hoogleraar Sociale Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, en zijn medeonderzoekers geven een toelichting.

voldoen en prognoses dus niet mogelijk zijn, is het echter wel mogelijk scenario's te ontwerpen. Bij scenario's worden om te beginnen zoveel mogelijk variabelen empirisch vastgesteld. Bij de overige variabelen worden de waarden op basis van assumpties geschat. In feite maakt de lezer zelf uit welke assumpties hij aanneemt en welke niet. Op die basis kan dan het beleid verder worden ontwikkeld. In tegenstelling tot wat misschien zou kunnen worden gehoopt, hebben scenarioprojecten dus altijd een open einde. Zij nodigen uit tot systematisch zelf nadenken over de toekomst (Becker, 1986; 1987; laatstgenoemde publikatie bevat een taxonomie).

Naast de studie van in de literatuur voorhanden zijnde gegevens over ontwikkelingen in de epilepsiezorg heeft raadpleging van deskundigen plaatsgevonden. Deze raadpleging heeft de vorm van een 'Delphi-onderzoek' gekregen. De klassieke vorm voor een dergelijk onderzoek is voor het onderhavige project aangepast. Ruim vijftig deskundigen uit het veld van de epilepsiezorg en, ruimer, uit de gezondheidszorg hebben aan dit deel van het onderzoek deelgenomen. Zij waren in vijf groepen verdeeld, te weten twee groepen die zich bezighielden met wetenschappelijke kennis rond epilepsie, twee met maatschappij en epilepsiezorg, en één met technologie in verband met epilepsiezorg. Na een individuele schriftelijke ondervraging zijn groepsgesprekken gehouden. De verslagen van de gesprekken zijn na ratificatie

door de deelnemers in het rapport van het onderzoek verwerkt.

Het vervolg van dit artikel bevat een samenvatting van drie ontwikkelde scenario's alsmede drie strategieën. Ook worden de kernpunten en de aanbevelingen kort weergegeven. Nadere informatie verschaft het volledige rapport.

SCENARIO'S

In het project zijn de volgende drie scenario's en strategieën ontwikkeld:

1. Referentiescenario en trendstrategie

Het referentiescenario is gebaseerd op de veronderstelling van kleine, trage verbeteringen in de geanalyseerde sectoren. Wat de omgeving van de epilepsiezorg aangaat is aangenomen dat de sociaal-culturele ontwikkeling van de laatste decennia doorzet: pluriformisering, emancipatie en individualisering. De economische ontwikkeling is doorgetrokken: een matige groei van 2%, met een licht herstel van de marktsector, een blijvend hoge werkloosheid en een strikt bezuinigingsbeleid van de overheid. In de gezondheidszorg worden de voorstellen van de commissie-Dekker overgenomen en ingevoerd: inkrimping van de intramurale gezondheidszorg zonder adequate alternatieven in de extramurale sfeer en overheveling van financiële verplichtingen van de overheid naar particulieren en hun organisaties. Terecht is in het Delphi-onderzoek naar voren gebracht, dat commercialisering niet tot kostenbesparing (voor de samenleving als geheel) behoeft te voeren.

De epilepsiezorg kan in het kader van het referentiescenario een beperkte, langzame verbetering te zien geven. Bij voorbeeld een betere diagnosestelling door een betere classificatie van aanvallen. Op het gebied van maatschappij en zorg doen zich de consequenties van het non-sense beleid gelden. Commercialisering en deregulering drijven ook de epilepsiezorg in de armen van harde beleidvoering. Ziekenfondsen sturen patiënten naar de goedkoopste aanbieders van epilepsiezorg. Patiënten worden zelfstandiger. Zelf of met inschakeling van familieleden komen zij meer tot 'malpractice claims'. Een systematische, onafhankelijke kwaliteitsbewaking ontbreekt echter. In technologisch opzicht raakt Ne-

derland achter op vernieuwingen in andere landen².

De trendstrategie ligt in het verlengde van het beleid uit voorgaande jaren. Afnemende middelen beperken de ruimte voor uitbreiding van kennis en wetenschap. In de epilepsiezorg betekent de uitvoering van de aanbevelingen van de commissie-Dekker bij het ontbreken van een onafhankelijke kwaliteitsbewaking, dat een optimalisering van omvang en niveau van de zorg wordt bemoeilijkt. De consequenties blijken vooral op iets langere termijn: kans op afzakken en kans op te laat overschakelen op een opvangstrategie, indien de omstandigheden zulks noodzakelijk maken.

Hoofdpunten uit de trendstrategie zijn: a. continueren van research; b. analyseren van de concurrentie tussen epilepsiecentra onderling en tussen dergelijke centra en parallelle behandelingscircuits, zoals de zwakzinnigenzorg; c. het herijken van de wijze waarop publieksvoorlichting wordt geboden; d. het analyseren van de werkwijze van de bestaande consulentenschappen, het uitbreiden van op die wijze geboden hulp, en het samen met algemene gezondheidszorginstellingen opzetten en exploiteren van extramurale zorgvoorzieningen; en e. het intensiveren en moderniseren van de contacten met ziekenhuizen die beschikken over hoogwaardige diagnostische en therapeutische medische technologie.

2. Vernieuwingsscenario en vernieuwingsstrategie

De assumpties voor het vernieuwingsscenario staan in het teken van vernieuwingen op alle gebieden. Kijken wij naar de omgeving, dan wordt uitgegaan van een pluriforme samenleving die in een groeisituatie steeds minder moeite heeft met afwijkende groeperingen. Van de nieuwe tolerantie profiteren ook gehandicapten en langdurig zieken. Bij de economische ontwikkeling wordt uitgegaan van een groei van 4%, met andere woorden het taakstellende scenario 'Ruimte voor Groei' van de wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) wordt serieus genomen. Pas rond de eeuwwisseling wordt een terugslag verwacht. De gezondheidszorg geeft uitvoering van de voorstellen van de commissie-Dekker te zien, doch deze worden na vijf jaar afgezwakt. Een onafhankelijke kwaliteitscontrole voorkomt dat concurrentie en commercialisering in de gezondheidszorg het karakter van 'survival of the fittest' krijgen. Beroepsverenigingen van werkers in de gezondheidszorg

dragen er zorg voor dat hun leden voldoende bescherming krijgen. De strategie gericht op vernieuwing in de epilepsiezorg vereist in het vlak van kennis en wetenschap een aanpak die enerzijds zwaartepunten kiest en anderzijds een deel van de beschikbare middelen gespreid aanwendt. De sectoren maatschappij en zorg staan in het teken van innovatie en van onafhankelijke kwaliteitscontrole.

3. Verslechteringsscenario en opvangstrategie

In de derde plaats worden assumpties opgesteld die neerkomen op een substantiële verslechtering. De omgeving lijkt dan op een neerwaardse spiraal. Bij minder middelen leidt een sterker wordende pluriformiteit tot een toeneming van spanningen. Individualisering brengt afbraak van onderlinge hulpverlening. Chronisch zieken en andere kwetsbare groepen komen in afhankelijkheidssituaties terecht. Het economisch leven wordt gekenmerkt door stagnatie. De sector van de gezondheidszorg geeft het uitvoeren van de voorstellen van de commissie-Dekker te zien, na vijf jaar zelfs in sterkere mate. Commercieel aantrekkelijke ziektebeelden komen goed aan bod, andere kunnen nog maar weinig middelen aantrekken. De epilepsiezorg zal onder dergelijke omstandigheden in de knel komen. Kennis en wetenschap zullen in ons land verouderen. Omvang en kwaliteit van de zorg zullen verminderen. De categorale zorg zal zich niet of slechts gedeeltelijk kunnen handhaven en technologisch zal Nederland gaandeweg verder achter raken op andere landen. Dat een dergelijke gang van zaken negatieve gevolgen zal hebben voor het welbevinden van mensen met epilepsie behoeft weinig betoog.

Het schilderen van een 'doomsday scenario' kan geen eindstap betekenen. Er is een strategie nodig, die de verslechtering zo veel mogelijk opvangt, en die op langere termijn voorbereidt op betere tijden. In het vlak van kennis en wetenschap kan worden geprobeerd ontwikkelingshulp te krijgen van (relatief) welvarende landen. Ten aanzien van zorg en maatschappij liggen vormen van ambulante 'cure and care' voor mensen met epilepsie die thuis of in de algemene gezondheidszorg verblijven voor de hand. Ook in de sfeer van de technologie zijn noodoplossingen vereist.

Hoe zou de implementatie van een strategie tot het opvangen van verslechtering kunnen verlopen? Aangenomen dat er

noodfondsen van enige omvang beschikbaar zijn, kunnen nieuwe sociale netwerken worden opgebouwd om hulp te verlenen en middelen in te zamelen. Herleving van de beginperiode van 'de macht van het kleine' zal men zich in de sector van de epilepsiezorg kunnen voorstellen. De effecten van een dergelijke strategie zijn onvermijdelijk bescheiden en de neveneffecten sterk negatief. Vele deskundigen zullen verstrekken. Draagkrachtige patiënten zullen naar het buitenland uitwijken.

Het derde scenario is over het algemeen genomen het meest waarschijnlijke. Daarna volgen het eerste en het tweede scenario, in die volgorde.

AANBEVELINGEN

Enkele bevindingen vragen bij elk van de drie ontworpen scenario's de aandacht. Thans volgt een korte samenvatting hiervan.

De kans op medische doorbraken. Een deel van de deskundigen die aan het Delphi-onderzoek hebben deelgenomen acht doorbraken in het basaal onderzoek voldoende waarschijnlijk om – beargumenteerd – medische oplossingen voor epilepsie op een termijn van tien jaar mogelijk te achten. Een ander deel van de deskundigen acht de kans op medische doorbraken zo gering, dat het deze meent te kunnen verwaarlozen. Uiteraard zullen wij pas over enkele jaren weten welke groep deskundigen het bij het rechte eind heeft gehad. Er kan en moet thans echter reeds worden geanticipeerd op de uitkomsten van de betrokken ontwikkelingen in het basaal medisch onderzoek en in de behandeling van epilepsie. Het scenario-onderzoek heeft tot de conclusie gevoerd dat de voorkeur moet worden gegeven aan een strategie die anticipeert op het optreden van de doorbraken, met name door prioritering binnen het basaal onderzoek. Wordt deze strategie gevoerd in Nederland en komen die doorbraken er inderdaad, dan is de kans op het vroegtijdig beschikbaar komen van nieuwe geneeswijzen in ons land het grootst. Komen de doorbraken er niet, dan heeft de aanbevolen strategie geen negatieve neveneffecten tot gevolg.

Belangenbehartiging en emancipatie. De gezondheidszorg, ook voor mensen met epilepsie, zal wat haar omvang en kwaliteit betreft in de komende jaren sterk onder druk komen te staan. Een krachtige belangenbehartiging door een mondi-

ge en goed toegeruste patiëntenbeweging kan voor een tegenwicht zorgen. Het steunen van de patiëntenbeweging bij haar verdere opbouw verdient dan ook aanbeveling. Tot de taak van de betrokken patiëntenbeweging behoort ook het stimuleren van de emancipatie van mensen met epilepsie in hun relatie tot hun directe sociale omgeving en tot de leden van de samenleving meer in het algemeen. Ook de werkers in de epilepsiezorg, zowel medisch als anderszins bij de zorg betrokken, hebben recht op een krachtige belangenbehartiging. Stimulering van hun beroepsverenigingen verdient aanbeveling.

Onafhankelijke kwaliteitsbewaking. Net als in andere sectoren van de gezondheidszorg kunnen onverwachts ingrepen door de overheid optreden. Behartiging van de belangen van mensen met epilepsie vereist dan dat de kwaliteit van de zorg kan worden verdedigd. Er zijn nulmetingen noodzakelijk om achteruitgang van de kwaliteit van de zorg te kunnen

opsporen. De kwaliteit zal doorlopend moeten worden gemeten, bij voorbeeld op basis van steekproeven. Dergelijk onderzoek dient door onafhankelijke wetenschappelijke instituten te worden uitgevoerd. Bevorderen van de komst van dergelijk onderzoek en het werken met de resultaten bij de belangenbehartiging, kan door patiëntenorganisaties, beroepsverenigingen en andere samenwerkingsverbanden geschieden,

SLOTOPMERKINGEN

Het onderhavige scenariorapport biedt drie scenario's en drie strategieën, en daarnaast nog zes verdere scenario's en zes verdere strategieën. Dit illustreert dat het rapport de lezers wil aansporen om zelf te analyseren, varianten te ontwerpen, kortom het scenariorapport als een 'learning environment' te hanteren. Ook het ontwerpen van de scenario's op basis van uitgeschreven assumpties heeft mede tot doel de lezers actief met de

resultaten te laten werken. Een dergelijke aanpak kan hopelijk voorkomen dat de scenario's ondanks alle waarschuwingen toch als prognoses worden beschouwd. □

Noten

1. De begeleidingscommissie bestond uit: W. J. Rijnsburger, RA (voorzitter), Dr. P. G. Barth, Drs. Fr. H. J. Knaven, Dr. J. van Mansvelt (tot mei 1987), Prof. Dr. H. Meinardi, Dr. A. Schobben, Dr. A. van der Zwan jr.

2. In het rapport zijn de ca. 90.000 mensen met epilepsie in Nederland onderverdeeld in onder andere een zware groep, een middengroep en een lichte groep.

Literatuur

H. A. Becker. Scenario-projecten in het Gezondheidsbeleid. In E. Dekker en B. Wijnberg (red.): Gezondheidsbeleid, Leiden 1986.

H. A. Becker. Scenario Projects Combining Quantitative and Qualitative Analyses. In J. J. Brouwer and R. F. Schreuder (eds): Scenarios and Other Methods to Support Long Term Health Planning, Utrecht 1987.

C. F. Hollander and H. A. Becker (eds). Growing Old in the Future, Dordrecht 1987.

H. A. Becker, J. P. van de Klashorst, H. G. van Schaik-Colijn en P. L. J. Hermkes. Epilepsiezorg in Nederland 1970-2010. Heemstede 1987 (Uitgave Christelijke Vereniging voor de Verpleging van Lijders aan Epilepsie).

STG, Structure and Terms of Reference. The Hague 1986.

Reumazorg

Zorgvuldige planning noodzakelijk

De vraag naar specialistische hulp op het gebied van de reumatologie zal de komende jaren vrijwel zeker toenemen. Dit zal het gevolg zijn van de toenemende vergrijzing, maar ook van de steeds betere behandelingsmogelijkheden. Wat het eerste punt betreft, de vergrijzing, is *tabel 1* illustratief. Wat de betere behandelingsmogelijkheden betreft, kan worden gewezen op ontwikkelingen op het gebied van de gewrichtsvervangende chirurgie, de intra-antculaire toediening van radioactieve isotopen of bestralings-synovectomie, de behandeling van chronische progressieve polyarthritiden door middel van immunosuppressiva en – in het kader van de secundaire c.q. tertiaire preventie – de toepassing van gewrichts-beschermende maatregelen.

Behalve door de vergrijzing en de betere

**Prof. Dr. J. K. van der Korst
en ing. J. G. Meegdes**

Meer patiënten, betere behandelingsmogelijkheden – minder artsen, minder bedden, bezuinigingen. Ziedaar het spanningsveld waarin de reumatologie zich heden bevindt, en de spanning neemt de eerste tijd alleen maar toe. Een schets van de reumatoloog Prof. Dr. J. K. van der Korst (Universiteit van Amsterdam) en van de beleidsadviseur bij het Nationaal Ziekenhuisinstituut ing. J. G. Meegdes, compleet met enkele suggesties voor toekomstig beleid (netwerken!).

behandelingsmogelijkheden, kan ook nog een toename van het aantal reumapatiënten plaatsvinden indien de door de Nederlandse Vereniging van Rheumatologen geopperde achterstand in de reumatische zorgverlening wordt ingelopen.

AANTAL PATIËNTEN

Naar schatting 3 miljoen Nederlanders hebben klachten van reumatische aard: ruim 20% van de totale bevolking. Een gedeelte gaat voor behandeling naar huisarts en specialist; per jaar gaan circa 450.000 mensen voor behandeling naar de huisarts en circa 265.000 mensen naar de reumatoloog. In de eerste lijn vormen reumatische aandoeningen de op één na belangrijkste reden om een beroep te doen op de huisarts. In de tweede lijn gaat het om een geringer aandeel: van

alle klinische en poliklinische patiënten in ziekenhuizen kan circa 1% onder reumatologie of primair reumatische aandoeningen worden gerangschikt. In de verpleeghuizen ligt dit percentage hoger. Van alle verpleegde en in dagbehandeling zijnde mensen heeft ruim 10% een medische diagnose die met reuma te maken heeft.

Welke ontwikkelingen hebben zich de afgelopen jaren ten aanzien van de aantallen patiënten voorgedaan? Wegens het ontbreken van kwantitatieve gegevens over de extramurale zorg, zowel in de eerste als in de tweede lijn, moeten wij ons helaas beperken tot de intramurale ziekenhuissector. We stuiten hier trouwen op een belangrijk hiaat in het geheel van informatiesystemen, dat in Nederland op het terrein van de (intramurale) gezondheidszorg ter beschikking is: een verschuiving van klinisch naar poliklinisch wordt reeds jarenlang een belangrijk beleidsuitgangspunt genoemd, maar een fatsoenlijke polikliniekregistratie ter toetsing van dit alles is nog steeds niet opgestart.

Het aantal patiënten met klachten op het terrein van het specialisme reumatologie is de afgelopen jaren duidelijk toegenomen: het aantal verwijskaarten steeg de laatste tien jaren met ruim 30%, het aantal opnemingen in ziekenhuizen met bijna 70%. Deze toename kan vrijwel geheel als werkelijke groei worden gekenschetst; slechts een klein gedeelte is toe te rekenen aan de bevolkingsontwikkeling. Ondanks de stijging van het aantal opnemingen is de klinische productie in die tien jaar niet toegenomen. Speciaal de laatste jaren is er sprake van een flinke daling van het aantal verpleegdagen. Een van de oorzaken hiervan is de vrij constante jaarlijkse daling van de gemiddelde verpleegduur, een tendens die zich trouwens in de gehele ziekenhuissector voordoet; voor reumatologie daalde de gemiddelde verpleegduur van 66 dagen in 1974 naar 33 dagen in 1985: een halvering in ruim tien jaar. Andere verklaringen voor de daling van de klinische productie zijn wellicht de invoering van de budgettering, de beddenreductie en – last but not least – de bezuinigingen.

De ontwikkeling van de reumatologie'consumptie' is samenvattend weer gegeven in *figuur 1*.

De patiëntenpopulatie omvat overwegend vrouwen en ouderen. De arthropatieën en verwante aandoeningen zijn verreweg de meest voorkomende ziektebeelden; reumatoïde artritis is daarbinnen duidelijke koploper. Patiënten met

Tabel 1. Aandeel 65+-ers in Nederlandse bevolking.

1 januari 1987	12,3%
1 januari 1990	12,8%
1 januari 1995	13,2%
1 januari 2000	13,6%

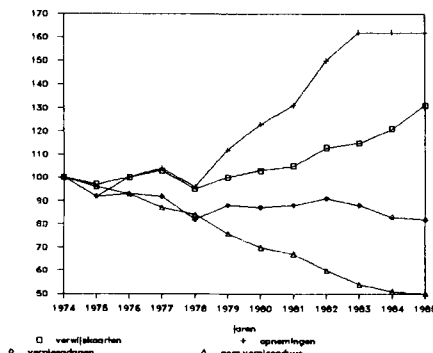
Bron: CBS.

Tabel 2. Aandeel van de verschillende specialisten in het totaal aantal klinische patiënten met reumatoïde artritis.

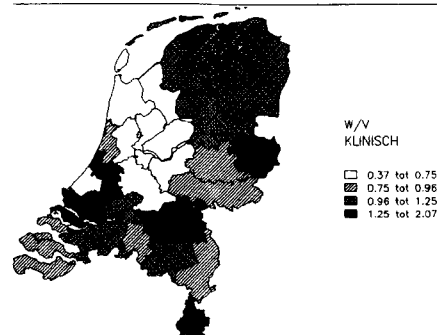
	1982	1986
reumatologie	47%	55%
inwendige geneeskunde	21%	18%
orthopedie	21%	18%
plastische chirurgie	3%	4%
kindergeneeskunde	4%	3%
overige specialisten	4%	2%
totaal	100%	100%

de hoofddiagnose 'reumatoïde artritis' kunnen met een aantal medische specialisten in aanraking komen. Uit gegevens van de klinische patiënten kan worden afgeleid dat in 1986 het specialisme reumatologie bijna 55% van deze patiënten primair in behandeling had. Inwendige geneeskunde en orthopedie scoorden

Figuur 1. Ontwikkeling klinische consumptie reumatologie, 1974 t/m 1985.



Figuur 2. Verhouding tussen werkelijk en verwacht aantal klinische patiënten reumatologie, 1986.



beide 18%; behandeling door internisten zal vooral plaatsvinden in ziekenhuizen waar geen reumatoloog aanwezig is. De plastische chirurgie en de kindergeneeskunde namen met beide 3% à 4% van de patiënten maar een klein gedeelte van de behandeling voor hun rekening; bij de kindergeneeskunde gaat het daarbij specifiek om de behandeling van jeugdreuma. De afgelopen jaren blijkt het specialisme reumatologie in toenemende mate de klinische behandeling van de betrokken patiëntencategorie voor zijn rekening te zijn gaan nemen; het aandeel van de inwendige geneeskunde en de orthopedie is daarentegen licht teruggelopen (*tabel 2*).

AANTAL REUMATOLOGEN

Reumatologie, sinds 1948 formeel erkend als medisch specialisme, is in Nederland een betrekkelijk klein specialisme. De ongeveer 100 in ons land werkzame reumatologen maken 4% uit van het totaal aantal inwendige specialisten. Omgerekend naar de in de Richtlijnen Wet Ziekenhuisvoorzieningen genoemde functie-eenheden gaat het om ongeveer 70 functie-eenheden (een functie-eenheid is een capaciteitsmaat voor de specialistische functie-uitoefening; deze correspondeert met de gemiddelde jaarproductie van een specialist met een volledige werkweek).

De afgelopen jaren is het aantal reumatologen toegenomen: in absolute zin tussen 1972 en heden met 65%, in relatie met de bevolkingsontwikkeling met 35%. Jaarlijks zijn circa 15 arts-assistenten voor het specialisme in opleiding. Ook in de reumatologie is een flinke stijging waarneembaar in het aantal assistent-geneeskundigen-niet-in-opleiding (agnio's). De problemen van de arbeidsmarkt voor artsen en specialisten steken ook hier de kop op.

Gezien de grote verschillen tussen dat wat wenselijk wordt geacht door de Nederlandse Vereniging van Rheumatologen en dat wat volgens de Richtlijnen Wet Ziekenhuisvoorzieningen respectievelijk WVC is toegestaan, zal de ontwikkeling van het aantal reumatologen onder grote druk blijven staan. Pleit de Vereniging van Rheumatologen voor een uitbreiding tot 140 reumatologen, WVC heeft vrij recent laten weten dat tot een reductie van circa 10 functie-eenheden moet worden gekomen.

Er zijn in Nederland grote regionale ver-

schillen in zowel aanbod als klinische consumptie van reumatologie.

Regio's met een relatief gezien groot aantal reumatologen zijn Nijmegen, Twente, Stedendriehoek, Zuid-Limburg en Zeeland; het tegenovergestelde beeld: een relatief klein aantal reumatologen is te vinden in de regio's Breda, Eindhoven, Arnhem en Amersfoort. Op 1 januari 1988 waren er in ons land in totaal 70,5 functie-eenheden reumatologie: per functie-eenheid circa 210.000 inwoners. In Nederland zijn de afgelopen drie jaren per 100.000 inwoners gemiddeld 37 patiënten voor reumatologie opgenomen. Per regio varieert dit aantal van 14 à 15 klinische patiënten per 100.000 inwoners in de regio's Alkmaar en Amsterdam tot 73 à 75 klinische patiënten in de regio's Rijnmond en Nijmegen.

Deze verschillen worden zeer zeker niet veroorzaakt door verschillen in de leeftijdsopbouw van de bevolking. De hogere score in de regio's Rijnmond en Nijmegen kan samenhangen met de in deze regio's aanwezige categorale ziekenhuizen met zowel klinische als poliklinische voorzieningen voor reumatologie in het functiepakket. Een lage klinische score, zoals in Alkmaar en Amsterdam, kan enerzijds op een te gering aanbod duiden, maar anderzijds ook op een meer poliklinische georiënteerde werkwijze.

Op het kaartje (figuur 2) is de verhouding tussen werkelijk en verwacht aantal klinische patiënten voor het specialisme reumatologie in 1986 weergegeven.

AANDACHTSPUNTEN

Aangegeven is dat de vraag naar reumatologische specialistische hulp zal toenemen. Bij verdergaande beddenreductie en bezuinigingen zal het klinische werk daarom onder nog grotere druk komen te staan. Dit vraagt om een toekomstige versterking van de poliklinische en extramurale oriëntatie van de reumatologie. Daarbij komt dat de spreiding van de functie reumatologie in Nederland onvolkomen is. Indien naar een optimale spreiding wordt gestreefd, zullen wijzigingen in het bestaande aanbod of zo mogelijk uitbreidingen bij voorkeur in relatie moeten worden gebracht met die plekken in Nederland waar geen of onvoldoende voorzieningen aanwezig zijn. De Nederlandse Vereniging van Reumatologen streeft een concentratie na van meermanspraktijken in goed geoutilleerde ziekenhuizen; dit mede in verband met de directe beschikbaarheid van andere specialisten die voor optimale reumazorg nodig zijn (orthopeden, plastisch chirurgen, enz.). Duidelijk hierbij in het geding is de vraag naar het doorvoeren van decentralisatie versus centralisatie voor bepaalde onderdelen. Een mogelijke centralisatie van 'topzorg' vraagt om een oplossing voor de beschikbaarheid van consultatie van reumatologen door huisartsen en specialisten in andere ziekenhuizen evenals voor de organisatie van de multidisciplinaire poliklinische behandeling.

De komende tijd zal, door ontwikkelingen op het gebied van de functieplanning en de budgettering, de druk om op regionaal niveau tot functieafspraken te komen nog groter worden. In dit kader kan de meest adequate aanpak van de knelpunten in de reumatologiezorg, bijvoorbeeld met betrekking tot de beschikbaarheid, de spreiding en de structurering, wellicht het best worden gerealiseerd door de totstandkoming van specialistische netwerken, van waaruit de hulpverlening in zowel tweede als eerste lijn kan worden verzorgd respectievelijk georganiseerd; ook de patiëntenverenigingen kunnen in deze netwerken hun stem laten horen. □

Dit artikel is verschenen naar aanleiding van het NZI-rapport 'Reumatologie in beeld'. Dit rapport kan onder vermelding van NZI-nummer 88.551 worden opgevraagd bij de Dienst Documentatie en Voorlichting van het NZI, Postbus 9697, 3506 GR Utrecht, tel. 030-739911; kosten: f 10,— (exclusief verzending).

De organisatie van het ziekenhuis

Hoewel de geneeskunde zich snel ontwikkelt en veel nieuwe mogelijkheden biedt die ieder op zich positief kunnen worden beoordeeld, neemt het aantal kritische vragen hand over hand toe. Met name de betaalbaarheid van al deze mogelijkheden wordt als problematisch gezien, evenals de vraag of alles wat technisch mogelijk is ook moet gebeuren. De persoonlijke, menselijke aspecten van de geneeskunst komen bij al deze ontwikkelingen meer en meer in het gedrang, zoals Festen onlangs nog onderstreepte.

De kritische vragen concentreren zich in belangrijke mate op de specialistische geneeskunde in het ziekenhuis. In deze beschouwing zal ik proberen te verduidelijken dat minstens een deel van deze problemen samenhangt met het gangbare

W. L. J. M. Laane

De huidige ziekenhuisorganisatie is ziek. Structuur en cultuur ervan zijn niet aangepast aan de eisen van deze tijd en al wie er deel van uitmaakt zit erin gevangen. Zo luidt althans de diagnose ter zake van W. L. J. M. Laane, die als zenuwarts in algemene ziekenhuizen en als manager in psychiatrische ziekenhuizen heeft gewerkt. Hij stelt een reorganisatiemodel voor waarin een 'ziekenhuiszorgteam' een wezenlijke rol speelt.

organisatorische concept van het algemeen ziekenhuis. Mijns inziens dreigt de ontwikkeling van de organisatie van het ziekenhuis achter te blijven bij de snelle ontwikkelingen in de geneeskunde en in de maatschappelijke verhoudingen.

ONTWIKKELINGEN

De kennis en de kunde op medisch gebied groeit de laatste decennien exponentieel. Dat valt af te lezen aan de groeiende aantallen onderzoekers en publikaties. De ontwikkelingen hebben betrekking op de basiswetenschappen als fysica, (bio)chemie, informatica en dergelijke en (mede als gevolg hiervan) op de diagnostische en therapeutische technologieën en de ziektekundige inzichten.

Deze explosie van kennis en kunde leidt noodzakelijkerwijs tot een toenemende specialisatie. Enerzijds ontstaan er meer specialismen en superspecialismen (in de zin van medische deelgebieden), anderzijds zien we binnen die deelgebieden een toenemende afhankelijkheid van niet-medische zeer gespecialiseerde ondersteunende wetenschappen en hulpmiddelen. Dit heeft ingrijpende gevolgen. Allereerst wil ik wijzen op de vrijwel onvermijdelijke gevolgen voor de omvang van een en ander: grotere specialistische afdelingen en grotere organisatorische eenheden – grotere ziekenhuizen of netwerken van nauw samenwerkende kleinere ziekenhuizen – om al deze ontwikkelingen bij te kunnen houden en toegankelijk te kunnen maken. Kleinere zelfstandige eenheden zijn niet in staat de kennis en de kunde noch de noodzakelijke technologische voorzieningen op peil te houden.

Het tweede kernprobleem bij deze toenemende specialisatie is de integratie van al deze kennis en kunde ten dienste van de concrete geneeskunst, de praxis ten behoeve van concrete patiënten. Dit zal ik later in dit artikel verder uitwerken.

Een ontwikkeling die zich nog maar kort aandient is de vervaging van de grens tussen de specialistische geneeskunde in het ziekenhuis en de meer generalistische geneeskundige zorg van de zogenoemde eerste lijn (verpleeghuizen en dergelijke laat ik hier buiten beschouwing).

Technologische ontwikkelingen maken het steeds meer mogelijk en maatschappelijke tendenzen ondersteunen de wenselijkheid een aantal voorzieningen, die tot dusverre vrijwel uitsluitend werden benut ten behoeve van patiënten die in het ziekenhuis waren opgenomen, ook anderszins te benutten. Het gaat daarbij om het toenemen van poliklinische en dagbehandeling door het ziekenhuis, maar ook om het beschikbaar stellen van voorzieningen aan de huisarts en voor behandeling van de patiënt thuis.

Te verwachten is dat de ontwikkelingen in dit overgangsgebied de nodige problemen met zich mee zullen brengen. Immers, de eerstelijnszorg en de specialistische ziekenhuisgeneeskunde zijn sterk uiteengegroeid. Zij verschillen niet alleen qua kennis en technologie, maar ook door hun geheel verschillende manier van omgaan met de patiënt en diens problemen en door verschillen in organisatie en financiering. Bovendien worstelt men in beide territoria met eigen 'interne' problemen. In het ziekenhuis zijn er spanningsvelden tussen directies en specialis-

tische staven, tussen specialisten en verpleegkundigen, etc. In de eerstelijnszorg zijn er spanningen tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen en nieuwe disciplines die hun eigen plaats opeisen. Zulke spanningen zijn niet bevorderlijk voor een integratieproces met 'externe' partners. In dit artikel wil ik mij beperken tot de interne problemen in het ziekenhuis. De belangrijkste maatschappelijke ontwikkeling die in het kader van de vraagstelling van dit artikel aan de orde moet komen, is de groeiende emancipatie. Patiënten worden steeds beter geïnformeerd, eisen meer informatie en verantwoording van de kant van de behandelaars, willen meer meebeslissen en organiseren zich mede daartoe in toenemende mate. Verpleegkundigen ontwikkelen zich meer en meer in de richting van een eigenstandige professie met eigen verantwoordelijkheid ten opzichte van de patiënten, een meer zelfstandige rol in het hulpverleningsnetwerk en meer inspraak binnen de ziekenhuisorganisatie. Artsen, zowel de zelfstandig gevestigden als degenen die in dienstverband in het ziekenhuis werkzaam zijn, willen een duidelijke eigen verantwoordelijkheid binnen de organisatie, beschermd door een professioneel statuut, stafreglementen en dergelijke. Zij willen een grote invloed op de organisatie van het ziekenhuis en zeker op hun eigen verantwoordelijkheidsgebied behouden dan wel terugwinnen.

PROBLEMEN

De voortgaande specialisatie leidt tot problemen binnen het primaire proces: de patiëntenzorg. Die doen zich niet of nauwelijks voor als het om patiënten en aandoeningen gaat die geheel binnen het gebied van een specialisme te behandelen zijn: botbreuken, bevallingen, staaroperaties en vele andere. Evenwel zeer veel patiënten hebben onduidelijke of multiple pathologie, al dan niet in samenhang met psychosociale problemen, of hun aandoening blijkt niet of niet afdoende behandelbaar te zijn. In beide gevallen wordt er meer gevraagd dan één specialistisch denkraam en werken de vertrouwde procedures en protocollen niet. Men gaat deze problemen te lijf met meer van hetzelfde: meer of herhaald onderzoek dan wel andere varianten van behandeling. Daarmee probeert men de onzekerheid, zowel bij de patiënt als bij de behandelaars te reduceren, hoewel vaak vergeefs, omdat de problemen geheel of gedeeltelijk elders liggen.

In een aantal gevallen vindt verwijzing naar andere specialismen plaats. Zeker wanneer doorverwijzingen zonder voorafgaand overleg met de huisarts plaatsvinden levert dit alleen een herhaling van hetzelfde proces op, niet zelden met herhaling van dezelfde onderzoeken. Afzien van verder onderzoek en verdere behandeling is dit voor specialisten nog moeilijker dan het voor de patiënt en de huisarts al is. Men is bang een kans op succes te laten liggen, ofwel achteraf het verwijt te krijgen ten onrechte iets nagelaten te hebben: 'geanticipeerde spijt'-beslissingen. Tijnstra vestigde in dit verband de aandacht op het sterk imperatieve karakter van de medische technologie.

Echte integratie is nodig met andere specialismen en met de psychosociale invalshoek. Hoe meer gespecialiseerd de specialist c.q. de afdeling is, hoe moeilijker deze integratie wordt. Van sommige specialisten, zoals laboratoriumartsen, radiologen, neurofysiologen, etc, wordt dit ook niet verwacht. Bij de klinische specialisten is het niet altijd even duidelijk. Maar vooral in de sterk gespecialiseerde klinische vakken, met een belangrijke technologische component, hebben vooral jongere specialisten noch de kennis en de ervaring, noch de behoefte om zich buiten hun eigen specialistische gebied te begeven.

Het moge duidelijk zijn dat bij deze gebrekkige afstemming van de specialistische aanpak op de werkelijke behoeften van belangrijke groepen patiënten in het ziekenhuis de effectiviteit in het geding komt. Bovendien gaat het ten koste van de efficiëntie van het ziekenhuis als samenhangende behandelorganisatie.

De toenemende specialisatie en de daarmee samenhangende verschijnselen brengen ook specifieke problemen met zich mee voor het ziekenhuis als organisatie. Binnen deze organisatie is er meer en meer sprake van een bundeling van grotendeels naast elkaar functionerende specialistische afdelingen. Dit gespecialiseerde, professionele werk vraagt om een organisatievorm die Mintzberg karakteriseert als 'professional bureaucracy'. Deze wordt gekenmerkt door de autonomie van de (top)professionals, door toenemende verfijning en standaardisatie van procedures, door een kleine organisatorische bovenbouw en voornamelijk ondersteunend personeel voor de eenvoudige routinematige handelingen.

Binnen de grenzen van de eigen specialistische afdelingen doen zich voor specialisten, gespecialiseerde verpleegkundi-

gen en andere gespecialiseerde hulpkrachten tot nu toe weinig problemen voor, althans voorzover de afdeling betrekkelijk autonoom kan functioneren. De eigen onderzoek- en behandelmethoden worden verfijnd en geperfectioneerd. Men ontwikkelt de eigen samenwerkingspatronen die daarbij passen, legt het nodige vast in protocollen, regels en afspraken en toetst een en ander aan professionele normen en aan soortgelijke afdelingen in andere ziekenhuizen.

De voornaamste problemen komen voort uit de onvermijdelijk toenemende afhankelijkheid die gepaard gaat met verdere specialisatie en schaalverkleining en uit het feit dat men voor allerlei voorzieningen afhankelijk is van het ziekenhuis als geheel, zoals voor technische, 'civiele', personele en financiële voorzieningen. Ook ontstaan er territoriumconflicten met andere specialismen.

De voortschrijdende specialisatie en concentratie leidt tot specifieke problemen binnen grotere specialistische afdelingen met meer specialisten. Een efficiënte bedrijfsvoering leidt dan tot taakverdeling, verdeling in aandachtsgebieden, dienst- en waarnemingsroosters. De toenemende complexiteit leidt tot meer stuurproblemen, meer overleg en meer 'ruis'. Dat alles gaat ten koste van persoonlijke contacten, zowel met verpleegkundigen als met patiënten. Het werk wordt meer gestandaardiseerd en laat minder persoonlijk maatwerk toe. Onder meer deze factoren leiden ertoe dat de aandacht voor de individuele, concrete, maar gecompliceerde patiënten en de integratie van alle aspecten die in hun problematiek meespelen, binnen de specialistische afdelingsstructuur steeds problematischer worden, hoezeer vele specialisten zich daarvoor ook inspannen.

Mijns inziens maakt de toenemende specialisatie het steeds moeilijker voor de specialisten de complexiteit van de problemen van de patiënten nog te kunnen overzien. Anderzijds tast de voortschrijdende technologie en automatisering de vrijheidsgraad van hun professionele autonomie als het ware van onderuit aan. De voortschrijdende standaardisatie en technologie maakt dat steeds meer afdelingen trekken gaan vertonen van een verwant organisatietype: 'machine bureaucratie'. De beide genoemde organisatievormen leiden enerzijds tot grote efficiency. Anderzijds hebben zij ook ingebouwde zwakke punten: de dwarsverbanden zijn zwak, de aanpassing aan veranderende omstandigheden is zwak,

waardoor op nieuwe problemen moeilijk een antwoord kan worden gevonden. Dat zijn precies de mogelijkheden waar onze huidige ziekenhuizen mee worstelen: het leveren van maatwerk voor de individuele patiënt met complexe problematiek, de integratie van de specialistische afdelingen tot een samenwerkend geheel en het slagvaardig reageren op de snel veranderende eisen die de maatschappelijke omgeving aan het ziekenhuis stelt.

GEVANGEN

Het is erg in de mode om de specialisten van al deze tekorten de schuld te geven: onvoldoende aandacht voor de patiënt, patiënten te lang vasthouden,odeloze onderzoeken doen, geen gevoel hebben voor samenwerking en voor de eisen die het ziekenhuis stelt, de kosten blijven opjagen etc. Anderen zien in de directies onwilligen, die alleen uit zijn op macht en op zo groot mogelijke produktie in hun bedrijf. Mijn stelling is dat de structuur en de cultuur van de ziekenhuisorganisatie niet meer zijn aangepast aan de eisen van de tijd en dat de leden van die organisatie daarin allemaal gevangen zitten.

Het wekt na het bovenstaande geen verwondering meer – en het blijkt ook uit dagelijkse ervaringen – dat patiënten, vooral die van de eerder aangeduide categorieën de problemen aan den lijve ontvinden. Zij hebben behoefte aan een persoonlijke benadering en aan maatwerk dat op hun situatie is afgestemd. Zij voelen zich gereduceerd tot gevallen, die maar voor een deel van hun klachten gehoor vinden en als persoon het onderspit delven ten opzichte van de eisen die de gespecialiseerde ziekenhuisorganisatie stelt.

Veel verpleegkundigen worstelen met hetzelfde probleem; niet de technologisch zeer gespecialiseerde verpleegkundigen, zoals OK-zusters, maar de algemeen georiënteerde verpleegkundigen, vooral op afdelingen voor interne geneeskunde en dergelijke, waar zich veel patiënten van bovenbedoelde categorieën bevinden. Zij komen door hun werk veel meer persoonlijk in contact met die patiënten en krijgen zo meer zicht op de complexiteit van hun problematiek. Zij komen veelal tijd tekort om voldoende aandacht aan de patiënten en hun problemen te besteden. Zij voelen zich niet gesteund door de organisatie. Vaak kunnen zij met hun kennis weinig invloed uitoefenen op de behandeling. Herhaaldelijk komen zij persoonlijk in loyaliteitsconflicten als ze moeten kiezen tussen de

belangen van de ziekenhuisorganisatie en de belangen van de patiënt.

Ook voor de huisartsen en andere verwijzers wordt de relatie met de specialistische geneeskunde in het ziekenhuis steeds moeilijker. Met de grootte van het ziekenhuis wordt het aantal gesprekspartners waar zij mee te maken hebben groter en het bereiken van de behandelaar waarmee zij zaken kunnen doen in het belang van hun patiënt, moeilijker. Bovendien wordt met de grootte van het ziekenhuis ook het werkgebied groter en daarmee het aantal huisartsen. Dat betekent dat de huisartsen individueel steeds anoniemer worden voor het ziekenhuis en hun invloed kleiner. Van een werkelijke invloed op de gang van zaken rond hun patiënt is steeds minder sprake. Na de verwijzing is hij zijn patiënt 'kwijt'. De integrerende spilfunctie die de huisarts in de gezondheidszorg is toegedacht wordt meer en meer illusoir. Ook de specialisten in het ziekenhuis, die de huisarts zouden willen inschakelen, kennen hem steeds minder en kunnen daardoor moeilijker van zijn mogelijkheden gebruik maken.

Een ziekenhuisorganisatie die, zoals boven beschreven, in toenemende mate kenmerken vertoont van een professionele en zelfs van een machinebureaucratie, staat ook op gespannen voet met de emancipatie van patiënten en 'hulpkrachten'. Het is per definitie een vrij starre organisatie, die weinig ruimte laat voor persoonlijke verantwoordelijkheid en voor beslissingen die afwijken van het standaardpatroon. Juist dat is wat patiënten, verpleegkundigen en andere subalterne professionals willen en wat zij ook zouden moeten krijgen om tot hun recht te komen en een optimale bijdrage te kunnen leveren aan een effectieve behandelorganisatie (wat niet hetzelfde is als een efficiënte!). Om misverstanden te voorkomen: mijns inziens kunnen in toenemende mate ook patiënten die meer ruimte krijgen aan die effectiviteit bijdragen.

Lezers die met de huidige modieuze kostenbewuste bril het bovenstaande hebben gelezen, zullen zeker aspecten hebben herkend die medeverantwoordelijk zijn voor de nodeloos hoge kosten. Mijns inziens wordt het hoog tijd die bril eens even af te zetten en naar de organisatie en het menselijk gedrag binnen de organisatie te kijken. Als het lukt de organisatorische problemen onder de knie te krijgen, zal dat ook op de kosten een gunstige invloed hebben. Wel gaat ook hier, zoals

uit het vervolg zal blijken, mijns inziens 'de cost voor de baet uyt'.

DIAGNOSE

Op grond van het bovenstaande is de diagnose met betrekking tot de huidige ziekenhuisorganisatie als volgt samen te vatten:

Het algemeen ziekenhuis is een bundeling van betrekkelijk op zichzelf staande specialistische werkeenheden; het leent zijn bestaansrecht aan deze werkeenheden en de voortgezette ontwikkeling van de specialistische benadering van de geneeskunde. De daarvoor noodzakelijke organisatievorm heeft een aantal ingebakken zwakke punten: a. de integratie van de verschillende specialistische benaderingswijzen ten behoeve van de individuele patiënt; b. de integratie van de ziekenhuisgeneeskunde met de andere componenten van het gezondheidszorgsysteem rond de patiënt; en c. het slagvaardig reageren als organisatie op veranderingen in de omgeving (epidemiologisch, maatschappelijk, politiek etc.) Ik noem die zwakke punten in deze volgorde omdat de oplossing van het eerste voorwaarde is voor de oplossing van het tweede en deze oplossing naar mijn mening weer een belangrijke bijdrage levert ten gunste van het derde probleem.

VERLENGDE ARM

Ik hoop te hebben verduidelijkt dat de meeste specialisten – anders dan vroeger – bij de toenemende onvermijdelijke specialisatie door de aard van die specialisatie steeds minder in staat zullen zijn alle relevante aspecten van de situatie van 'hun' patiënt te integreren in de behandeling. Ook intercollegiaal overleg, teamvorming en dergelijke zullen daartoe niet voldoende zijn, hoezeer sommige specialisten dit ook zullen betreuren. De organisatorische eisen van gespecialiseerde eenheden maken dat vrijwel onmogelijk. Ook heb ik al betoogd dat de huisarts van de patiënt die rol niet meer zal kunnen spelen, ook niet na betere scholing en met meer beschikbare tijd. Bovendien mist hij een organisatorische basis in het ziekenhuis. Op zich is het te betreuren dat de huisarts, wanneer hij zich wel voor zijn patiënten weet waar te maken als de spil van de zorg buiten het ziekenhuis, dat niet zou kunnen tijdens de ziekenhuisfase. Voor het informatie- en communicatieprobleem zouden moderne technieken wellicht nog oplossingen

kunnen leveren. Maar zijn gebrek aan een eigen organisatorische (machts)basis in het ziekenhuis zal het mijns inziens nodig maken dat hij een 'verlengde arm' binnen het ziekenhuis krijgt.

REORGANISATIEMODEL

Er zullen nieuwe integrerende organisatievormen binnen de ziekenhuisorganisatie moeten worden ontwikkeld. Deze zullen de bundeling van specialistische afdelingen, die het ziekenhuis nu is, integreren in een matrix-organisatie, een 'netwerk'-ziekenhuis. Ik stel mij daarbij speciaal opgeleide artsen voor die als case-managers de verantwoordelijkheid dragen voor het geheel van onderzoek, behandeling, verpleging etc. dat het ziekenhuis levert aan hun patiënten. Zij doen dat in samenwerking met kleine teams verpleegkundigen met een generalistische, patiëntgerichte belangstelling en voldoende ervaring (zie de 'integrerende verpleegkundigen' van A. van Eindhoven).

Zorgteams

Ik zou voor deze functionarissen de termen 'zorgartsen' en 'zorgteams' willen gebruiken of, vollediger: 'ziekenhuiszorgartsen' of 'tweedelijnszorgartsen' en '-teams'. Deze teams vormen het knooppunt waar alle verbindingslijnen rond een concrete patiënt bij elkaar komen: de verwijzer verwijst naar een hem bekende zorgarts en wordt door hem op de hoogte gehouden van en betrokken bij de gang van zaken rond zijn patiënt in het ziekenhuis; de zorgarts en zijn team vormen de gesprekspartner voor de patiënt en zijn relaties; de zorgarts stelt de indicatie voor poliklinische, dag- of dag- én nachtaanpak; de zorgarts schakelt naar behoefte specialisten in, op de manier waarop nu al specialisten hun patiënt verwijzen naar radiologen, laboratoria etc. en andere specialisten als consultants inschakelen. Hij blijft daarbij verantwoordelijk voor de indicatiestelling van alle onderzoeken en behandelingen. Op het eerste gezicht lijkt zo'n ziekenhuiszorgarts een figuur uit een andere wereld. Als wij echter kijken naar de manier waarop geriateren en kinderartsen functioneren en bij hun werk gebruik maken van 'echt' gespecialiseerde collegae als urologen, cardiologen, keel-neus-oorartsen, chirurgen etc. dan kunnen wij ons een voorstelling maken van hun werkwijze. Aan het zorgteam worden hoge eisen

gesteld. De leidende artsen zullen zo goed op de hoogte moeten zijn van de mogelijkheden en onmogelijkheden van de verschillende specialismen dat zij voor de specialisten een goede gesprekspartner en een steun betekenen, vooral bij moeilijke, gecompliceerde gevallen. Zij moeten goede managers zijn met gevoel voor organisatie en met verbindende kwaliteiten (dus geen solisten) en in staat zijn de kwaliteiten van de leden van hun team, vooral verpleegkundigen, tot hun recht te laten komen. Tevens moeten zij de gezondheidszorg buiten het ziekenhuis, huisartsen, wijkverpleegkundigen en anderen goed genoeg kennen om ook voor hen een goede gesprekspartner te zijn en de mogelijkheden van het ziekenhuis optimaal te kunnen benutten, ook ten behoeve van de thuiszorg. De maatschappelijk werkers en de psychologen binnen het ziekenhuis zullen in deze zorgteams een goede organisatorische basis vinden.

Tot dusverre heb ik alleen de hij-vorm in dit artikel gebruikt, niet omdat ik daarbij alleen aan mannen dacht. Integendeel: veel vrouwelijke artsen, vooral moeders die kinderen hebben opgevoed, zouden wel eens over de kwaliteiten kunnen beschikken die voor goede zorgmanagers vereist zijn (zie Betty Friedan). De introductie van deze teams zal zonder twijfel grote consequenties hebben voor het functioneren van de specialisten. Enerzijds zullen die zich meer kunnen concentreren op het verder ontwikkelen en verfijnen van hun specialismen en hun afdelingen. Dat is hun specifieke verantwoordelijkheid in het netwerkziekenhuis. Anderzijds zullen zij minder als generalist functioneren, dat wil zeggen minder als 'de' behandelaar van 'hun' patiënt, minder contacten hebben met familieleden, huisartsen en dergelijken en minder als manager van een verpleegafdeling – van 'hun' bedden – in het ziekenhuis. Alleen voor zover afdelingen een specialistische betekenis hebben (zoals intensive care, cardiologische observatie- en chirurgische nazorgafdelingen) zullen deze onder de directe verantwoordelijkheid van specialisten blijven vallen. Andere verpleegafdelingen worden in principe zorgafdelingen. Uiteraard zullen deze wijzigingen om aangepaste financieringssystemen van de zorg vragen. Ook zullen er grote consequenties zijn voor het functioneren van medische staven en directeuren van medische en patiëntenzorg. Daar ga ik in het bestek van dit artikel niet op in.

Experimenten

Niet voor alle patiënten en niet voor alle afdelingen gaan de beschreven problemen in gelijke mate op. Derhalve behoeven niet alle specialistische afdelingen in gelijke mate of even dringend bij het beschreven reorganisatiemodel te worden betrokken.

Gezien het grote beslag dat ouderen op de ziekenhuiscapaciteit leggen en gezien het feit dat in deze categorie veel van de gecompliceerde gevallen voorkomen die bij de huidige opzet tot problemen leiden, lijkt mij een uitbreiding van het aantal gerieters een eerste stap. Waar het aantal beschikbare gerieters en de opleidingscapaciteit te kort schieten is het denkbaar

in ziekenhuizen die niet over gerieters kunnen beschikken, de proef te nemen met zorgartsen en zorgteams die de zorg rond de oudere patiënten coördineren. De kinderartsen kunnen gemakkelijk de rol van zorgartsen voor de betrekkelijk kleine aantallen kinderen vervullen. Voor vele jongere volwassenen, zeker zij die een beroep doen op vrouwenartsen, traumatologen en dergelijken, zijn de problemen minder urgent en zou de introductie van een zorgteam minder consequenties hebben.

Enkele goed opgezette experimenten in de geest van het bovenstaande zouden ons veel kunnen leren over de levensvatbaarheid en de effecten en neveneffecten van deze aanpak. □

Literatuur

1. Festen H. Medisch Contact 1987; 42: 927-30.
2. Friedan B. Changing sexroles. In: Productive aging. New York: Springer, 1986.
3. Huizinga J. Het Ziekenhuis 1987; 12: 518.
4. Mintzberg H. Organisation design: fashion or fit? Harvard Business Review 1981/I: 103-17.
5. Tijnstra Tj. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 1128-31.

Een eerdere versie van dit artikel legde ik voor aan Dr. G. B. J. Bomers, hoogleraar organisatiekunde, D. E. M. J. van den Boom, ziekenhuis-directeur, A. A. van den Bos, cardioloog, R. van den Crommenacker, organisatiekundige, en J. van der Wilk, directeur Landelijk Patiënten- en Consumentenplatform. Van hun commentaren heb ik dankbaar gebruik gemaakt.

Een experiment in Almere (12)

EHBO: patiëntenstromen

De spoedeisende eerste hulpverlening is in dit tijdschrift een regelmatig terugkerend onderwerp. In het eerste nummer van dit jaar draaide het vooral om twee zaken:

Als eerste is daar de verdeling van patiëntenstromen naar huisartsen en de EHBO-afdelingen van ziekenhuizen buiten de kantooruren. Engelenburg meldt¹, dat volgens de EHBO-artsen van ziekenhuizen in Den Haag en omgeving meer dan 50% van hun werk eigenlijk bij de huisarts thuishoort. De Haagse doktersnachtsdienst ziet bijna anderhalfmaal zoveel EHBO-patiënten als alle EHBO-afdelingen van ziekenhuizen samen; patiënten die nu rechtstreeks naar een polikliniek gaan, zouden zonder al te veel problemen door dezelfde doktersnachtsdienst kunnen worden geholpen. Kooiman, Van de Wetering en Van der Mast gaan in op het waarom van het zonder verwijzing gebruik maken van de diensten van de afdeling Spoedopname van een ziekenhuis²; hun suggestie is: nader onderzoek in de richting van psychiatrische en psychologische factoren.

Het tweede onderdeel waarop de discussie zich toespitst betreft de rol van de ambulancedienst. Fraanje en Meyerink kiezen³, voortbouwend op Kerkhoff en Klumper⁴, de relatie huisarts-ambulancedienst tot onderwerp, met vooral aan-

Herman Sixma

EHBO is in Almere vooral het domein van de huisarts. Dat is zo in theorie en dat is zo in de praktijk. De socioloog Herman Sixma bericht tweemaal over een onderzoek dat hij voor het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg heeft gedaan naar de EHBO-functie in en rondom Almere. In deze eerste beschouwing gaat hij in op de aantallen eerste-hulppatiënten bij de verschillende hulpverleners en op de aard van de letsels waarmee men zich meldt.

dacht voor scholings- en organisatorische aspecten. Zandbergen staat stil bij het uitvoeren van medische handelingen door verpleegkundigen⁵. De schakel die de vier hierboven aangehaalde artikelen verbindt is de toegankelijkheid van de hulpverleners. Een betere en voor de patiënt herkenbare bereikbaarheid van de huisarts kan, zo leert het Haagse voorbeeld, resulteren in een relatief groot aandeel van de huisarts in de acute hulp-

verlening aan patiënten die zich op eigen initiatief melden. Via afspraken is het tevens mogelijk de samenwerking tussen huisartsen en ambulancediensten te vergroten, zodat meer patiënten door de huisarts kunnen worden behandeld.

Twee aspecten van de spoedeisende hulp zijn tot nu toe grotendeels buiten beeld gebleven. In de eerste plaats lijkt de discussie zich toe te spitsen op de acute hulpverlening bij (ernstige) verkeersongevallen of op hulp buiten de tijden dat huisartsen normaliter spreekuur houden. De verdeling van patiëntenstromen overdag en de aard van het letsel waarmee ongevalsslachtoffers zich bij de verschillende hulpverleners melden, blijven onduidelijk. Een tweede opvallend punt is dat de mening van de patiënt, behalve in het artikel van Kooiman, Van de Wetering en Van der Mast, niet of nauwelijks aan bod is gekomen. Gaan we ervan uit dat de acute hulpverlening in eerste instantie bij de huisarts thuishoort en dat de merendeels solistisch werkende huisartsen zodanig zijn of kunnen worden georganiseerd dat een goede bereikbaarheid is gewaarborgd, dan nog blijft daar het psychologisch argument. Het is mogelijk dat de patiënt, los van alle bereikbaarheidsaspecten, EHBO toch vooral als een tak van hulpverlening ziet waarbij

men te allen tijde beter af is met opvang en behandeling in de polikliniek van een ziekenhuis; dit ongeacht de aard van het letsel.

In twee artikelen wil ik beide zojuist genoemde aspecten aan de orde laten komen. Dit zal gebeuren via de resultaten van een onderzoek naar de EHBO-functie in Almere. Het eerste artikel bevat, naast een schets van de Almeerse situatie en de opzet van het onderzoek, vooral informatie over de patiëntenstromen naar eerste- en tweedelijnsvoorzieningen. Het tweede artikel gaat in op meningen van bewoners over de Almeerse EHBO-voorzieningen en over de vraag waar en door wie EHBO het best kan worden verleend. Het tweede artikel wordt afgesloten met enkele discussiepunten.

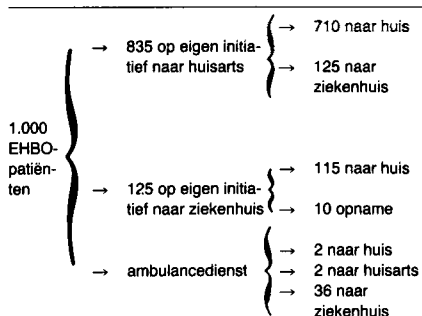
EHBO IN ALMERE

In Almere is EHBO als onderdeel van de acute hulpverlening aan de huisarts voorbehouden. Dit is in overeenstemming met het standpunt van de Landelijke Huisartsen Vereniging over het basistakenpakket van de huisarts⁶. Bovendien sluit het terugbrengen van EHBO naar de huisarts aan bij een van de belangrijkste doelstellingen van het Project Gezondheidszorg Almere, namelijk het in deze stad tot stand brengen van een sterke eerstelijnszorg⁷.

Overdag op werkdagen staan alle Almeerse gezondheidscentra open voor de acute hulpverlening. Patiënten die zich aan de balie melden, worden tussen de afsprakenpreekuren door geholpen door één van de aanwezige huisartsen en/of de centrumassistenten. Elk centrum heeft de beschikking over een extra behandelkamer en een uitgebreid instrumentarium. Buiten de openingstijden van de gezondheidscentra – de centra zijn in principe geopend van maandag tot en met vrijdag tussen 8.30 uur en 17.00 uur – moet de hulp van de huisarts worden ingeroepen via een centrale dokters-telefoon. Na het telefonisch verzoek om hulp aan de centrale wordt de patiënt door de huisarts teruggebeld en wordt de afspraak gemaakt voor behandeling. Voor de opvang van verkeersslachtoffers en zeer ernstige acute problematiek kan een beroep worden gedaan op de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA).

Almere beschikt (nog) niet over een ziekenhuis. De meest nabij gelegen ziekenhuizen zijn de Gooi-Noordziekenhuizen in Naarden/Bussum en het Amsterdamse AMC-ziekenhuis, beide op

Schema. EHBO-patiëntenstromen in Almere.



minimaal vijftien tot twintig minuten reistijd per auto. Wel functioneert in Almere sinds 1983 een buitenpolikliniek van het toekomstige Almeerse ziekenhuis; dit Medisch Centrum Almere (MCA) is niet bedoeld voor eerste hulp: personen met ongevalsletsel die zich zonder te zijn verwezen door de huisarts aan de balie melden, worden, zo is de bedoeling, naar het dichtstbijzijnde gezondheidscentrum verwezen. Overigens is ook het MCA alleen op werkdagen tussen 8.30 uur en 17.00 uur geopend.

EIGEN ONDERZOEK

Een van de belangrijkste vragen met betrekking tot de EHBO-voorziening in Almere betreft het aandeel van de Almeerse huisartsen in de behandeling van ongevalsletsel. Hierbij is het goed te beseffen dat de Almeerse bevolking voor ongeveer tweederde bestaat uit ex-Amsterdamers en dat in Amsterdam '... een gebruik is ontstaan om in veel sterkere mate een beroep te doen op de eerste-hulpdiensten van ziekenhuizen dan op grond van de feitelijke functie van deze diensten gerechtvaardigd is...'⁸. Almere heeft als het ware een stadse bevolking in plattelandse omstandigheden, als het gaat om de afstand tot bijvoorbeeld een ziekenhuis.

Om de vraag naar de patiëntenstromen bij ongevalsletsel in Almere te beantwoorden, heeft in het laatste kwartaal van 1986 een onderzoek plaatsgevonden. Gedurende tien weken is met behulp van registratieformulieren bijgehouden bij welke instantie personen met EHBO-letsel zich melden en op welk tijdstip van de dag, alsook wat er vervolgens met hen gebeurt; ook de aard van het letsel is genoteerd. Aan het onderzoek is deelgenomen door alle gezondheidscentra, de ambulancedienst, het Medisch Centrum

Almere en de omliggende ziekenhuizen. EHBO is bij dit onderzoek gedefinieerd als: 'De acute verlening van somatische en niet-somatische professionele hulp bij traumata en intoxicaties, met inbegrip van suïcide en andere geweldsdelicten, zonder vooraf gemaakte afspraak'.

Uitkomsten

Exacte landelijke cijfers over de verdeling van EHBO-patiënten tussen huisarts en poliklinieken voor eerste hulp in ziekenhuizen ontbreken. Wel kan uit bestaande publikaties worden afgeleid dat van alle ongevalsslachtoffers die professionele hulp wensen rond 45% zich meldt bij de huisarts, tussen de 40% en 45% kiest voor het ziekenhuis en circa 10% tot 15% wordt opgevangen door de ambulancedienst om vervolgens voor het grootste deel naar een ziekenhuis te worden vervoerd⁹. Let wel, dit betreft gemiddelde cijfers. Overdag op werkdagen zullen waarschijnlijk meer mensen voor eerste hulp de huisarts opzoeken, terwijl 's avonds en in de weekeinden de balans zal doorslaan naar het ziekenhuis. Daarnaast zal de mate van verstedelijking van invloed zijn op de verdeling van EHBO-patiënten over de huisarts en het ziekenhuis: naarmate de verstedelijking toeneemt en de afstand tot het meest nabij gelegen ziekenhuis kleiner wordt, zal het aandeel van de EHBO-poliklinieken bij de directe hulp aan ongevalsslachtoffers groter worden.

Het schema laat zien dat in Almere van alle personen die EHBO nodig hadden 80% à 85% kiest voor hulp door de huisarts en 10% à 15% op eigen initiatief het ziekenhuis opzoekt. Hierbij is vooral het AMC Amsterdam in trek. Het aantal ongevallen waarvoor de hulp van de ambulancedienst werd ingeroepen is met circa 5% (tegenover landelijk 10% tot 15%) opvallend laag. Eenmaal bij de huisarts, kan 85% van de EHBO-patiënten na behandeling weer naar huis; de overige 15% wordt na opvang doorgestuurd naar de tweede lijn voor diagnose en/of behandeling. Het Medisch Centrum Almere kreeg tijdens de onderzoeksperiode 12 ongevalsslachtoffers aan de balie die zich rechtstreeks meldden om te worden behandeld; van hen werden er 8 volgens afspraak doorgestuurd naar een gezondheidscentrum, 2 werden behandeld en voor de resterende 2 personen werd na opvang de ambulancedienst gebeld. Overigens lijkt de geringe aantrekkingskracht van deze polikliniek op ongevalsslachtoffers meer het gevolg van toevallig

ge omstandigheden dan van een doelbewuste keuze. Bijna 75% van de Almeerse bevolking is er niet van op de hoogte dat in het Medisch Centrum geen directe EHBO wordt verleend; van een aantal ongevalsslachtoffers is bekend dat zij 's nachts eerst bij de polikliniek voor een dichte deur hebben gestaan alvorens zij zich bij een huisarts of een ziekenhuis hebben gemeld. Bij de cijfers van de figuur past wat het aandeel van de huisartsen betreft nog één opmerking: de bij de huisartsen vermelde aantallen zijn schattingen; niet alle huisartsen en gezondheidscentra hebben even consciëntieus het aantal EHBO-patiënten geregistreerd*.

Overdag tijdens de openingsuren van de Almeerse gezondheidscentra kiezen in verhouding meer mensen voor eerste hulp door de huisarts dan 's avonds en in het weekend. Buiten de openingstijden van de gezondheidscentra neemt het aandeel van de ziekenhuizen bij de EHBO-opvang toe. Tabel 1 illustreert dit met cijfers.

In algemene zin vormt tabel 1 de bevestiging voor de hypothese, dat naarmate de toegankelijkheid van de huisarts voor acute hulpverlening slechter wordt, meer mensen kiezen voor directe hulp in de polikliniek van een ziekenhuis. Ook de aard van het letsel kan een reden zijn waarom mensen rechtstreeks naar het ziekenhuis toegaan. Een logische veronderstelling wordt dan, dat naarmate een letsel ernstiger wordt ingeschat, men eerder zal kiezen voor directe hulp in de polikliniek van een ziekenhuis. Als men voor zichzelf al bijna zeker weet dat het eerste bezoek aan de huisarts zal worden gevolgd door een verwijzing naar de polikliniek van een ziekenhuis, is het tijdsparend rechtstreeks het ziekenhuis op te zoeken. Tabel 2 geeft een overzicht van de letsels waarmee de Almeerse ongevalsslachtoffers zich tot respectieve-

Tabel 1. Aantallen EHBO-contacten bij huisartsen en ziekenhuizen, naar tijdstip van de dag.

tijdsp. van EHBO-contact	huis-arts*	ziekenhuis
overdag, op werkdagen	92%	8%
buiten openingsuren Almeerse gezondheidscentra	80%	20%

* Geschatte aantallen.

Tabel 2. Aard van het letsel waarvoor eerste hulp wordt verleend, naar plaats van hulpverlening, in percentages.

aard van het letsel	EHBO huis-arts	EHBO ziekenhuis
open wonden, snijwonden e.d.	35	12
contusies, distorsies	23	34
bulten, builen, bloedingstoringen	8	2
fracturen	7	13
corpora aliena	6	2
diverse soorten oogletsel	4	3
honde- of kattebeten	3	2
luxaties	2	2
verbrandingen	2	3
spier- en peesletsels	2	10
overige + onbekend	8	17
	(N=520)	(N=125)

lijk de huisarts of een omliggend ziekenhuis hebben gemeld.

Hoewel tabel 2 wat de aard van het letsel betreft een belangrijke overlap laat zien van personen die zich tot de huisarts wenden en zij die rechtstreeks het ziekenhuis opzoeken, zijn er toch ook verschillen. In het ziekenhuis melden zich wat meer personen met contusies of distorsies, met spier- of peesletsel en met fracturen. Bij de huisartsen is vooral de categorie 'open wonden, snijwonden' relatief goed vertegenwoordigd. Personen die in eerste instantie de huisarts raadplegen en vervolgens worden verwezen naar een medisch specialist of de polikliniek voor eerste hulp, zijn vooral te vinden in de categorieën 'fracturen' en 'spier- en peesletsel', alsmede in de vage re hoofdgroepen van contusies/distorsies en bulten/builen/bloedingstoringen. Bij de slachtoffers die rechtstreeks naar het ziekenhuis gaan, betreffen de zelfde categorieën ongeveer 35% van alle letsels. Een voorzichtige schatting, dat circa 60% van alle personen uit Almere die nu op eigen initiatief naar het ziekenhuis gaan, dit doet met letsel dat ook door de huisarts zou kunnen worden verholpen, lijkt gerechtvaardigd. De categorie 'overige en onbekend', die bij EHBO in het ziekenhuis 17% bedraagt, bestaat voor bijna tweederde uit registratieformulieren waarop geen letsel is geno-

teerd; voor de rest gaat het om chemische intoxicaties (3 personen), hersenschudding (2 personen), inwendige bloedingen (2 personen) en flauwvallen (1 persoon). In dezelfde categorie zitten bij de huisarts vooral chemische intoxicaties (9 personen), neusbloedingen (8 personen) en hersenschuddingen (4 personen), alsmede een aantal letsels dat drie keer of minder werd genoemd.

Beschouwen we de aard van het letsel als een indicatie voor de ernst, dan lijkt er op grond van tabel 2 inderdaad een tendens te zijn dat naarmate het letsel ernstiger is, men eerder geneigd is rechtstreeks naar het ziekenhuis te gaan.

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In Almere zijn overdag op werkdagen elf gezondheidscentra beschikbaar voor EHBO; in die gezondheidscentra is altijd wel één huisarts beschikbaar voor de acute hulpverlening. Met de huisarts haast optimaal bereikbaar en de omstandigheid dat het meest nabijgelegen ziekenhuis op minimaal vijftien tot twintig minuten reistijd ligt, gaat ruim 90% van de Almeerse bevolking voor eerste hulp naar de huisarts en kiest minder dan 10% voor een directe gang naar het ziekenhuis (de ongevalsslachtoffers die door de ambulancedienst worden geholpen even buiten beschouwing gelaten). Van de patiënten die zich rechtstreeks tot de huisarts wenden, kan 85% door dezelfde huisarts worden geholpen. Van de patiënten die zich rechtstreeks tot een ziekenhuis wenden, zou volgens een voorzichtige schatting zo'n 60% ook door een huisarts kunnen worden behandeld. Dat de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de voorzieningen een belangrijke rol spelen, laten de verschillen in patiëntenstromen tussen de tijdstippen dat de gezondheidscentra wel en niet open zijn, zien.

Een langere openstelling van één of enkele centra speciaal voor EHBO, zoals zeer recent in Almere is gerealiseerd, biedt wellicht mogelijkheden het aandeel van de huisarts 's avonds en in het weekend verder te vergroten. Overigens zijn er ook nadelen verbonden aan een 24-uurs openstelling van gezondheidscentra voor EHBO; onderzoek in Den Bosch leert dat hierbij vooral moet worden gedacht aan een toeloop van niet-urgente gevallen en gevoelens van onveiligheid bij degenen die dienst hebben¹⁰.

De bij dit artikel behorende literatuurlijst is verkrijgbaar bij de redactie.

* Hoewel alle gezondheidscentra in Almere hebben meege- werkt aan het onderzoek naar de EHBO-voorziening, deed de ene huisarts dit met meer enthousiasme dan de andere. Het gevolg is dat bij ongeveer gelijke aantallen dag-, weekend-, avond- en nachtdiensten de aantallen ingevulde registratieformulieren per huisarts varieerden van circa 35 tot 1 à 2. Of men registreerde alles, of men registreerde niets of bijna niets; een tussenweg kwam in weinig gevallen voor. Omdat er nauwelijks redenen zijn te bedenken waarom de ene huisarts in Almere veel meer EHBO doet dan de andere, zijn we voor alle huisartsen uitgegaan van circa 30 EHBO-contacten over de tien weken die de registratie duurde. De schatting voor het totale aantal EHBO-contacten in Almere bij de huisartsen komt dan uit op 835. Ter controle is dit aantal vergeleken met de resultaten van eerdere studies in Almere waarbij gegevens zijn verzameld over de EHBO-activiteiten van de Almeerse huisartsen en assistentes¹¹. Omgerekend, wijzen de cijfers uit een in 1985 gehouden contactregistratie op een totaal van circa 875 EHBO-contacten. Onze schatting van 835 lijkt derhalve realistisch.

Psychosociale problematiek bij vrouwen van 'expatriates'

Een verkenning

Er bestaat geen goed Nederlands woord voor het begrip dat in het Engels met 'expatriate' wordt weergegeven. De officiële betekenis van het woord: iemand die ontheemd, ontworteld is, iemand die zijn land ontvlucht, dekt het begrip slechts ten dele. In dit artikel wordt eronder verstaan: iemand die op tijdelijke basis, veelal uitgezonden door zijn of haar regering en/of een commerciële instelling, buiten het moederland over het algemeen hoog gekwalificeerde arbeid verricht. Het gaat veelal om technisch specialisten die in het ontvangende land een specifieke taak verrichten waarvoor lokale arbeidskrachten nog niet ter beschikking zijn.

De exacte grootte van de groep Nederlandse 'expatriates' is (ons vooralsnog) onbekend. Ongeveer een half miljoen Nederlanders leeft permanent buiten het moederland. Naar wij vermoeden kan men ongeveer een kwart van hen rekenen tot de 'expatriates'. 'Expatriates' treft men het meest aan bij multinationals; ze rouleren vaak met tussenperiodes van enkele jaren tussen de verschillende locaties van deze grote concerns over de gehele wereld.

In de Nederlandse literatuur is voor zover ons bekend over 'expatriates' weinig of niets gepubliceerd. Dit in tegenstelling tot de buitenlandse werknemers in Nederland zelf, voor wier problematiek in de laatste jaren terecht een toenemende belangstelling is ontstaan.

De hier beschreven verkenning geeft een aantal ervaringen weer dat is opgedaan tijdens een verblijf gedurende een drietal jaren als gynaecoloog in een middelgrote 'expatriate' gemeenschap. Als gynaecoloog wordt men als vanzelf, behalve met de medisch-technische aspecten van het beroep, geconfronteerd met psychosociale problematiek van vrouwen van 'expatriates'. Dikwijls laat die problematiek zich kenschetsen als 'vrouwenleed' en wordt een relatie vermoed tussen een gynaecologische klacht en een ernstig psychosociaal probleem¹. Uiteraard worden de individuele problemen, evenals de gezinsproblematiek, sterk bepaald door karakter en omstandigheden van de specifieke 'expatriate' gemeenschap, die

Dr. M. E. Vierhout en
Dr. R. A. M. Erdman

Hoewel 'expatriates' – lees hier: mensen die voor hun werk tijdelijk in het buitenland wonen – ogenschijnlijk een luxe leventje leiden, hebben hun partners het even zo vaak moeilijk. Dr. M. E. Vierhout, gynaecoloog in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, heeft tussen 1984 en 1987 als gynaecoloog gewerkt bij de vestiging van een grote oliemaatschappij op Noord-West-Borneo. De klinisch psycholoog Dr. R. A. M. Erdman, verbonden aan de afdeling Medische Psychologie van de Erasmus Universiteit en de afdeling Cardiologie/Thorax-centrum van Rotterdam-Dijkzigt, heeft verspreid over de afgelopen jaren vele maanden doorgebracht in de tropen. In dit artikel gaan zij beiden in op de problemen die vrouwen van 'expatriates' op het emotionele, sociale en relationele vlak kunnen onderkennen.

van plaats tot plaats zeer sterk kunnen wisselen. Een gelijkkluidende problematiek is echter in al deze min of meer vergelijkbare gemeenschappen dikwijls duidelijk herkenbaar. Zoals zal blijken, betreft een groot gedeelte van de problematiek de vrouw van de mannelijke 'expatriate'; de man heeft zich bij zijn werkgever contractueel vastgelegd en de vrouw dient zich, zoals dat heet maar aan te passen. In het onderstaande zal worden ingegaan op de aard en de ernst van deze aanpassingsproblematiek. In het bijzonder zal aandacht worden besteed aan emotionele, sociale en relationele aspecten.

EMOTIONELE PROBLEMEN

Men kan het gemis van het moederland verdelen in verschillende facetten, zoals

het gemis van familie, vrienden, cultuur, klimaat (seizoenen) en godsdienst. Met name voor de vrouwen is het gemis van familie en vrienden waarmee zij een vertrouwensrelatie hebben, ingrijpend en moeilijk. Hoewel de vriendschap meestal tijdens een verlof of na repatriëring weer gemakkelijk kan worden hervat, is het voeren van een zinvolle en bevredigende correspondentie veelal tijdrovend, moeilijk en slechts voor een enkeling weggelegd. Doorzettingsvermogen en een zekere steniciteit lijkt een vereiste.

Het is aan de 'expatriate' vrouw de emotionele band met het moederland in stand te houden: haar man heeft het dikwijls te druk en in het moederland heeft men elkaar; en zij is het die het haar opgelegde isolement wenst te doorbreken.

Veelal speelt ook het verlies van een werkring die zij thuis had opgebouwd, een belangrijke rol. Als regel wordt het door het ontvangende land niet op prijs gesteld dat de vrouwelijke partner van een 'expatriate' gaat werken. Als zij al een werkvergunning krijgt, zal het werk bijna altijd op een ander (lees: lager) niveau liggen dan ze in het moederland gewend was. Zeker vrouwen met een academische opleiding hebben over het algemeen maar weinig kans op een werkring op hun eigen niveau.

Veel 'expatriate' vrouwen voelen zich het vijfde wiel aan de wagen. Een groot deel van de voor haar zinvolle bezigheden is weggefallen. Zij kunnen zich niet meer ontplooiën op de wijze waarop zij dat gewend waren. Haar creativiteit wordt zeer op de proef gesteld. Dikwijls is het haar volstrekt onmogelijk een bevredigende, dat wil zeggen bij haar persoon passende, activiteit te vinden. Een en ander kan al snel resulteren in verveling, lusteloosheid en insufficiëntiegevoelens en leiden tot een gemaskeerde depressie.

Behalve dat de vrouw haar werk is kwijtgeraakt, wordt een gedeelte van het huishouden haar uit handen genomen door min of meer verplicht aan te stellen huishoudpersoneel (in sommige landen is het gebruikelijk dat men vier, vijf personeelsleden heeft). De aanwezigheid van vreemden in het huishouden en de noodzaak op

passende wijze leiding aan hen te geven, vormen vaak een bron van spanningen. Uiteraard levert deze hulp in de huishouding veel vrije tijd op, maar het blijkt dat veel vrouwen het er moeilijk mee hebben deze tijd op een zinvolle wijze te vullen. Zeker bij vrouwen wier echtgenoot veel-eisend en druk werk heeft kunnen gevoelen van leegte en nutteloosheid ontstaan. De 'expatriate' vrouw ziet haar echtgenoot zich ontplooiën en mogelijk carrière maken, terwijl zij zelf stilstaat in haar ontwikkeling en 'stationair draait'. Zelfs voor de beste huwelijken geldt dat omgaan met onderlinge echtelijke jaloezie moeilijk is. Veel wordt wat dit betreft geveerd van de 'expatriate' vrouw. Er zijn veel vrouwen die zich er zeer wel in kunnen vinden dat haar man zich ontplooit, mits men haar de bij haar passende (wat conventionele) vrouwenrol gunt; wordt door het verplicht aanstellen van huispersoneel dit laatste bastion gesloopt, dan blijft er weinig aan eigenwaarde en zelfgevoel over; resultaat: onvrede.

De activiteiten die een 'expatriate' vrouw kan ontwikkelen, hangen sterk af van de gemeenschap waarin zij leeft. Veelal zijn de mogelijkheden op sportief gebied aanzienlijk groter dan die op cultureel of intellectueel gebied; dit brengt de sportieve vrouw waar het over eigenwaarde en zelfrespect gaat in een duidelijk betere positie. Naast het sociale klimaat is het natuurlijke klimaat in hoge mate bepalend voor de mogelijkheid van het ontwikkelen van activiteiten. Maandenlange temperaturen van rond de 40° Celsius zijn lichamelijk uitputtend en noden niet uit tot enige activiteit. Passief ingestelde vrouwen zijn in dezen in het voordeel; zij kunnen toegeven aan hun passieve strevingen: lekker luieren, een beetje dagdromen, passief genieten. De zich meer actief ponerende, meer doenerige vrouwen zullen de hitte en het daarmee samenhangende levensritme moeilijker kunnen verdragen; van haar frustratietolerantie wordt meer geveerd. Ook verveling maakt deel uit van het veelomvattende begrip 'stress', met alle nadelige gevolgen voor de vrouw vandien. Kinderen uit 'expatriate' gezinnen verdwijnen vaak rond hun twaalfde levensjaar naar het moederland voor verdere scholing. Voor veel ouders, vooral voor moeders, is het moeilijk te accepteren hun kinderen op een veel jongere leeftijd het huis te zien verlaten dan normaliter het geval is. Dit kan de gevoelens van leegte en nutteloosheid alleen nog maar versterken. Niet vaak besproken, maar

wel vaak gevoeld, is de schuldproblematiek die hiermee samenhangt. Vragen als: 'Kan mijn kind dit vroegtijdig verlaten van het ouderlijk huis in psychische zin wel aan?', of: 'Verwaarloos ik mijn kind dan niet in emotioneel opzicht?', spelen daarbij een belangrijke rol. Was het in sommige gevallen eertijds niet de heimwee die de 'expatriate' vrouw plaagde en zou zij nu dat wat haar passief werd aangedaan (verlating van het moederland vanwege de baan van haar man) actief haar kind moeten aandoen (van huis wegsturen)? Dit aspect is voor Nederlandse gezinnen vaak van zo doorslaggevend belang dat zij vervolgens besluiten het 'expatriate' bestaan vroegtijdig vaarwel te zeggen; dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld Engelse gezinnen, waarvoor het uitvliegen van de kinderen op jeugdige leeftijd veelal gebruikelijk is. Heimwee vormt een belangrijk onderdeel van de problematiek. Heimwee-problemen zijn voor een groot deel vergelijkbaar met een rouwproces. Verlatingegevoelens en de kwaadheid daarover vormen de kern van de emotionele pijn. Dat men weliswaar zelf actief het moederland heeft verlaten en familie en vrienden in de steek heeft gelaten, doet niets af aan het gevoel verlaten te zijn, het gevoel dat je iets is aangedaan. De duur van het heimwee-proces zal van individu tot individu variëren en zal ook afhankelijk zijn van de aantrekkelijkheid van het nieuwe land. Dit proces verloopt in een aantal fasen, met als laatste fase de acceptatie van de nieuwe omgeving en leefstijl. Daarbij is het de kunst jezelf aan te passen zonder echte eigen verworvenheden en identiteit op te geven - voorwaar geen gemakkelijk karwei.

SOCIALE PROBLEMEN

Een veelgehoorde uitspraak onder 'expatriates' is dat men het nieuwe land pas als 'tijdelijk thuis' accepteert na het eerste verlof, dat wil in de meeste gevallen zeggen na het eerste jaar. Veel meer echter dan vroeger, toen periodes van vijf jaar of langer aan één stuk buiten Nederland heel gewoon waren, blijft men tegenwoordig in twee werelden leven. Door goede verbindingen (radio, telefoon, kranten per luchtpost) blijft men op de hoogte van het wel en wee in het moederland. Men leeft als het ware in twee werelden, wat tot verwarring kan leiden en op den duur toch niet is vol te houden. Tenslotte treedt vervreemding op tegenover het moederland. Veel 'expatriates' die langere tijd buiten het moe-

derland zijn geweest, ziet men dan ok bij het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd neerstrijken in typische gepensioneerde 'expatriate'-gemeenschappen in landen als Spanje, Italië en Zwitserland; belastingtechnische voordelen worden daarbij als rationalisaties gehanteerd om maar niet (op onbewust niveau) te hoeven voelen dat de emotionele verwijdering van het moederland blijkbaar definitief is.

De confrontatie met een vreemde cultuur kan debet zijn aan een veelheid van problemen voor de 'expatriate' vrouw. Door de vele mogelijke culturen kan uiteraard een grote verscheidenheid aan moeilijkheden ontstaan. In een moslingemeenschap bijvoorbeeld roept de aanwezigheid van westerse vrouwen nogal eens spanningen op door de veel grotere vrijheden die deze vrouwen hanteren ten aanzien van kleding en gedrag vergeleken met de vrijheden die de lokale vrouwen zichzelf toestaan. Uiteraard dienen 'expatriates' de lokale gebruiken te eerbiedigen maar als dit betekent dat bij 40° C uitsluitend donkere kleding mag worden gedragen, kan dit weleens moeilijkheden geven en aanleiding zijn tot frustraties, gedwarsboemd als men wordt in iets wat men ziet als de normaalste zaak van de wereld: uiting geven aan het vrouw-zijn door middel van vrouwelijke en modieuze kleding - wederom dient de vrouw zich aan te passen c.q. te onderwerpen en dat zal niet ieder van haar even gemakkelijk afgaan.

Ook de lokale rechtspraak, die vaak streng, wreed en oninvoelbaar is voor Europeanen, kan als erg bedreigend worden ervaren. Echter, ook in landen waar vrouwen meer rechten hebben, kunnen de culturele en sociale gebruiken moeilijk te begrijpen zijn. Vaak lukt het niet op redelijke schaal contacten te leggen met de lokale bevolking. Dit is enerzijds te wijten aan het taalprobleem en de culturele verschillen, anderzijds aan onwil van de lokale bevolking, die de snel wisselende groep 'expatriates' ziet als profiteurs. De wat romantische en idealistische gedachten die 'expatriates' wellicht voor hun eerste uitzending hadden om bijvoorbeeld het volk van het nieuwe land goed te leren kennen, zien zij in de praktijk dikwijls in rook opgaan; het 'expatriate' gezin zal voor zijn sociale contacten derhalve veelal zijn aangewezen op de groep mede-'expatriates' die sterk in grootte en samenstelling kan wisselen; zulke groepen bestaan dikwijls uit mensen van verschillende nationaliteiten, zodat een goede beheersing van de voer-

taal, vaak het Engels, een absolute vereiste is om in het gemeenschapsgebeuren te kunnen participeren.

De 'expatriate' groep is het best vergelijkbaar met een kleine dorpsgemeenschap in Nederland, die wordt gekenmerkt door een sterke sociale controle, met alle voor- en nadelen vandien. Binnen sommige groepen 'expatriates' leven sterke hiërarchische verhoudingen volgens rang en inkomensniveau, wetten van de hiërarchie die ook voor de vrouwen gelden. Voor vrouwen die een relatief vrije levenswijze gewend zijn kan het keurslijf van zo'n kleine groep erg benauwend zijn. Er is veel achterklap in het vrouwencircuit en men moet stevig in de schoenen staan om hier ongevoelig voor te blijven. De groep is vaak zeer actief in het organiseren van diverse activiteiten, die weliswaar een welkome afleiding kunnen vormen maar vaak ook een enorm beslag leggen op de desbetreffende personen: de ene activiteit lokt de andere uit, kortom een leven vol verplichtingen. Zodoende kan men makkelijk tijd te kort komen voor meer privé- en op de eigen persoon gerichte liefhebberijen. Waar dit voor de een een zinvol bestaan biedt, kan dit voor de ander een niet te dragen keurslijf gaan vormen.

RELATIEPROBLEMEN

Het opbouwen van een vrienden- en kennissenkring in een 'expatriate' gemeenschap kan moeilijk zijn, omdat men over het algemeen maar een beperkt aantal jaren op een post verblijft. De individuen uit de gemeenschap wisselen dus snel en men moet al gauw weer afscheid nemen van de pas verworven vrienden. Kortom, geïnvesteerd vriendschapsgevoel wordt nogal plots afgebroken door feitelijke, niet af te wenden omstandigheden; dat doet emotioneel pijn. Keer op keer leidt dit tot zowel een emotionele als een geografische verwijdering. Op de lange termijn raakt men hierdoor gefrustreerd en zal men geen moeite meer doen om nieuwe vriendschappen te sluiten, maar volstaan met oppervlakkige kennissen. Hierdoor zijn man en vrouw veel meer op elkaar aangewezen dan normaliter in het moederland het geval zou zijn geweest en kan de echtelijke relatie meer onder spanning komen te staan; tot dan toe niet manifeste afhankelijkheidsproblematiek kan zich 'opeens' voordoen.

Vaak worden de typische vrouwenproblemen onvoldoende aangevoeld door de man, die een drukke en veeleisende werkkring heeft en vaak zelf in zijn werk

ook met grote transculturele problemen te kampen heeft. Bovendien blijkt de aanpassing aan het nieuwe land bij man en vrouw vaak niet parallel te verlopen: daar waar de een slaagt in zijn aanpassing, kan de ander net in een diep dal verkeren. Een en ander kan stimulerend werken, maar eveneens het onbegrip voor elkaars standpunten bevorderen.

De onzekerheid die in zekere mate inherent is aan het bestaan buitenslands – men werkt immers in sterk fluctuerende arbeidsmarkten en vaak in politiek onstabiele landen – kan voor sommige vrouwen moeilijk te accepteren zijn. Weliswaar is de financiële vergoeding vaak erg goed, maar dit kan ook averechts werken als er tussen man en vrouw grote verschillen kunnen ontstaan over de manier waarop het verdiende geld moet worden besteed. Een 'expatriate' gemeenschap leeft dikwijls in weelde en er bestaat een grote sociale druk om ook aan deze luxe te gaan meedoen; er bestaat minder ruimte voor eigen individuele keuzes en leefpatronen zijn reeds voor aankomst in het nieuwe land door anderen en/of voorganger uitgestippeld en, zoals eerder opgemerkt, de sociale controle is groot.

SLOTOPMERKINGEN

Een vertrouwenspersoon, zoals de huisarts of de dominee of pastoor, met wie men zijn problemen zou kunnen bespreken wordt vaak door 'expatriates' en met name door hun vrouwen node gemist. Juist bij afwezigheid van familie en vrienden is er vaak een grote behoefte aan zo'n vertrouwenspersoon. In sommige grote gemeenschappen worden westerse artsen mee uitgezonden, maar de keuze is beperkt en de arts op zijn beurt is weer ingevlochten in dezelfde sociale gemeenschap; juist daardoor is er van een relatieve anonimiteit vaak geen sprake meer: men kent elkaar ook van andere gelegenheden, en niet iedereen vindt het prettig zijn problemen te bespreken met iemand naast wie men gisteren nog aan een diner zat. Schaamtegevoelens en het probleem van de discretie kunnen een rol spelen. Een en ander kan voor de vrouw van de 'expatriate' een drempel vormen voor het zoeken van hulp voor psychosociale problemen.

De nadelen van het 'expatriate' bestaan voor de vrouw zijn in het bovenstaande sterk benadrukt. Er zijn echter ook voordelen: goede betaling, gunstige arbeidsvoorwaarden en het leven in vaak interessante culturen met vele mogelijkheden tot het maken van verre reizen.

De problematiek van de 'expatriate' vrouw is mogelijk niet groter, maar wel anders dan die van vrouwen in andere leefgemeenschappen. Wel lijkt het erop dat van haar veel meer flexibiliteit en aanpassing, in de meest ruime zin van het woord, wordt gevergd. Wetenschappelijk onderzoek hierover ontbreekt voorsnog. Voor zover ons bekend ontbreekt in de op Nederland georiënteerde medische literatuur enige nomenclatuur omtrent deze scala van problemen. In de Engelse literatuur spreekt men van het 'expatriate wife syndrome'², terwijl ook wel de term 'jungle madness' wordt gebruikt³; de publikaties te dien aangaande zijn echter slechts anekdotisch van karakter⁴.

Een gedegen voorlichting over alle aspecten van het 'expatriate' bestaan, voorafgaande aan een te volgen uitzending, lijkt aanbevelenswaardig. Dergelijke voorlichting zal ook mogelijk ernstige psychosociale problematiek kunnen voorkomen. Het is voorts van belang dat Nederlandse artsen in Nederland goed op de hoogte zijn van de problematiek van de 'expatriates': zowel tijdens de (vaak zeer lange) vakanties in Nederland als na repatriëring zal het 'expatriate' gezin op de Nederlandse gezondheidszorg zijn aangewezen; kennis van de typische 'expatriate' problematiek zal de zorg voor het eertijds 'onthemde' gezin zeker ten goede komen. □

Literatuur

1. Bak AP. Psychologische aspecten van chronische onderbuikpijn bij vrouwen. Academisch proefschrift Rotterdam, 1986.
2. Dally P. Psychiatric illness in expatriates. *JR Coll Physicians Lond* 1985; 19: 103-4.
3. Littlewood R. Jungle madness: some observations on expatriate psychopathology. *Int J Soc Psychiatry* 1985; 31: 194-7.
4. Rigamer EF. Stresses of families abroad. *Travel Medicine International* 1985; 3: 137-40.

LHV

Automatisering van de huisartspraktijk

NHG en LHV werken samen

Meer dan tien jaar geleden werden door de NHG-werkgroep Automatisering de eerste stappen gezet op weg naar een geleide invoering van automatisering in de huisartspraktijk. Al snel werd duidelijk dat afstemming en coördinatie van groot belang was, omdat door allerlei huisartsen en informatici eigen systemen en systeempjes werden ontwikkeld, uitgaande van verschillende principes, doelen en toepassingen.

In 1984 werd de Werkgroep Coördinatie Informatie Automatisering (de WCIA) opgericht, een werkgroep van LHV en NHG samen. Doel van de WCIA was 'het tot stand brengen van coördinatie en standaardisatie met betrekking tot de invoering van automatisering in de huisartsensector; het doen uitvoeren van een aantal experimenten met automatisering in huisartspraktijken én het ontwikkelen van richtlijnen voor een door LHV en NHG gezamenlijk te voeren beleid met betrekking tot de geautomatiseerde informatievoorziening in de huisartsensector'.

Sinds 1984 is er veel tot stand gebracht, ondanks het feit dat de WCIA niet over substantiële stafkracht kon beschikken. Het belangrijkste produkt is ongetwijfeld het WCIA-Referentiemodel, waarin de eisen zijn geformuleerd waaraan een Huisarts Informatie Systeem (HIS) behoort te voldoen. Tevens is een procedure ontwikkeld voor het toetsen van de op de markt verschijnende systemen. Een toetsing waaraan ook door de industrie belang wordt gehecht en waaraan een zestal leveranciers hun pakketten intussen hebben aangeboden. Het was staatssecretaris D. Dees die wees op het unieke van deze ontwikkeling binnen de gezondheidszorg. Témidden van een turbulente wereld als die van de informatica en worstelend met de veelheid aan initiatieven en systemen is het de WCIA gelukt enige coördinatie en standaardisatie aan te brengen, ook al valt er nog veel te verwezenlijken. Enkele projecten hebben inzicht gegeven in het proces van invoering van automatisering, hetgeen onder meer heeft geleid tot het aanpassen van contracten en ondersteuning door de leveranciers van hard- en software. Meer dan 700 huisartsen hebben de voorlichtingscursus automatisering gevolgd, een cursus die beoogde de huisarts beter in staat te stellen een doordachte keuze te doen met betrekking tot het al dan niet automatiseren van de informatieverwerking in de huisartspraktijk.

Een nieuw tijdperk

Thans is de tijd van het pionieren voorbij. Een groeiend aantal huisartsen overweegt over te gaan tot automatisering van de informatievoorziening in de praktijk of heeft dat al gedaan. Het wordt steeds duidelijker dat het werken met een geautomatiseerd informatiesysteem grote veranderingen in het werken van de huisarts zal meebrengen en tevens vele mogelijkheden zal scheppen. Zaken als praktijkvoering, preventie, screening, patiëntmonitoring, research en toetsing krijgen er een dimensie bij als de huisarts over een computer en een goed HIS kan beschikken. Zo zal niet alleen de individuele huisarts, maar ook de huisartsgeneeskunde als geheel voordeel kunnen hebben van de automatisering.

De mate waarin de computer die positieve bijdrage zal gaan leveren, zal echter sterk afhangen van de mate waarin het aan de beroepsgroep en de beroepsorganisaties gelukt de vele taken op het gebied van ontwikkeling, implementatie, ondersteuning en coördinatie uit te voeren. Dat zal een grote inspanning vragen van de huisartsen en de beide beroepsorganisaties LHV en NHG, want er moet nog zeer veel tot stand worden gebracht.

Samenwerking LHV en NHG

Teneinde te komen tot een goed samenspel en een goede onderlinge afstemming hebben LHV en NHG besloten om als onderdeel van een beoogde bredere samenwerking een samenwerkingsovereenkomst aan te gaan met betrekking tot de activiteiten rond de automatisering van de huisartspraktijk. Primair zal in de overeenkomst worden gesteld dat NHG en LHV gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van alle functies die voor een goed geleide en gecoördineerde invoering van automatisering in de beroepsgroep huisartsen moeten worden vervuld. De twee organisaties zullen, ieder vanuit de eigen doelstelling en eigenheid, ook samenwerken waar het gaat om het verschaffen en verwerven van de stafkracht en de middelen die voor de uitvoering van de taken noodzakelijk zijn. Daarnaast zal een zodanige verdeling van taken worden ontworpen, dat de taken die LHV respectievelijk NHG op zich nemen nauw aansluiten bij de doelstellingen en mogelijkheden van elk van de beide verenigingen.

Toekomstige taken

Voor welke taken zien wij ons gesteld? Allereerst is er grote behoefte aan goede, voor de huisarts op maat gesneden, voorlichting. Voorlichting over het automatiseren van de informatievoorziening in de huisartspraktijk in het algemeen, maar ook specifiek over beschikbare en geschikte systemen, benodigde hardware etc. Daarbij moet niet alleen aan de orde komen wat thans goed en beschikbaar is, maar ook wat nog onduidelijk of twijfelachtig is. Huisartsen die overgaan tot het gebruik van een computer in de praktijk (overwegen) hebben behoefte aan voorlichting en begeleiding. Dat geldt voor de oriëntatie in de markt, de selectie en keuze, de contractering en de opleiding. LHV en NHG willen daarbij de helpende hand bieden. Dit onder andere door middel van het toetsen van de beschikbare pakketten, het stellen van eisen aan de door de leveranciers voor te leggen contracten en door een koepelfunctie te vervullen voor gebruikersclubs en huisartsen, die aan de ontwikkeling van een en ander willen meewerken. De 008-functie van de LHV vervult hierin een belangrijke rol.

Daarnaast is het nodig nader onderzoek te doen naar de mogelijke huisartsgeneeskundige toepassingen van het computergebruik alsmede van de consequenties daarvan. Daarbij moet niet alleen worden gedacht aan toepassingen binnen de huisartspraktijk, maar eveneens aan de communicatie met derden, zoals apotheek, laboratorium en ziekenhuis. Op basis van de nieuwe mogelijkheden en de ervaringen van de laatste jaren zal het WCIA-Referentiemodel moeten worden bijgesteld, het ontwikkelen van richtlijnen voor (het automatiseren van) de medische registratie en het nader verfijnen van een huisarts-classificatiesysteem behoort eveneens tot de prioriteiten.

Tenslotte vraagt de scholing en nascholing op het gebied van automatisering de aandacht. Hierin wordt de SDH betrokken.

Taakverdeling tussen LHV en NHG

Om dit alles tot stand te kunnen brengen zullen LHV en NHG de eerder genoemde samenwerkingsovereenkomst aangaan met een taakverdeling. Hierin zal een WCIA-nieuwe stijl, paritair samengesteld uit enkele leden van NHG en LHV, de beide moederbesturen adviseren en de WCIA-toetsing bewaken.

De LHV zal de implementatietaken op zich nemen. Het gaat hierbij dus om zaken als overleg met leveranciers over contracten en

ondersteuning, het geven van voorlichting via de 008-informatietelefoon, de informatiemap die bij de VOH-directeuren ligt, het hoofdstuk automatisering in het vademecum en diverse artikelen die daarover verschijnen in Medisch Contact en de LHV-ledenbrief, ondersteuning en begeleiding aan individuele huisartsen, groepen huisartsen en gebruikersclubs, het opzetten van netwerken met de tweede lijn en met de VOH's en de realisering van de noodzakelijke randvoorwaarden.

Het NHG zal de ontwikkelingstaken uitvoeren. Men denke daarbij aan het uitwerken van de medische registratie en de classificatie, onderzoek naar de huisartsgeneeskundige meerwaarde van automatisering en naar de gewenste toepassingen in de communicatie met derden, het updaten van het referentiemodel en het ontwikkelen van de criteria voor de toetsing van de systemen.

Gezamenlijk zullen LHV en NHG vervolgens zorg gaan dragen voor de feitelijke toetsing van de systemen en voor de scholing in de beroepsopleiding en in de nascholing.

Ontwikkelingen in enkele met ons land vergelijkbare landen hebben geleerd dat grootschalige invoering van automatisering van de informatie in de huisartspraktijk alleen kan slagen wanneer dit goed doordacht, inhoudelijk en praktisch goed onderbouwd en niet overhaast gebeurt. Onze gezamenlijke activiteiten op dit gebied van de laatste jaren stemmen hoopvol voor de te verwachten ontwikkeling in de Nederlandse situatie. Wij hopen in samenwerking met de huisartsen en alle betrokkenen te komen tot een goede invoering en toepassing van geautomatiseerde informatiesystemen in de huisartspraktijk. Dit zowel tot voordeel van de praktijk- en consultvoering van de individuele huisarts, alsook van de huisartsgeneeskunde in haar geheel.

Dr. V. C. L. M. Tielens, voorzitter NHG.

A. M. C. van de Zandt, voorzitter LHV.

LHV

Informatie automatisering

Sinds enige tijd biedt het bureau van de LHV extra service aan huisartsen die geïnteresseerd zijn in automatisering: de zogenaamde informatie- en adviestelefoondienst.

Informatrice José den Bode, te bereiken via de centrale informatielijn: 030-823881, kan u de nodige inlichtingen verschaffen.

LVSG

Primary Health Care

De meest recente voorzitterscolumn van de LVSG (in Medisch Contact nummer 11) was gewijd aan het onderwerp Primary Health Care en de rol daarin van verpleegkundigen en sociaal-geneeskundigen. Naar aanleiding van reacties die bij het LVSG-bureau zijn binnengekomen, zou het LVSG-bureau graag in contact komen met personen die in den lande, bijvoorbeeld bij basisgezondheidsdiensten,

bezig zijn in de praktijk de Primary Health Care 'handen en voeten' te geven.

Dezen worden dan ook gaarne verzocht contact op te nemen met Mw. Mr. M. de Bruijn-van Beek, tel 030-823203 (liefst in de voormiddag). Schriftelijke reacties kunnen gericht worden aan: Bureau LVSG, Postbus 20051, 3502 CB Utrecht.

LAD

Jubileumcongres 6 mei aanstaande artsen

Interessant thema veelzijdig belicht

'Arts en arbeidssatisfactie', gekozen vanwege de aardige alliteratie, een veelzeggende titel voor een feestelijk jubileumcongres van de LAD. Hoe is het met het plezier in het werk gesteld, of eerder nog waarom kiest iemand een loopbaan in de geneeskunst? En welke factoren bepalen vervolgens dan het plezier in het werk? Is het de zware verantwoordelijkheid, de beloning, de status van het vak? Of veel meer de geestelijke voldoening van een geslaagde ingreep? En welke invloed heeft het dienstverband op de arbeidssatisfactie? Op deze vragen en vele andere zullen enkele vooraanstaande inleiders dieper ingaan. Het congres wordt geopend door de heer Hendriks, voorzitter van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Fons Jansen

Daarnaast is het op 6 mei in het Singer Museum te Laren natuurlijk ook feest. De congrescommissie is er dan ook bijzonder blij mee dat

het gelukt is om Fons Jansen te engageren, die in plaats van het eerder aangekondigde optreden van het team van Farce Majeure, een programma zal brengen 'op het lijf van de LAD' geschreven. Een aperitief tussen de middag, een gezellige lunch, een uitgebreide borrel (receptie) na afloop van het congres in de sfeervolle foyer van het Singer Museum, gecombineerd met de unieke ambiance van dit Larense etablissement benadrukken vervolgens het feestelijke karakter van deze dag. Zo wordt het congres een verantwoorde combinatie van ernst en plezier (in het werk).

Deelname aan het congres in de Singer Concertzaal te Laren is nog mogelijk. KNMG-leden (maar ook niet-leden) en hun partners zijn van harte welkom. Zij kunnen zich schriftelijk dan wel telefonisch opgeven bij het congresbureau van de LAD, telefoon: 030-823360, antwoordnummer 969 (een postzegel is niet nodig), 3500 ZB Utrecht.

Kosten: f 40,— per persoon (niet-KNMG-leden: f 50,— per persoon)

LVSG

Wijziging datum ledenvergadering

In Medisch Contact van 11 maart 1988, nr. 10 is gemeld dat de eerstvolgende Ledenvergadering van de LVSG zal plaatsvinden op donderdag 26 mei a.s. Op dezelfde dag vindt plaats één van de door de NVAB georganiseerde bedrijfsgeneeskundige dagen. Met name omdat het thema van de LVSG-ledenvergadering 'Keuringen en verhoogde risico-factoren' ook voor de bedrijfsartsen van belang is,

heeft het Centraal Bestuur van de LVSG besloten de ledenvergadering te verschuiven en wel naar *donderdag 9 juni a.s.* (aanvang huishoudelijk deel 17.30 uur, themadeel 19.45 uur).

De LVSG-leden zullen middels het ledenbulletin over deze vergadering nader worden geïnformeerd.

LVSG

Convocatie Ledenvergadering

Convocatie voor de Ledenvergadering van de Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen te houden op donderdag 9 juni 1988 om 17.30 uur in de Domus Medica, Lomanlaan 103 te Utrecht.

(De datum van 9 juni komt in de plaats van de eerder afgesproken datum van 26 mei. Verschuiving van de datum was nodig omdat er anders samenloop zal plaatsvinden met één van de bedrijfsgeneeskundige dagen van de NVAB).

Opening

I. 17.30-19.15 uur: Huishoudelijk gedeelte.

1. Goedkeuring notulen Ledenvergadering 4 november 1987.

2. jaarverslag over 1987. Dit verslag is gepubliceerd in Medisch Contact van 8 april jl. (MC nr. 14/1988, blz. 443).

3. (Her)benoeming leden Geldmiddelencommissie 1988. De heren H. J. Stoutjesdijk en P. A. M. van der Werf worden voor herbenoeming voorgedragen. Zij hebben zich bereid verklaard opnieuw in de Kascommissie zitting te nemen.

4. Verkiezing lid Centraal Bestuur. Door het tussentijds aftreden van dhr. H. Zwanenburg is er een vacature. Conform artikel 10 lid 2b. van de statuten draagt de NVAG voor dhr. W. Schellekens, medisch adviseur Ziekenfondsraad.

Dhr. Schellekens heeft zich bereid verklaard de functie te vervullen.

5. Structuur KNMG.

6. Stand van zaken Commissie Perspectief LVSG.

7. Mededelingen.

8. Rondvraag en sluiting huishoudelijk deel.

19.15 uur: Pauze (borreltje/broodje).

II. 19.45-22.00 uur: Themagedeelte. Thema: Keuringen en verhoogde risicofactoren.

19.45-20.30 uur: sprekers a. m.b.t. algemene medische ethische aspecten; b. m.b.t. dagelijkse praktijk in de bedrijfsgeneeskunde; c. m.b.t. dagelijkse praktijk in de verzekeringsgeneeskunde.

20.30 uur: Forumdiscussie.

22.00 uur: Sluiting.

De stukken voor de vergadering kunnen worden opgevraagd bij het bureau van de LVSG tel. 030-823203. De afgevaardigden krijgen de stukken thuisgestuurd. Aanmelding voor de vergadering kan plaatsvinden middels invulling en verzending van de antwoordkaart die zal worden meegezonden met het ledenbulletin dat de LVSG-leden een dezer dagen toegezonden zullen krijgen. In dit ledenbulletin zal nadere informatie worden gegeven over de namen van de sprekers en de titel van hun voordracht.

KNMG

Mini-symposium afdeling Leiden e.o.

De Contactgroep Nieuwe Leden van de afdeling Leiden e.o. der KNMG organiseert op dinsdag 10 mei a.s. een mini-symposium onder de titel 'Artsen vroeger, nu en in de toekomst'. Het symposium wordt gehouden in het Grandhotel Huis ter Duin in Noordwijk aan Zee. Het programma, aanvang 20 uur is als volgt:

Welkomstwoord door de afdelingsvoorzitter, L. P. Otto, arts en KNMG-lid afdeling Leiden e.o.

A. van Marrewijk: Verslag van een geschiedkundige: 'De Middeleeuwen: (duistere) praktijken in het licht.'

H. van Bolhuis: Visie van een arts: 'Van medische macht naar medische onmacht?'

A. J. Westerveld: Visie van een ondernemer: Medische toeleveringsindustrie en gezondheidszorg: gemeenschappelijke doelen of belangentegenstellingen?

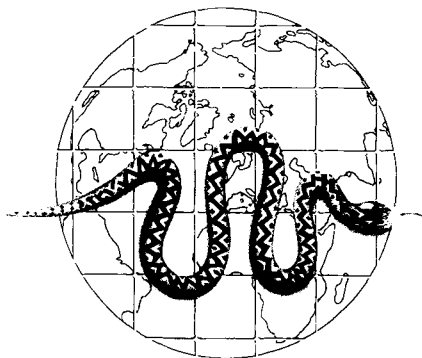
C. M. M. Zwinkels: Visie van een organisatie-deskundige: 'Kansen en bedreigingen; strategische oplossingen.'

21.10-22.00 Forumdiscussie; discussieleider: A. H. M. Kerkhoff.

22.00-24.00 Feest en muziek onder het genot van een drankje en een hapje.

Voor nadere informatie kunt u contact opnemen met het adjunct-secretariaat van de afdeling Leiden e.o. van de KNMG. Tel.nr. 071-174933 (Mw. G. Prakke-Bijleveld).

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



Mijmeringen bij een congres over preventie

'Het goede heeft niet de eigenschap zich aan de tijdgenoot te openbaren. Slechts het kwade manifesteert zich in voor ons zichtbare vormen. Wij weten tamelijk nauwkeurig, wat zij, die na ons komen in deze tijd zullen laken. Doch van datgene, waarom zij ons bewonderen zullen, hebben wij geen enkel vermoeden.'

(Godfried Bomans, Buitelingen)

Stelt u zich eens voor te leven in een tijdperk waarin het voorkómen van ziekten het hele bestaan dusdanig reguleerde en bepaalde dat uw dagelijkse doen en laten er geheel door werd geleid en in beslag genomen. Tabak uit den boze, alcohol óf totaal verboden óf zeer gedoseerd toegestaan, uitgebalanceerde voeding, waarschijnlijk vrij smakeloos, doch uw smaakpapillen zouden niet beter weten, schadelijke stoffen en milieurampen geëlimineerd tot een verwaarloosbaar risico, tumoren optimaal behandelbaar en in een vroeg stadium reeds te ontdekken met detectoren die elke tumor kunnen opsporen, 100% opkomst der bevolking bij de uitwerking van programma's betreffende preventie.

In deze wereld, waarin geld ongetwijfeld geen rol zal spelen, zouden wij ons dan optimaal gemotiveerd moeten bewegen en kunnen ontwikkelen. Waarschijnlijk zou dan in het jaar 2000 de gemiddelde levensverwachting op omstreeks 100 jaar liggen en met de voor de 21e eeuw verwachte vooruitgang misschien zelfs de 125 tot 150 jaar halen; realiseert u zich daarbij een verkorting van de werkduur en een vervroegde pensionering – bijvoorbeeld op 50-jarige leeftijd – en een kleine 100 jaar van 'intensief levensgenot' zou voor u en latere generaties in het verschiet liggen.

Op lagere en middelbare scholen wordt een apart vakkenpakket gedoceerd. Elementaire voedingsleer, dieetkunde, milieuleer en optimaal gebruik van natuurlijke produkten staan centraal in het onderwijsprogramma. Industrie – misschien nog in de huidige configuraties – en overheid maken enorme bedragen vrij ter bevordering van al deze de gezondheid stimulerende factoren. En natuurlijk: oprechte politici, geen valse beloften, slechts alles in dienst van het algemeen belang, geen eigen belang dus, noch ijdelheid of andere – vroeger – bij deze groep niet zelden voorkomende kwalen.

Ik denk dat ik een beschrijving van mijn utopische voorstellingen gemakkelijk nog enige tijd zou kunnen voortzetten, doch de realiteit dwingt mij met een geweldige dreun weer tot het 'normale' bestaan terug te keren. De dagelijkse praktijk leert dat preventie, geduid als voorkómen van onaangename zaken voor lichaam en geest, nog een zeer lange moeizame weg heeft te gaan alvorens mogelijk ook de andere betekenis van preventie: vooraan komen of vooruitlopen, zal worden gerealiseerd. Zolang er gelukkig voor velen nog culinaire specialisten bestaan, die ons kond doen van de dagelijks bereikbare geneugten, 'vinologen' ons uitgebreid informatie weten

te verschaffen over de jaarlijkse wijnoogsten, dieetboeken ons leren hoe ons lichaam zich weer kan aanpassen aan alle overdagigheden die ons dagelijks teisteren, het instituut van Michel Guérard in Eugénie les Bains zowel de mogelijkheid van 'la grande cuisine minceur' als 'la grande cuisine gourmande' aan ons openbaart, realiseert de schrijver van dit epistel over preventie zich terstond de realiteit en irrealiteit van het gestelde.

Het is mij opgevallen dat men bij het organiseren van een congres over preventie de werkelijkheid snel uit het oog verliest en preventief, futuristische trekken gaat vertonen! In de praktijk gaat preventie langzaam, vraagt zij grote inspanning en veel, waarschijnlijk te veel, geld en is effectieve preventie maar in beperkte mate mogelijk en realiseerbaar. De Romeinen losten het probleem van oud worden op door de zestigjarigen van de brug af in de Tiber te werpen ('sexagenarii de ponte'), waar een zekere verdrinkingsdood in het koude water hun lot was. De huidige samenleving zou dit niet accepteren en tegen dergelijke maatregelen in opstand komen.

Toch laten wij ons daarentegen dagelijks zwaar belasten met allerlei schadelijkheden die vrij gemakkelijk vermeden, cq voorkómen hadden kunnen worden en nu eenmaal tot de verworvenheden van wat wij onze beschaving noemen worden gerekend en als zodanig niet meer zijn weg te denken uit ons dagelijks leven.

Preventie heeft enerzijds iets fascinerends: wat is er immers niet aantrekkelijker dan door iets af te schaffen, weg te laten of vroegtijdig op te sporen, het schadelijke te elimineren met een heilzaam effect op onze generatie. Anderzijds kan preventie zeer frustrerend zijn: het weglaten, afschaffen van iets schadelijks betekent soms een verarming, of heeft dermate grote implicaties dat reeds bij voorbaat de onmogelijkheid van het nagestreefde vaststaat.

Met het organiseren van het 40ste jaarcongres over preventie lijken wij wellicht wat hoog te grijpen en de illusie te geven dit gebied uitgebreid te kunnen behandelen. Doch snel zijn wij, geconfronteerd met een onuitputtelijke 'mer à boire', tot de conclusie gekomen dat een beperkte keuze onontkoombaar is en er slechts enkele facetten van preventie kunnen worden behandeld.

Het congres, gecombineerd met een verblijf in ons mooie Kennemerland met een schat aan bezienswaardigheden, zoals het Frans Hals-museum, het Teylers-museum en de Haarlemse hofjes, vormen hopelijk voldoende reden om u in groten getale te kunnen verwelkomen in het Haarlemse, waar wij door het organiseren van een goed onderkomen en door u enkele eenvoudige, voedzame, preventief verantwoorde maaltijden voor te zetten graag uw gastheer zullen zijn.

M. D. van Dam, voorzitter congrescommissie