

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 26 – 1 juli – 43e jaargang

Het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker moet voortaan worden aangeboden aan vrouwen van ongeveer 30 jaar tot ongeveer 70 jaar; het aantal preventieve uitstrijkjes buiten het oproepschema om moet zoveel mogelijk worden beperkt. Dit zijn bevindingen uit een studie, gericht op het vinden van een strategie voor vroege opsporing met een goede balans tussen gunstige effecten en ongunstige effecten annex kosten. Deze studie is verricht door medewerkers van het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam, die er hier onder aanvoering van Prof. Dr. J. D. F. Habbema over schrijven. Uit het Instituut voor Pathologische Anatomie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen en het pathologisch-anatomisch archief PALGA komt het bericht dat, als alles volgens plan verloopt, eind 1988 alle pathologisch-anatomische laboratoria in ons land zullen meedoen aan de landelijke registratie van cervixcytologische diagnosen volgens de in dit bericht beschreven procedure. Tenslotte een bevinding van huisarts H. Verbeek uit Wezep op grond van onderzoek in de eigen praktijk: het actief oproepen van vrouwen eens per drie jaar blijft nodig om een goede opkomst voor de screening op cervixcarcinoom te bereiken.

In 1982 heeft de Gezondheidsraad aangegeven welke handelingen wél en welke níet tot euthanasie moeten worden gerekend. In 1987 hebben de hoogleraren Enschedé, De Gaay Fortman en Mulder hun gedachten over bedoelde handelingen ontvouwd. T. Fahner, arts te Nunspeet, gaat in op hun stelling: 'Er zijn drie gevallen waarin . . . de arts de patiënt rechtmatig doet sterven'. Over doen en laten sterven.

Bericht aan de MC-lezers

In overleg met Tijl Tijdschriften BV is besloten Medisch Contact gedurende de maanden juli en augustus niet wekelijks maar eenmaal per veertien dagen te laten verschijnen. Dit houdt in dat de nummers 27/28, 29/30, 31/32 en 33/34 worden gecombineerd.

Het Bestuur van Medisch Contact

INHOUD

Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Kosten-effectiviteitsanalyse.

J. D. F. Habbema, J. Th. N. Lubbe, H. M. E. van Agt, M. van Ballegooijen, M. A. Koopmanschap en G. J. van Oortmarssen – 807

Landelijke registratie van cervixcytologische diagnosen

G. P. Vooijs, I. Casparie-ven Velzen, F. A. T. M. Peters en J. L. M. Beck – 811

Huisarts en screening op cervixcarcinoom. De vraag om een uitstrijkje in de drie jaren na het staken van het bevolkingsonderzoek

H. Verbeek – 815

De negatieve definities van euthanasie: levensberoving?

T. Fahner – 817

Sterven: vrijheid, waardigheid, solidariteit

J. A. J. Stevens – 820

Arts en recht. Feilen bij falen. Vonnis Gerechtshof 's-Hertogenbosch – 823

Het onderwijs in de universitaire huisartsenpraktijk. Slot: Deelname van patiënten

H. O. Sigling, A. J. Arbouw en E. A. Reynders – 827

Colofon 802 – Colofon officieel 802 – Hoofdre-dactioneel commentaar 803 – Voorzittersko-lom LSV 804 – Brieven 805 – Boeken 826 – Uit de Verenigingen 829

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris
Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. Drs. M. C. A. van Wandelen, redactrice
R. A. te Velde, eindredacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoording verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Abonnementen

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

Administratie: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.

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

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

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

Opplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

Eerste pogingen kanker te behandelen met röntgenstralen, 1907, G. Chicotot.
R. Tourtel, catalogue du Musée Historique et Artistique des Hôpitaux de Paris, Paris 1947.
Musée de l'Assistance Publique de Paris.

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

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

Dagelijks bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC)
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. Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Bibliotheek

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

Stichting Dienstverlening Medici

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

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

Vroege opsporing van baarmoederhalskanker

Voorheen speelde bevolkingsonderzoek een centrale rol bij de opsporing van baarmoederhalskanker. In de praktijk werd er echter door huisartsen en gynaecologen ook een aanzienlijk aantal, wel 'ongeorganiseerd' genoemde, cervixuitstrijkjes verricht. Sinds 1985 streeft de overheid ernaar het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker te integreren in de werkzaamheden van de huisarts. Allerlei factoren hebben ertoe bijgedragen dat dit nog niet geheel bevredigend is geregeld. Een aantal gemeenten heeft discontinuïteit in het regelmatig en systematisch oproepen van de voor het onderzoek in aanmerking komende vrouwen voorkómen door eigen organisatorische en financiële inspanningen. Dat het voor het welslagen van een screeningsprogramma noodzakelijk is vrouwen actief te benaderen, blijkt wel uit een onderzoek dat de huisarts Verberk (zie blz. 815) in zijn eigen praktijk heeft gedaan. Na het staken van het bevolkingsonderzoek moesten vrouwen zichzelf op het spreekuur melden voor het laten verrichten van een cervixuitstrijkje. Zelfs bij vrouwen die ervaring met bevolkingsonderzoek hadden opgedaan was dit in de drie jaar nadat het onderzoek was afgeschaft betrekkelijk weinig geschied. Vrouwen die voor pilcontrole op het spreekuur waren gekomen waren echter relatief vaak uitgestreken. Het ontbreken van een financiële drempel voor het laten verrichten van een uitstrijkje maakte in deze praktijk niet uit: de ziekenfondspatiënten, voor wie het onderzoek kosteloos was, scoorden lager dan de niet bij het ziekenfonds ingeschreven vrouwen.

Doordat de automatisering in de huisartspraktijk nog niet zover is voortgeschreden dat huisartsen in staat zijn al hun ingeschreven patiënten systematisch op te roepen, is het noodzakelijk de oproep door een andere organisatie te laten verzorgen. Het ligt voor de hand hiervoor gebruik te maken van de gemeentelijke bevolkingsadministratie. De leden van de LHV hebben zich bereid verklaard het feitelijk uitstrijken van de cervix en eventuele werkzaamheden als gevolg van de uitslag (voorlichten over de uitslag, bestrijden van infecties, herhalen van het onderzoek en verwijzen naar een specialist) te verzorgen.

Op grond van de resultaten van drie proefprojecten die tussen 1975 en 1985 hebben plaatsgevonden hebben de sa-

menwerkende pathologisch-anatomische laboratoria een geïntegreerd landelijk systeem voor de beoordeling van de preparaten en registratie van de resultaten opgezet (blz. 811). De cytologische bevindingen worden door cytologisch analisten gecodeerd en worden vervolgens ingevoerd in de databank. Deze bevat ook op naam gestelde cytologische en histologische bevindingen uit andere bronnen (vervolgonderzoeken, bipten, operaties). Door deze gegevens te integreren kan een meer verantwoorde beoordeling plaatsvinden. In het verslag kunnen nadere adviezen en het gewenste herhalingsinterval worden aangegeven. Het nieuwe systeem heeft niet alleen als voordeel dat de kwaliteit van het door de huisartsen en gynaecologen ingezonden materiaal en van het cytolo-

Dr. C. Spreeuwenberg

gisch onderzoek kan worden vergeleken, maar ook dat met behulp van gegevens uit eerder onderzoek, zelfs als de patiënte is verhuisd, het beeld vollediger kan worden gemaakt en dat er epidemiologisch en statistisch onderzoek kan worden gedaan.

Bij de opzet van de Landelijke Registratie Cervix Cytologie is men er tot nu toe van uitgegaan dat vrouwen van 35 tot 54 jaar éénmaal per drie jaar worden opgeroepen. Van de aldus 540.000 opgeroepen vrouwen zouden er daadwerkelijk 375.000 door de huisarts worden gescreeend. Is de tot nu toe gevolgde opzet echter ook het meest effectief? Uit een in dit nummer van Medisch Contact gepubliceerde kosten-effectiviteitsanalyse van een Rotterdamse groep onder leiding van Habbema (zie blz. 807) blijkt dat dit *niet* het geval is. Een belangrijke oorzaak hiervan vormt het feit dat de marginale winst, dat wil zeggen het aantal te winnen levensjaren per keer dat de populatie in aanmerking komende vrouwen wordt uitgestreken, met het toenemen van de frequentie snel afneemt. Anders gezegd: de kosten per gewonnen levensjaar nemen per extra screeningsronde snel toe. Als er frequent wordt uitgestreken, neemt bovendien ook de betekenis toe van andere nadelen, zoals ingrepen wegens cytologische afwijkingen zonder

dat er ooit baarmoederhalskanker zou zijn opgetreden.

Habbema c.s. doen vier aanbevelingen, waarvan de opmerkelijkste wel is vrouwen tussen de 30 en 70 jaar zevenmaal, dus ongeveer *éénmaal per zes jaar*, in het programma te betrekken. Bij analyse van velerlei gegevens bleek dat, in tegenstelling tot wat tot heden werd verondersteld, aanzienlijke aantallen voorstadia van baarmoederkanker ook na het 53e levensjaar ontstaan en dat het overgrote deel van de sterfte aan baarmoederhalskanker pas na het 55ste levensjaar optreedt.

Een andere aanbeveling is, dat het maken van preventieve uitstrijkjes buiten het oproepschema zoveel mogelijk moet worden ontmoedigd. Zeker als de uitstrijkfrequentie eenmaal per zes jaar zal zijn, is het niet denkbeeldig dat patiënten huisartsen en gynaecologen onder druk zullen zetten om toch een uitstrijkje te doen. Tenzij er een indicatie voor een uitstrijkje is (maar dan is er geen sprake van preventie) zullen we deze patiënten moeten uitleggen waarom het in het belang van henzelf en van het gehele screeningsprogramma is dat van het onderzoek wordt afgezien.

Verder wordt er in het belang van het welslagen van het onderzoekprogramma op aangedrongen dat zoveel mogelijk uitgenodigde vrouwen deelnemen. In dit licht dienen we aandacht te hebben voor de screening naar mammatumoren, waarvoor de kosten-effectiviteitsanalyse gunstiger uitvalt dan voor de preventieve cervixcytologie. Ook met andere aanbevelingen, zoals screening op hypertensie, dient rekening te worden gehouden. Voor een goede opkomst is het noodzakelijk alle screenings die we noodzakelijk achten in één programma te integreren. Alleen dan kan voor de diverse onderdelen een maximale opkomst worden bereikt. Ten aanzien van de vrouwen die zich aan het onderzoek onttrekken kan de huisarts, die het merendeel van deze patiënten kent en regelmatig ziet, zich inspannen om alsnog deelname te bereiken; pas dan worden bevolkingsonderzoek en anticiperende geneeskunde werkelijk geïntegreerd. Laten we om te beginnen de toegezegde samenwerking tussen gemeenten, huisartsen en cytologie laboratoria snel van de grond laten komen. □

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

Zachte heelsemeesters . . .

Op de avond dat deze woorden worden neergeschreven heeft Nederland net de eerste demonstratieve zondagsdienst van medisch specialisten in 1988 achter de rug. De LSV heeft zojuist aangekondigd in de komende tijd een demonstratieve werkweek van 38 uur aan te houden. Een LSV-delegatie is zojuist teruggekeerd van een urenlange zitting in het Haagse Paleis van Justitie waarin de LSV de Staat in kort geding had gedaagd inzake de voorgenomen verlaging van de praktijkkosten van medisch specialisten.

Het zijn niet de leukste dagen, zeker niet als je beseft wat nog komen kan. Zeker ook niet, als 's avonds op de stoep van Domus Medica de directeur van het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform tegenkomt, die je uiteraard aanspreekt over de dag van vandaag en de komende dagen. Het zijn momenten waarin weerstand bieden en je dagelijkse roeping met elkaar in conflict kunnen komen.

Bij de medisch specialisten overheerst op dit moment het eerste. In een avondkrant die door veel artsen wordt gelezen spreekt een recent hoofdredactioneel commentaar over het feit dat naar zeggen van staatssecretaris Dees met de LSV geen zaken te doen zijn. Dat wekt verbijstering. Sinds 5 januari zijn van onze zijde talloze pogingen ondernomen om tot een gesprek te komen. Steeds bleek de bewindsman niet bereikbaar. Hetzelfde commentaar billijkt het dat de regering en parlement schoon genoeg hebben van het – zogenaamde – gebrek aan medewerking van de LSV. Daaraan wordt toegevoegd dat de specialisten morele chantage plegen met hun bewering dat de motivatie en de kwaliteit van de zorg achteruitgaan als de inkomens (nog meer) achteruitgaan. De commentator vergeet te schrijven dat het gemiddelde inkomen van de specialist in zes jaar met 36% is gedaald! Dan te weten dat de LSV zich op dit moment op alle

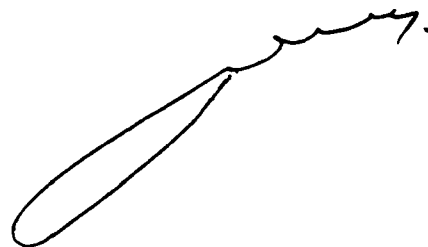
fronten inzet voor een formule waarmee op een juiste wijze een maatschappelijk verantwoord tarief kan worden berekend. Daarin wordt rekening gehouden met een op goede gronden vastgesteld norminkomen, een normatief kostenpakket dat is gebaseerd op de feitelijke situatie en een werkbelasting (normpraktijk) die evenzeer uitgaat van de realiteit. Het is een formule die ingrijpende consequenties kan hebben, naar boven en naar beneden, maar die vooral reëel en gezond is.

LSV

Bij alle gevoelens op deze eerste actiedag speelt vooral ook de gedachte aan de brief die de LSV mocht ontvangen van de bewindslieden De Koning, Dees en Evenhuis, waarin zij het voornemen uitten het Generaal Akkoord per 1 juli op te zeggen. Niet alleen de LSV, maar de totale KNMG en haar maatschappelijke verenigingen hebben met grote teleurstelling kennis genomen van dit voornemen. De overheid doet een appel op het veld om de ingrijpende veranderingen in de gezondheidszorg, voortvloeiend uit het kabinetsbeleid, neergelegd in de nota 'Verandering verzekerd', met kracht mede te ontwikkelen. In dat verband heeft de staatssecretaris van WVC enige tijd geleden aan het veld verzocht tot gezamenlijk overleg te geraken over de verdere uitwerking en invulling van de kabinetsplannen. Kort daarop wordt volkomen onverwacht en zon-

der overleg aangekondigd dat het kabinet een akkoord met één deel van dit veld, in casu de vrijgevestigde specialisten, eenzijdig wil opzeggen. Zoiets draagt bepaald niet bij aan een klimaat waarbinnen een zinvolle creatie bijdrage van betrokken beroepsgroep mogelijk is. Deze daad van het kabinet is voor de KNMG, de LHV en de LSV aanleiding geweest om bij nader inzien niet aan de door de staatssecretaris geëntameerde eerste overlegronde in de vorm van een conferentie op 23 en 24 juni deel te nemen. Daarbij is aan de andere deelnemers spijt betuigd dat de handelwijze van het kabinet het de betrokken verenigingen op dit moment niet mogelijk maakt in de belangrijke discussie over de toekomst te participeren.

'A poor doctor is a bad doctor': ik denk dat de draagwijdte van deze bekende Engelse uitspraak op dit moment vër uitgaat boven alleen het materiële. Een dokter die niet alleen wordt aangepakt op zijn financiën, maar op zijn complete functioneren, is per definitie een slechte dokter. Dan is het zelfs op strikt ethische gronden noodzakelijk hard op te treden en met alle beschikbare middelen naderend onheil voor arts én patiënt te bestrijden, hoe pijnlijk die operatie voor het moment ook kan zijn. Luidt een oud gezegde niet: zachte heelsemeesters maken stinkende wonden?



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.

EEN EXPERIMENT IN ALMERE

In veertien artikelen zijn verschillende aspecten van de gezondheidszorg in Almere aan bod gekomen. In hun slotbeschouwing (MC nr. 18/1988, blz. 571) schrijven Vorst en Schrijvers dat het Almeerse experiment perspectieven biedt voor elders in Nederland. Na vijf jaar experimenteren weten zij echter nog niet of de experimentele opzet aan de verwachtingen zal voldoen.

In de artikelenreeks mis ik echter een *kosten-batenanalyse*. In de doelstelling van het Project Gezondheidszorg Almere (PGA) wordt gesproken over 'hoge kwaliteit tegen acceptabele kosten'. In het projectplan wordt ook aangegeven dat er regelmatig een evaluatie van de kosten moet plaatsvinden¹. De geïnteresseerde Almeerder krijgt echter slechts weinig cijfermateriaal, bijvoorbeeld een zorgbegroting over 1987². Zo'n zorgbegroting levert echter toch interessante gegevens. Als men daarin de begroting opzoekt voor de eerste lijn (welke centraal staat in de hele opzet), dan ziet men daar een totaal aan kosten van 26,8 miljoen gulden. Inkomsten via de verzekeraars en de AWBZ bedragen 14,6 miljoen. De financiële steun via overheid en allerlei subsidies bedraagt 9,3 miljoen. Als dit soort financiële steun wegvalt, dan zitten de gezondheidscentra dik in de financiële zorgen. Het is niet denkbeeldig dat deze extra middelen zullen wegvallen. De gemeente Almere is zelf al flink aan het bezuinigen en de Ziekenfondsraad geeft met ingang van 1989 definitief geen subsidie meer in verband met de tegenvallende resultaten van het PGA³.

Niet alleen ontbreekt een kosten-batenanalyse, men kan ook van mening verschillen over het belang van verschillende vernieuwingen. De *patiëntenraad* bijvoorbeeld is een wasse neus. Er is één centrum dat een jaarverslag uitbrengt⁴. Daarin worden ook de wapenfeiten van de patiëntenraad vermeld, te weten het plaatsen van een traphekje en meer privacy aan de balie en aan de telefoon. Het fenomeen 'patiëntenraad' leeft niet bij de bevolking. Het leeft alleen bij een aantal mensen die of zelf in de gezondheidszorg werkzaam zijn en/of die zijn aangesloten bij een politieke partij; ze zijn niet gekozen en in geen enkel opzicht representatief voor de bevolking. Bij één centrum bestaat dan ook al geruime tijd geen patiëntenraad meer.

Verder wordt in de doelstelling van het PGA vermeld dat er een hoge kwaliteit moet zijn. In het projectplan wordt optimale kwaliteit van de gezondheidszorg omschreven als tevredenheid ('satisfactie') van de gebruikers, de werkers en de bestuurders. Waar ik over val is, dat bij allerlei onderzoek de satisfactie alleen als produkt van de gezondheidszorg wordt ge-

BRIEVEN

zien. Het zal duidelijk zijn dat de Almeerse populatie een geselecteerde populatie is. Bovendien kent Almere een aantal problemen van de grote stad niet. Er is geen of weinig verkeersoverlast, er is veel groen, er zijn veel afgeschermdes speelruimtes voor de kinderen, er is weinig hoogbouw, er zijn geen krottenwijken, enz. Veel mensen voelen zich op zich plezierig, omdat de woonomgeving als plezierig wordt ervaren (spijtoptanten daargelaten). Het is aannemelijk, dat men als men zich plezierig voelt ook milder oordeelt over allerlei zaken waar men doorgaans relatief weinig mee te maken heeft.

Bovendien, als er bij het onderzoek naar de tevredenheid over de *EHBO* wordt gesteld dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis op 15 tot 20 minuten ligt, dan getuigt dat van weinig realiteitszin. Die 15 tot 20 minuten zijn autominuten (met een snelheid boven de wettelijke maximumsnelheid). Een moeder met kinderen heeft overdag echter niet de beschikking over een auto, omdat de echtgenoot deze in gebruik heeft voor woon-werkverkeer. Men is dus aangewezen op openbaar vervoer (een taxi naar bijvoorbeeld het AMC kost ongeveer 50 gulden). Zo bezien ligt het dichtstbijzijnde ziekenhuis op ongeveer 60 minuten. Dat 's avonds en in de weekenden meer Almeerdere dan overdag kiezen voor het ziekenhuis, heeft er dus naar alle waarschijnlijkheid weinig mee te maken dat Almeerdere overdag meer vertrouwen hebben in hun huisarts dan op andere tijden.

Een zwak punt in het PGA vind ik de *informatievoorziening*. Zowel naar de bevolking als naar zichzelf is er kennelijk geen goede informatiestroom. Hoe kan men verantwoorde beslissingen nemen als er geen (of veel te laat) terugkoppeling is over de effecten van die beslissingen? Het ziekenfonds Gooi en Omstreken had in mei 1988 nog geen cijfers over de verwijzingen in 1985! In een interview met het Flevoparool echter weet de directeur te melden dat het de goede kant op gaat met Almere; en passant vermeldt hij wel, dat men in Almere meer aandacht moet hebben voor de klant en dat veel Almeerdere hun fysiotherapeutisch heil buiten Almere zoeken omdat het aanbod van de fysiotherapie in Almere suboptimaal is. Als men bij dat ziekenfonds wat objectief cijfermateriaal opvraagt, dan krijgt men dat niet. Trouwens het verkrijgen zonder meer van cijfermateriaal van allerlei bij het PGA betrokken instellingen is een zeer moeilijke zaak.

Tot slot nog iets over de Eerstelijns Vereniging Almere (*EVA*). Ik vraag me af of de EVA in de toekomst ooit kostendekkend zal kunnen werken. De administratieve 'overhead' zal steeds groter worden. Eind 1988 zullen er ongeveer 510 mensen in dienst van de EVA zijn. Op dit moment wonen er ongeveer 65.000 mensen in Almere. Het streven is 100.000. De EVA zal dus nog meer groeien. Ik vrees dus dat de EVA blijvend financiële steun nodig zal hebben, of dat er voor Almere speciale (hoger) tarieven moeten komen. In een interview in LVG nieuws zegt de directeur van de EVA dat de omvang van de gezondheidszorg beter beheersbaar is⁵. Hij noemt als voorbeeld, dat het aantal fysiotherapeuten per aantal verzekerden veel lager is dan elders in het land! Voorts beweert hij in dat interview, dat hij er zeker van is dat de Almeerse opzet op den duur, maar ook nu al, zeer besparend werkt. Maar ook hierover heb ik van de EVA geen harde cijfers kunnen krijgen.

Kortom, het Almeerse experiment is niet een en al zonneschijn. Dat is ook niet te verwachten, bij welk experiment dan ook. Maar men had, in die hele artikelenreeks, best één artikel kunnen wijden aan alleen de kosten (ook van de stuurgroep, het projectbureau, enz.) en de baten. Dat mag toch wel worden verwacht bij een experiment dat al vijf jaar aan de gang is. Zonder zo'n kosten-batenanalyse is verdere discussie over het PGA zinloos.

Almere, juni 1988
E. Cranendonk

Literatuur

1. Projectplan Gezondheidszorg Almere. Almere/Leidschendam, januari 1983.
2. Zorgbegroting 1987. Project Gezondheidszorg Almere, februari 1987.
3. Blauwdruk (maandblad van de Ziekenfondsraad) januari 1988
4. Jaarverslag 1986 Gezondheidscentrum 'de Spil'.
5. LVG nieuws (Landelijke Vereniging Gezondheidscentra) februari 1988.

HUIDTESTS

Volgens collega J. L. Baggen behoren intracutane huidtests als laboratoriumonderzoek vermeld te staan in het boek van J. M. Baks e.a.: 'Huisarts en Laboratorium' (ref. MC nr. 18/1988, blz. 574). Huidtests zijn echter geen laboratoriumonderzoek in de gebruikelijke zin van het woord en kunnen niet zonder meer aan de doktersassistente worden overgelaten. Huidtests houden huidprovocaties met allergenen bevattende extracten in, met onder andere kans op anafylaxis^{1,2}, zeker wanneer onvoldoende inzicht bestaat in de biologische activi-

teit van de gebruikte testconcentraties en de vermoedelijke graad van sensibilisatie van de patiënt.

In het algemeen kan worden gesteld, dat de huisarts voor het huidtestonderzoek ook niet de specifieke opleiding en kennis heeft om hiermee tot een bevredigende diagnostiek te kunnen komen^{1, 3}. Bovendien zal het aantal patiënten in de doorsnee-huisartspraktijk zodanig zijn, dat er twijfel bestaat of een betrouwbare huidtesttechniek en voldoende ervaring ter aflezing en interpretatie wel kunnen worden ontwikkeld.

Rotterdam, juni 1988.

P. H. Dieges, allergoloog,
P. J. Blaauw, longarts,
R. W. Griffioen, kinderarts,
J. A. Leezenberg, KNO-arts,
B. P. M. Martens, dermatoloog,
J. G. R. de Monchy, allergoloog

Literatuur

1. Standaardisatie huidtests. Rapport commissie Nederlandse Vereniging voor Allergologie. Medisch Contact 1987; 42: 1271-3.
2. Yunginger JW. In: Kaplan AP (ed). Allergy. New York: Churchill Livingstone, 1985, 217.
3. Diagnostiek van het atopisch syndroom. CBO-consensusrapport. Utrecht: CBO, 1987.

AANVAARDBAARHEID LEVENSBEEINDIGEND HANDELEN

Een kort commentaar op de 'Inleiding' van de discussienota met bovenstaande titel, het hoofdredactioneel commentaar en het artikel 'Juridische aspecten van levensbeëindiging bij pasgeborenen' in MC nr. 22/1988, blz. 697, 675 en 679, lijkt me op zijn plaats.

De commissie heeft om het woord euthanasie te vermijden de term 'levensbeëindigend handelen' ingevoerd. Met deze terminologie verdoezelt men echter op fatale wijze een voor de discussie essentieel onderscheid tussen het achterwege laten van handelen dat op levensbestending is gericht en het handelen dat op doden is gericht, anders gezegd: tussen het zich onbevoegd verklaren tot doden en het zich daartoe wel bevoegd verklaren. Ik vraag me af: moeten we deze samenvoeging betrouwen of moeten we er juist blij mee zijn? Het wordt nu in ieder geval zeer duidelijk dat na de invoering van deze bijzonder verwarrende manier van spreken geen conclusies meer te trekken zijn over de vraag of actief doden wel of niet zou mogen. Daarna kan dat dus niet meer worden verboden en zal het dus toegestaan of zelfs verplicht moeten worden . . . als dat de gezonde Volksempfinden ons dat gebiedt of verbiedt. Als men echter met deze 'diagnose' de discussienota en genoemde artikelen doorleest, verdwijnt de twijfel over de vraagpunten als mist voor de zon. De conclusie zou verder kunnen zijn: als men iets onbewust verdoezelt, klopt er iets niet. Wat verdoezeld moet worden . . . kan eigenlijk niet door de beugel. Men misleidt zichzelf.

Artsen hebben soms de plicht zich onbevoegd te verklaren. Dat betekent natuurlijk niet dat ze hun patiëntjes en hun ouders in de steek moeten laten. Die hebben daarna hun hulp misschien meer dan ooit nodig.

P.S. Waarom is de commissie in zulk ver sluierend taalgebruik verstrikt geraakt en gebleven? Ik vrees dat dit zonder meer is gekomen doordat de KNMG en de commissie twee petten op houden zonder het te beseffen: enerzijds – en terecht – de pet van de advocaat van de artsen die in feite de wet overtreden en inbreuk maken op de eed van Hippocrates, anderzijds de pet van de wetgever. Het gaat dan enerzijds om artsen die de beslissing nemen actief te doden, ofwel omdat ze het lijden van een cliënt niet aan kunnen zien, ofwel omdat ze de (zelf)beschuldiging van hardvochtig te zijn niet kunnen verdragen; anderzijds om het vaststellen van objectief juiste bevoegdheden en grenzen. De taak van de verdediging van de bonafide wetsovertreders heeft echter overheerst.

De KNMG zou om deze ambivalentie te vermijden ofwel de commissie een dubbele opdracht moeten geven dan wel een aparte commissie in moeten stellen (een commissie die uitdrukkelijk de opdracht krijgt niet met alle mogelijke argumenten die artsen te verdedigen die handelen alsof ze bevoegd of verplicht zijn te oordelen of een stuk leven zinloos is en vervolgens te doden, maar juist de andere kant van de medaille te belichten). Er is behoefte aan een commissie die duidelijkheid brengt over het gebied waar de arts niet bevoegd is te oordelen, noch te handelen.

Ik wil de lezers van MC erop attent maken dat ze om tot een evenwichtig oordeel te komen er goed aan doen ook kennis te nemen van de uitstekende uiteenzettingen van de verdedigers van het Hippocratische standpunt onder andere in Vita Humana, Tijdschrift voor medische ethiek (een tijdschrift dat op iedere lees-tafel thuishoort; Straatweg 220, 3621 BZ Breukelen).

Venlo, juni 1988

A. J. Postmes

VROUWEN VAN 'EXPATRIATES'

'Psychosociale problematiek bij vrouwen van expatriates' (MC nr. 16/1988, blz. 506): een veelbelovende titel, doch een teleurstellende inhoud. Er worden zeer algemene en oppervlakkige opmerkingen gemaakt, waarbij de indruk wordt gewekt dat ze toepasbaar zijn op alle vrouwen van 'expatriates', al te beginnen met de titel. Minder hooggespannen verwachtingen zouden zijn gerezen als aan de titel was toegevoegd: 'in een selecte gemeenschap'. De opmerkingen zijn gebaseerd op ervaring in zeer beperkte kring, te weten wat betreft localisatie, grootte van de gemeenschap (in dit geval werkzaam bij een privé-maatschappij) en niet gestoeld op wetenschappelijk onder-

zoek. Dat een psycholoog medeauteur is van dit artikel maakt het er niet wetenschappelijker op. Verder worden er termen gebruikt die de nieuwsgierigheid van de lezer opwekken, maar die niet nader worden gespecificeerd, zoals: 'afhankelijkheidsproblematiek'. Wie is er afhankelijk van wie?

Het positieve van het artikel is dat het aandacht vraagt voor de vrouwen van 'expatriates' en dat het mogelijk sommigen aanzet tot wetenschappelijk onderzoek om tot een inventarisatie (diagnose) van de geestelijke en sociale gezondheidstoestand van 'expatriate communities' en van de desbetreffende risicofactoren te komen.

Dar es Salaam, juni 1988

I. H. A. Gerverdinck, arts, MPH,
lector Community Health
University of Dar es Salaam,
Tanzania

Naschrift

1. Met de voorgestelde titeluitbreiding 'in een selecte gemeenschap' kunnen wij ons niet verenigen. Wellicht is in het artikel ten onrechte de indruk gewekt dat deze verkenning alléén is geschreven naar aanleiding van een driejarige periode in een 'expatriate' gemeenschap van de eerste auteur. Beide auteurs echter hebben, korter dan wel langer, ervaring opgedaan in verscheidene expatriate gemeenschappen (onder andere in Dar es Salaam). Op grond van al deze ervaringen alsmede bestudering van de – zij het schaarse – literatuur zijn wij van mening dat een generalisatie van 'de' expatriate gemeenschap gerechtvaardigd is. Uiteraard heeft elke gemeenschap en elk land specifieke eigenschappen en zullen de beschreven problemen in meerdere dan wel mindere mate aanwezig kunnen zijn.

2. Nergens in het artikel wordt gesteld dat het gaat om een wetenschappelijke analyse, dus het verwijt dat het artikel niet wetenschappelijk is lijkt ons niet gerechtvaardigd. Wel wetenschappelijk is het artikel in de zin dat elk wetenschappelijk vraagstuk begint met een verkenning c.q. inventarisatie van de vraagstukken om vervolgens tot een oplossing hiervan te komen.

3. De term 'afhankelijkheidsproblematiek' komt in het artikel duidelijk tot uiting met name in de beschrijving van de spankracht die een relatie onder invloed van de psychosociale druk zal moeten kunnen opbrengen.

4. Blijkbaar is de bedoeling van het artikel, namelijk het signaleren van een probleem en hiermee een aanzet geven tot wetenschappelijk onderzoek op dit terrein, wel duidelijk bij briefschrijver overgekomen. Hierover zijn wij verheugd.

Rotterdam, juni 1988

M. E. Vierhout,
R. A. M. Erdman

Kosten-effectiviteitsanalyse

Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker

Dat een goed georganiseerd en uitgevoerd bevolkingsonderzoek door middel van een uitstrijkje effectief is in het verminderen van de sterfte aan baarmoederhalskanker, kan als vaststaand worden aangenomen^{1,2}. Een deel van de daling van meer dan 400 sterfgevallen in 1970 tot rond de 300 sterfgevallen in recente jaren mag dan ook worden toegeschreven aan de grote aantallen uitstrijkjes die in de afgelopen jaren zijn gemaakt. Bij continuering van de vroege opsporing mag een verdere daling van de sterfte worden verwacht.

Echter, vroege opsporing heeft ook een aantal ongunstige effecten. Met name is bij vroege opsporing geen onderscheid te maken tussen afwijkingen die zich wél of níet tot baarmoederhalskanker zullen ontwikkelen; dus zullen ook vrouwen worden behandeld die nooit last van baarmoederhalskanker zouden hebben gekregen.

Het kiezen van een strategie voor vroege opsporing waarbij een goede balans tussen de gunstige effecten en de ongunstige effecten en de kosten wordt verkregen, is niet eenvoudig. Het onderzoek waarover wij hier rapporteren is bedoeld om de discussie en besluitvorming over de gewenste opzet te ondersteunen. Dit artikel geeft een beknopte samenvatting van de resultaten van het onderzoek, waarvan onlangs het eindrapport is gepubliceerd³.

DOEL

Doel van het onderzoek was, voor de Nederlandse situatie schattingen te maken van de omvang van de gunstige en ongunstige gezondheidseffecten en van de kosten en eventuele besparingen die het gevolg zijn van centraal georganiseerd en uitgevoerd bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Bij de kosten gaat het om de maatschappelijke kosten, dat wil zeggen de lasten die door de gehele samenleving moeten worden opgebracht. Deze schattingen zijn gemaakt voor een groot aantal oproepschema's, om aldus te komen tot aanbevelingen voor goede oproepschema's; de oproepschema's verschillen in de leeftijds-grenzen waarbinnen vrouwen worden uitgenodigd en in de frequentie waarmee uitnodigingen plaatsvinden.

J. D. F. Habbema,
J. Th. N. Lubbe,
H. M. E. van Agt,
M. van Ballegooijen,
M. A. Koopmanschap en
G. J. van Oortmarssen

Het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker moet voortaan worden aangeboden aan vrouwen van ongeveer 30 jaar tot ongeveer 70 jaar. Het aantal preventieve uitstrijkjes buiten het oproepschema om moet zoveel mogelijk worden beperkt. Dit zijn bevindingen uit een studie, gericht op het vinden van een strategie voor vroege opsporing waarbij een goede balans tussen gunstige effecten en ongunstige effecten annex kosten wordt verkregen. De studie werd verricht aan het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Projectleider en eerste auteur Prof. Dr. J. D. F. Habbema en de overige auteurs zijn allen op dit instituut werkzaam.

Naast de opzet met een centraal georganiseerd bevolkingsonderzoek is ook geraamd wat de kosten en effecten zijn van 'ongeorganiseerde' preventieve uitstrijkjes, dat wil zeggen uitstrijkjes die niet volgens een vast oproepschema worden gemaakt. Dit is nagegaan voor ongeorganiseerde uitstrijkjes naast een centraal bevolkingsonderzoek, en ook voor ongeorganiseerde uitstrijkjes in afwezigheid van centraal bevolkingsonderzoek. Op grond van de analyses kan een aantal kanttekeningen worden geplaatst bij de nieuwe opzet van vroege opsporing, waarin de huisarts een uitvoerende rol zal spelen.

OPZET

Voor de berekeningen wordt ervan uitgegaan dat bevolkingsonderzoek in Nederland wordt uitgevoerd van 1988 tot 2015. Er is rekening gehouden met het effect

van de vroege opsporing die vóór 1988 heeft plaatsgevonden. De kosten en effecten zijn berekend voor de gehele levensloop van vrouwen die in 1988 in leven zijn of vóór 1995 worden geboren. De omvang van de gunstige en ongunstige gezondheidseffecten en van de kosten van vroege opsporing zijn voor de verschillende situaties met betrekking tot vroege opsporing berekend met behulp van het rekenmodel MISCAN; in dit rekenmodel worden demografie, epidemiologie, ziektebeloop en vroege opsporing in hun samenhang beschreven⁴.

Er bestaat veel onzekerheid over het ziekteproces, vooral over de duur van de door vroege opsporing te vinden ziektestadia, over het percentage van deze stadia dat weer spontaan zal verdwijnen en over de hoeveelheid gemiste ziektegevallen bij gebruik van het uitstrijkje. Door middel van een uitvoerige analyse van de resultaten van in het verleden uitgevoerd bevolkingsonderzoek, onder meer in de drie Nederlandse proefregio's^{5,6}, zijn schattingen verkregen voor de drie genoemde grootheden: een gemiddelde duur van door vroege opsporing te ontdekken voorstadia van ± 20 jaar, een percentage spontane regressie van $\pm 60\%$, en $\pm 30\%$ gemiste voorstadia bij het maken en beoordelen van een uitstrijkje.

De veronderstellingen over de opkomst zijn ontleend aan de gegevens van het bevolkingsonderzoek in de proefregio's⁶. Op basis hiervan is verondersteld dat gemiddeld 65% van de uitgenodigde vrouwen deelneemt, dat 10% van de vrouwen nooit zal deelnemen en dat anderzijds een deel van de vrouwen aan vrijwel alle uitnodigingen gehoor zal geven.

Voor het eigenlijke bevolkingsonderzoek is een gedetailleerde schatting gemaakt van de maatschappelijke kosten. Er is aangenomen dat nadere diagnostiek zal plaatsvinden indien de cytologische beoordeling luidt: 'Passend bij matige dysplasie' of ernstiger. Voor deze nadere diagnostiek en eventuele behandeling zijn schema's van het gemiddelde verloop opgesteld. Hetzelfde is gedaan voor de diagnostiek en behandeling die plaatsvindt voor naar aanleiding van klachten gevonden baarmoederhalskankers. Aan

de hand van de gemiddelde schema's zijn op basis van tarieven de kosten van diagnostiek en behandeling bepaald. Zowel bij kosten als effecten is, zoals gebruikelijk in een kosten-effectiviteitsanalyse⁷, een disconteringsvoet van 5% toegepast. Kosten en effecten die vroeg in de tijd optreden worden op deze wijze zwaarder gewogen dan kosten en effecten die zich later doen gelden.

Met het volledig gespecificeerde model zijn voor een groot aantal oproepschema's de diverse gevolgen van bevolkingsonderzoek doorgerekend. Verondersteld is, dat vanaf 1988 uitsluitend via het bevolkingsonderzoek vroege opsporing van baarmoederhalskanker wordt uitgevoerd. Dit uitgangspunt is onder meer gekozen om tot aanbevelingen over goede oproepschema's te kunnen komen. Indien steeds rekening moet worden gehouden met aanzienlijke aantallen preventieve uitstrijkjes die naast het bevolkingsonderzoek worden gemaakt, is niet te bepalen wat een goed oproepschema is.

Op grond van de resultaten is vervolgens bepaald wat goede oproepschema's zijn. 'Goed' – 'efficiënt' is de technische term – betekent dat er geen andere schema's zijn aan te wijzen waarvoor de effecten gunstiger uitvallen zonder dat ze meer kosten met zich meebrengen.

RESULTATEN

Na vergelijking van een groot aantal zeer verschillende oproepschema's blijkt dat uit oogpunt van kosten-effectiviteit bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker bij vrouwen in een brede leeftijds-'range' dient plaats te vinden: vanaf ± 30 jaar tot ± 70 jaar. Dit geldt voor elke omvang van het programma. De keuze van het interval tussen uitnodigingen hangt wel af van de omvang. Bij een bescheiden omvang, met vijf uitnodigingen per vrouw, is het beste interval tussen uitnodigingen acht tot tien jaar. Voor zeven uitnodigingen wordt het interval zes tot acht jaar. Bij meer uitnodigingen neemt het interval af, tot twee jaar bij 25 uitnodigingen. Tabel 1 geeft de karakteristieken van vijf oproepschema's die efficiënt blijken te zijn; deze vijf zullen bij verdere illustratie van kosten en effecten worden gebruikt.

De bevinding over de gewenste eindleeftijd van ± 70 jaar is opmerkelijk, omdat de gebruikelijke leeftijdsgrenzen in Nederland 35-53 jaar zijn. Bij zorgvuldige analyse van velerlei gegevens bleek het echter noodzakelijk te veronderstellen

Tabel 1. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker, karakterisering van vijf efficiënte oproepschema's.

verkorte notatie	aantal uitnodigingen	interval in jaren	beginleeftijd	eindleeftijd	aantal uitstrijkjes per jaar (gemiddeld)
5/8/39-71	5	8	39	71	285.000
7/6/37-73	7	6	37	73	390.000
10/5/27-72	10	5	27	72	610.000
16/3/27-72	16	3	27	72	975.000
25/2/26-74	25	2	26	74	1.510.000

Tabel 2. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker, uitgevoerd van 1988-2015; maatschappelijke kosten voor screening, diagnostiek en therapie voor vijf efficiënte oproepschema's; alle kosten betreffen de totale duur en zijn gegeven in miljoenen gulden als contante waarde voor 1988 (disconteringsvoet 5%).

	Oproepschema					Geen vroege opsporing
	5/8/39-71	7/6/37-73	10/5/27-72	16/3/27-72	25/2/26-74	
totale screeningskosten	255	325	461	691	1.023	0
diagnostiek	22	27	39	54	73	7
primaire therapie	164	165	182	192	208	163
terminale therapie	83	78	73	68	63	101
totale kosten	524	595	754	1.005	1.367	271
verschillen t.o.v. situatie zonder vroege opsporing	253	324	483	735	1.096	

Tabel 3. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker; gemiddelde en marginale verschillen per gewonnen levensjaar voor vijf efficiënte oproepschema's, in gulden, bij vergelijking met de situatie zonder vroege opsporing; bevolkingsonderzoek in de periode 1988-2015 (disconteringsvoet 5%).

	Oproepschema				
	5/8/39-71	7/6/37-73	10/5/27-72	16/3/27-72	25/2/26-74
KOSTEN-EFFECTIVITEIT					
gemiddelde kosten per gewonnen levensjaar (gulden)	23.900	24.300	28.000	36.500	47.400
marginale kosten per gewonnen levensjaar (gulden)	23.900	26.300	40.800	86.900	120.300

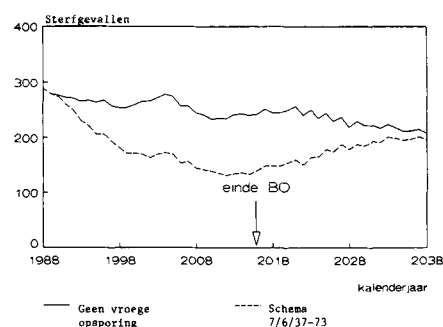
dat na het 53e levensjaar nog aanzienlijke aantallen voorstadia van baarmoederhalskanker ontstaan. Een andere factor die tot de hogere eindleeftijd aanleiding geeft is dat de sterftedaling in de afgelopen decennia vooral in de jongere leeftijdsgroepen heeft plaatsgevonden, zo-

dat op dit moment het overgrote deel van de baarmoederhalskankersterfte plaatsvindt ná het 55e levensjaar.

Het verschil in kosten tussen de situatie met bevolkingsonderzoek en de situatie zonder vroege opsporing varieert voor de efficiënte schema's van 253 miljoen gulden bij vijf uitnodigingen tot 1096 miljoen bij 25 uitnodigingen (tabel 2). Deze verschillen bestaan grotendeels uit de totale kosten voor screening, exclusief nadere diagnostiek en behandeling. De kosten van diagnostiek en behandeling veranderen per saldo veel minder sterk. Tegenover besparingen vanwege een daling van het aantal ingrijpende en terminale behandelingen, staan extra kosten vanwege het aanzienlijke aantal gevallen waarin, vanwege een verdacht uitstrijkje, nadere diagnostiek wordt gedaan.

Het bevolkingsonderzoek levert een aantal gunstige effecten op. Door ontdekking van voorstadia wordt sterfte aan baarmoederhalskanker voorkomen; daarmee worden levensjaren gewonnen. Daarnaast wordt ook de meer ingrijpende behandeling die na diagnose naar aanleiding van klachten zou volgen vermeden. In figuur 1 is aangegeven hoe de sterfte ten gevolge van baarmoederhalskanker naar verwachting zal verlopen zonder bevolkingsonderzoek, en bij bevolkingsonderzoek met het oproepschema met zeven uitnodigingen aan vrouwen tussen de 37 en 73. Zonder vroege opsporing stopt de dalende tendens van de sterfte (die gedeeltelijk voor rekening

Figuur 1. Verloop over de tijd van het aantal sterfgevallen ten gevolge van baarmoederhalskanker voor de situatie waarbij vanaf 1988 geen vroege opsporing meer plaatsvindt en de situatie waarbij vanaf 1988 bevolkingsonderzoek plaatsvindt volgens het oproepschema 7/6/37-73 (zeven oproepen met intervallen van zes jaar tussen de 37 en 73). Het bevolkingsonderzoek wordt uitgevoerd in de periode van 1988-2015. Het betreft de vrouwen die leven in 1988 of zijn geboren tussen 1988 en 1995.



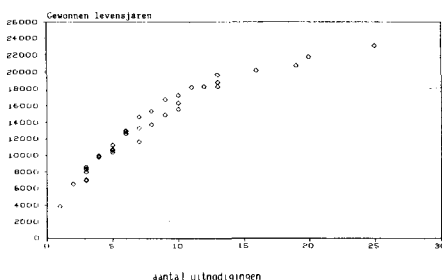
komt van vroege opsporing vóór 1988) al vrij snel. Door het bevolkingsonderzoek daalt de sterfte ten gevolge van baarmoederhalskanker, tot – rond 2005 – een niveau van ± 140 sterfgevallen per jaar wordt bereikt.

In *figuur 2* is te zien hoe het aantal gewonnen levensjaren ten gevolge van de sterftedaling toeneemt bij grotere omvang van het bevolkingsonderzoek. Met één uitnodiging per vrouw zijn 3.800 levensjaren te winnen over de gehele periode 1988-2015. Bij toevoeging van een tweede uitnodiging is de extra winst in levensjaren al wat minder (3.600 levensjaren). Bij verdere uitbreiding neemt de extra winst steeds verder af. Bij 25 uitnodigingen worden 23.000 levensjaren gewonnen, dat is ruim twee maal zoveel als bij vijf uitnodigingen en zesmaal zoveel als bij één uitnodiging.

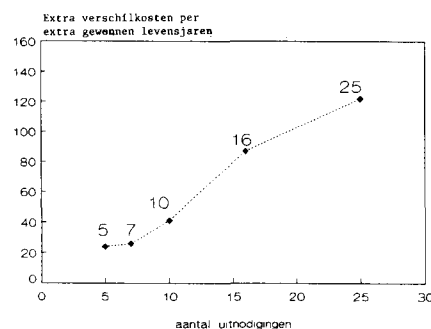
De oproepschema's zijn onderling vergeleken aan de hand van de gewonnen levensjaren en de verschillkosten. Bij 5% discontering bedragen de kosten per gewonnen levensjaar voor een oproepschema met vijf uitnodigingen 24 duizend gulden. Voor meer intensieve programma's loopt dit bedrag op tot bijna 50 duizend gulden per levensjaar bij 25 uitnodigingen; zie *tabel 3*. De extra kosten per extra gewonnen levensjaar, ofwel de marginale kosten-effectiviteit, nemen vooral ná tien uitnodigingen bij verdere uitbreiding sterk toe; zie *figuur 3*. De extra kosten per extra gewonnen levensjaar bij uitbreiding van zestien naar 25 uitnodigingen bedragen ruim 120 duizend gulden. Niet alleen de verhouding tussen verschillkosten en gewonnen levensjaren, maar ook de verhouding tussen gunstige en ongunstige gevolgen van het bevolkingsonderzoek verslechtert bij een toenemend aantal uitnodigingen. Bijvoorbeeld: het aantal vrouwen bij wie een afwijking (minstens CIN III) wordt gevonden terwijl zij nooit last van baarmoederhalskanker zouden hebben gekregen, neemt veel sneller toe dan het aantal gewonnen levensjaren (*figuur 4*).

De uitkomsten betreffende de kosten-effectiviteit van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker kunnen worden vergeleken met de resultaten van een studie naar de kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op borstkanker^{8,9}. Een vergelijking is goed mogelijk doordat de uitgangspunten en de gevolgde methodiek in beide projecten goed overeenstemmen. Voor bevolkingsonderzoek op borstkanker bedragen de kosten per gewonnen levensjaar ongeveer 10 duizend gulden bij tien uitnodigingen per

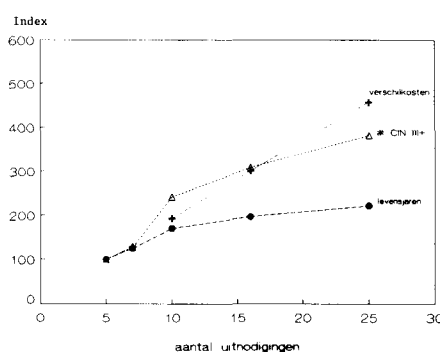
Figuur 2. Aantal gewonnen levensjaren bij centraal georganiseerd bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker in de periode 1988-2015, bij verschillende aantallen uitnodigingen (disconteringsvoet 5%).



Figuur 3. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker; marginale kosten-effectiviteit voor vijf efficiënte oproepschema's; vergelijking met de situatie zonder vroege opsporing; bevolkingsonderzoek in de periode 1988-2015, disconteringsvoet 5%.



Figuur 4. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Het verloop van het aantal vrouwen bij wie CIN III+ wordt gevonden zonder dat bij hen klinisch invasieve baarmoederhalskanker (stadium IB of hoger) wordt voorkomen en het aantal gewonnen levensjaren, bij toenemend aantal uitnodigingen per vrouw. Ter vergelijking wordt ook het verloop van de verschillkosten gegeven. Disconteringsvoet 0%. Voor alle uitkomsten wordt de omvang gegeven in verhouding tot de waarde bij vijf uitnodigingen (index voor vijf uitnodigingen = 100).



vrouw (tussen de 50 en 70 jaar). Pas bij uitbreiding tot vijftien uitnodigingen per vrouw worden de extra kosten per extra gewonnen levensjaar ongeveer even hoog als voor bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker bij vijf uitnodigingen. Uit een oogpunt van kosten-effectiviteit verdient bevolkingsonderzoek op borstkanker dus een hogere prioriteit. Vanzelfsprekend spelen in de besluitvorming naast de kosten-effectiviteit ook andere factoren een rol.

Voorlopig Nederlands schema

Het voorlopige Nederlandse oproepschema: zeven uitnodigingen met driejaarlijkse intervallen aan vrouwen tussen de 35 en 53, blijkt verre van efficiënt te zijn; redenen: de leeftijdsrange' is te smal en het interval tussen de uitnodigingen is te kort. Als aan vrouwen zeven onderzoeken worden aangeboden, kan dat beter met een interval van zes jaar, waarbij dan ook op oudere leeftijd wordt onderzocht. Het aantal gewonnen levensjaren neemt dan met 30% toe; bovendien gaan de kosten dan met 10% omlaag.

Vroege opsporing buiten het bevolkingsonderzoek

Voor de goede oproepschema's is nagegaan wat de kosten en effecten zijn van preventieve uitstrijkjes die naast het georganiseerde bevolkingsonderzoek, niet volgens het gestelde oproepschema, door huisarts en gynaecoloog worden verricht. De omvang en leeftijdsverdeling van deze extra uitstrijkjes is geschat op basis van de gegevens die voor de recente jaren zijn verzameld⁹. Dit blijkt een zeer inefficiënte wijze van vroege opsporing te zijn, wat komt doordat de uitstrijkjes niet goed over de leeftijden en over de vrouwelijke bevolking zijn verdeeld. Dit heeft relatief weinig extra voorkómen kankers en veel extra ongunstige effecten tot gevolg. De gunstige effecten zijn véél geringer ($\pm 33\%$ lager) dan bij intensivering van het volgens een vast oproepschema uitgevoerde bevolkingsonderzoek met dezelfde kosten. Ook de in de laatste jaren gangbare vorm van vroege opsporing waarbij alleen preventieve uitstrijkjes door huisarts en gynaecoloog worden gemaakt, dus zonder centrale organisatie en oproepsysteem, is zeer inefficiënt. Tegenover de relatief lage gunstige effecten staan onnodig veel ongunstige effecten en te hoge kosten. Ook hier is de reden dat de verdeling van

de uitstrijkjes over de bevolking verre van optimaal is.

Gevoeligheidsanalyses

In een aantal gevoeligheidsanalyses is nagegaan of, bij variatie van de veronderstellingen, de omvang van de (gunstige en ongunstige) effecten en kosten zal veranderen en vervolgens of hierdoor de keuze van efficiënte oproepschema's moet worden aangepast.

Een van de belangrijkste gevoeligheidsanalyses heeft betrekking op het opkomstpercentage. In de basisveronderstellingen is gebruik gemaakt van de opkomst zoals die in de Nederlandse proefregio's bij centraal georganiseerd en uitgevoerd bevolkingsonderzoek is waargenomen: 65% opkomst. De niet-opkomers vormen een groep vrouwen met een verhoogd risico, waardoor afbreuk aan de effectiviteit van het bevolkingsonderzoek wordt gedaan. Wij hebben berekend dat met 75% opkomst bij een oproepschema van zeven uitnodigingen een even gunstig effect wordt behaald als bij tien uitnodigingen met 65% opkomst. Het eerste schema, met de hogere opkomst, is echter zo'n 6 miljoen gulden op jaarbasis goedkoper. Dit bedrag zou dus jaarlijks mogen worden uitgegeven om de opkomst van 65% tot 75% te verhogen.

Bovendien wordt bij hogere opkomst de verdeling van de gunstige effecten over de bevolking evenwichtiger. Dit komt doordat bij een hogere opkomst het deelnamepercentage van de groepen met een lagere sociaal-economische status, die een verhoogd risico hebben, relatief sterk toeneemt.

Bij de berekeningen is met betrekking tot *diagnostiek en therapie* het uitgangspunt gehanteerd dat de trend van de afgelopen jaren naar minder grote ingrepen (onder meer als gevolg van ontwikkelingen op het gebied van de colposcopie en van de cryochirurgie en andere conserverende therapieën) landelijk zal doorzetten tot een niveau dat nu reeds in een deel van de ziekenhuizen is bereikt. Hierbij wordt aangenomen dat dit de effectiviteit van diagnostiek en behandeling niet zal verminderen. Bij een hoger aandeel van zware ingrepen bij diagnostiek en behandeling van voorstadia van baarmoederhalskanker zouden de kosten hoger worden en zouden de ongunstige effecten van bevolkingsonderzoek belangrijk toenemen. Hieruit blijkt dat maatregelen ter vermindering van overdiagnostiek en overbehandeling belangrijk zijn.

Ook het al bij zeer lichte afwijkingen overgaan tot nadere diagnostiek en eventueel behandeling brengt het risico op een belangrijke toename van de kosten en de ongunstige effecten van bevolkingsonderzoek met zich mee, zonder dat hier een belangrijke toename van de gunstige effecten tegenover staat.

Bevolkingsonderzoek door de huisarts

In de nieuwe opzet van de vroege opsporing van baarmoederhalskanker in Nederland zal de huisarts een centrale rol gaan spelen. De precieze opzet van dit bevolkingsonderzoek 'nieuwe stijl' ligt nog niet vast. Volgens onze voorlopige raming zullen de maatschappelijke kosten per uitstrijk zeker niet veel lager uitvallen. Belangrijk is dat er een goede kwaliteitsbewaking komt van alle aspecten van dit bevolkingsonderzoek^{11 12}. Met name het bereiken van zoveel mogelijk vrouwen door middel van een hoge opkomst, is zeer belangrijk.

In de komende jaren zal moeten blijken hoe de kwaliteit van het uitstrijkje en de opkomst zich verhouden tot de eerdere opzet, waarbij uitstrijkjes werden gemaakt op aparte locaties door speciaal opgeleid personeel.

CONCLUSIES

Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker moet aan vrouwen van ± 30 tot ± 70 jaar worden aangeboden. Oproepschema's met een veel beperkter leeftijdsbereik, of oproepschema's waarin op jonge leeftijden frequent vroege opsporing plaatsvindt, zijn niet aan te bevelen. Oproepschema's die niet aan de genoemde criteria voldoen hebben een veel slechtere verhouding tussen kosten, gunstige en ongunstige effecten dan de aanbevolen schema's. Het voorlopige Nederlandse schema, dat alleen op de leeftijdsgroep 35-53 jaar is gericht en waarin vrouwen om de drie jaar, dus in totaal zeven maal, worden uitgenodigd, is vanuit dit oogpunt niet aan te bevelen. De bereikte gunstige effecten op de volksgezondheid van preventieve uitstrijkjes buiten het bevolkingsonderzoek zijn gering in verhouding tot de kosten; bovendien resulteren ze in relatief veel ongunstige effecten.

Voor het welslagen van een bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker is het belangrijk dat zoveel mogelijk uitgenodigde vrouwen deelnemen. Een programma met relatief weinig uitnodigingen per vrouw, maar met een hoge op-

komst, is sterk te prefereren boven een even kostbaar programma met meer uitnodigingen, maar met een lagere opkomst.

Voor de nadere diagnostiek en behandeling naar aanleiding van uitstrijkjes met afwijkende cytologische beoordeling moeten zorgvuldig ontwikkelde en uitgeteste protocollen worden toegepast. Veelvuldige nadere diagnostiek en meer dan minimaal benodigde behandeling kunnen leiden tot een sterke toename van de ongewenste effecten van bevolkingsonderzoek. Dit geldt des te sterker bij een actiever beleid met betrekking tot diagnostiek en behandeling van licht dysplastische afwijkingen.

Het is ook voor het bevolkingsonderzoek in de nieuwe opzet, uitgevoerd met medewerking van de huisarts, zeer belangrijk zoveel mogelijk vrouwen te bereiken. Het is derhalve van belang zo min mogelijk belemmeringen op te werpen die vrouwen van deelname zouden kunnen weerhouden (zoals eigen bijdrage, geen herinneringsuitnodiging, zelf een afspraak regelen). Goede registratie, monitoring en evaluatie op lokaal, regionaal en landelijk niveau vormen belangrijke voorwaarden om tot een goede bewaking van de resultaten van bevolkingsonderzoek uitgevoerd met medewerking van de huisarts te komen. Mocht het bereik blijken tegen te vallen, dan moet deze nieuwe opzet, in het belang van een effectieve en efficiënte preventie van sterfte aan baarmoederhalskanker, serieus worden heroverwogen. Preventieve uitstrijkjes buiten het oproepschema zullen ook in de nieuwe opzet zo min mogelijk moeten plaatsvinden. Dit kan leiden tot een aanzienlijke kostenbesparing.

De hier gepresenteerde conclusies zijn tamelijk verstrekkend, omdat zij de huidige Nederlandse situatie met de voorliggende plannen voor de nieuwe opzet van het bevolkingsonderzoek ter discussie stellen.

Om tot de bevindingen van deze studie te komen, moest een groot aantal aannamen worden gemaakt. Een deel van deze aannamen zijn onzeker omdat ze op onvolledige kennis berusten of omdat ze betrekking hebben op toekomstige ontwikkelingen. Echter, bij uitgebreide gevoeligheidsanalyses is gebleken dat deze onzekerheid de belangrijkste conclusies over de wenselijkheid van brede leeftijdsgrenzen en van hoge opkomst, en over de inefficiëntie van vroege opsporing buiten het bevolkingsonderzoek, onverlet laat.

AANBEVELINGEN

Op grond van de gebleken betrouwbaarheid van de conclusies doen we de volgende aanbevelingen:

- Het voorlopige Nederlandse oproepschema dient te worden gewijzigd, in die zin dat ook oudere vrouwen worden uitgenodigd.
- Het maken van preventieve uitstrijkjes buiten het oproepschema moet zoveel mogelijk worden ontmoedigd.
- Er dient naar wegen te worden gezocht om de opkomst te stimuleren.
- Er dient een goede registratie, monitoring en evaluatie van de nieuwe opzet van vroege opsporing plaats te vinden. □

De hierboven besproken studie is mogelijk gemaakt door een subsidie van het Praeventiefonds.

Literatuur

1. Day NE. Effect of cervical cancer screening in Scandinavia. *Obstetrics and Gynecology* 1984; 63: 714-8.
2. Hakama M, Day NE, Miller AB (eds). Screening for cancer of the uterine cervix. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1986 (IARC Scientific Publications no. 76).
3. Habbema JDF, Lubbe JThN, Agt HME van, Ballegoijen M, Koopmanschap M, Oortmarssen GJ van. De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1988.
4. Habbema JDF, Oortmarssen GJ van, Maas PJ van der. A simulation approach to cost-effectiveness and cost-benefit calculations of screening for early detection of disease. *European Journal of Operational Research* 1987; 29: 159-67.
5. Graaf Y van der. Screening for cervical cancer. The Nijmegen Project. Proefschrift Nijmegen, 1987.
6. Evaluatiecommissie Bevolkingsonderzoek op Cervixcarcinoom (EVAC). Eindrapportage van de Evaluatiecommissie inzake de vroege opsporing van cervixcarcinoom. Leidschendam: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1988.
7. Russel LB. Evaluation preventive care. Washington, 1987.
8. Maas PJ van der et al. De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op borstkanker; kosten-effectiviteitsanalyse.

Interimrapport. Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1987.

9. Koning HJ de, Ineveld BM van, Oortmarssen GJ van, Maas PJ van der. Bevolkingsonderzoek op borstkanker; kosten-effectiviteitsanalyse. *Medisch Contact* 1988; 43: 683-7.
10. Nederlands Instituut voor Onderzoek van Eerstelijnszorg (NIVEL). Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland. Jaarlijkse uitgave 1977-1985. Utrecht, 1977-1985.
11. Lammes FB. De dreigende teloorgang van de screening op cervix-uteri-carcinoom in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 673-4.
12. Maas PJ van der. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker: huisarts of openbare gezondheidszorg? *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1984; 62: 37.

Het rapport 'De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker' is in twee versies verschenen: alleen de hoofdttekst, en de hoofdttekst plus zeer uitvoerige bijlagen met epidemiologische, economische en medische achtergrondinformatie. Beide rapporten zijn te bestellen bij J. T. N. Lubbe, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

Landelijke registratie van cervixcytologische diagnosen

In 1975 nam de Nederlandse overheid het initiatief tot de uitvoering van een screeningsprogramma voor baarmoederhalskanker in de plaatsen Nijmegen, Utrecht en Rotterdam en de daaromheen gelegen dorpen. Deze drie proefregio's omvatten samen ongeveer 25% van de Nederlandse bevolking, in stedelijke zowel als landelijke woongebieden. Vrouwen van 35 jaar tot 54 jaar werden uitgenodigd aan het bevolkingsonderzoek deel te nemen. Uitstrijken werden gemaakt met een interval van drie jaar. In 1985 waren drie screeningsronden van ieder drie jaar voltooid.

Tijdens de uitvoering van de proefonderzoeken werden de uitstrijken gemaakt door daartoe speciaal opgeleide, paramedische uitstrijksters. Deze medewerkers noteerden ook of de cervix in zicht gebracht kon worden en of deze een normaal of abnormaal aspect had. Voorts werden als klinische of anamnestic gegevens genoteerd: het aantal en de data van eerdere cytologische onderzoeken, informatie over de voorgaande menstruatiestatus, het aantal doorgemaakte zwangerschappen en de aard van eventueel toegepaste contraceptie. De uitstrijken werden verzameld en bewerkt in drie centraal gelegen laboratoria en beoordeeld door ervaren cytologische

G. P. Vooijs,
I. Casparie-van Velzen,
F. A. T. M. Peters en
J. L. M. Beck

Als alles volgens plan verloopt, doen eind 1988 alle pathologisch-anatomische laboratoria in ons land mee aan de landelijke registratie van cervixcytologische diagnosen volgens de in dit artikel beschreven procedure. Een bericht uit het Instituut voor Pathologische Anatomie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen (eerste, tweede en laatste auteur) en uit het pathologisch-anatomisch landelijk geautomatiseerd archief PALGA (tweede en derde auteur).

analisten. Bij de start van de drie proefonderzoeken kwamen deze laboratoria overeen een uniform protocol voor de verslaglegging van de cytologische bevindingen te gebruiken en ook op uniforme wijze vervolgonderzoeken in geval van gevonden afwijkingen te adviseren^{1,2}. De cytologische bevindingen werden geregistreerd met behulp van een gewijzigde classificatie volgens Papani-

colaou (tabel 1). Daaraan werd een beschrijvende diagnose toegevoegd, die op vier punten een beoordeling van de uitstrijk omvatte:

1. de celsamenstelling van de uitstrijk;
2. het voorkomen van ontstekingsveranderingen en, indien herkenbaar, de verwekker ervan;
3. de verwachte histopathologische verandering in het plaveiselepitheel of het squameus metaplastisch epitheel;
4. veranderingen in cilindrische epitheelcellen van de endocervix of een afwijking in het endometrium.

Gebaseerd op ervaringen uit deze drie proefregio's zullen in de toekomst afwijkingen in het endocervicaal cilindrisch epitheel en de afwijkingen in endometriumcellen afzonderlijk worden gecodeerd. De beschrijvende diagnose zal dan uit vijf elementen zijn opgebouwd. De keuzen die voor ieder van deze vijf assen van de diagnose mogelijk zijn, zijn samengevat in het zogeheten KOPAC-diagnoseschema (tabel 2). Voorts werden aanbevelingen geformuleerd voor het uitvoeren van herhalingsonderzoeken indien er afwijkingen zijn vastgesteld in het squameus metaplastisch epitheel zowel als in het cilindrisch epitheel, waarbij het interval tussen het eerste onderzoek

en het herhalingsonderzoek werd gerelateerd aan de ernst van de cytologisch veronderstelde afwijking (tabel 1). Ook werden aanbevelingen voor vervolgonderzoek geformuleerd ingeval de uitstrijk van een niet te beoordelen kwaliteit is, voor uitstrijken waarin endocervicale cilindrische epitheelcellen ontbraken en voor specifieke nader omschreven klinische situaties, zoals het voorkomen van overigens normaal uitziende endometriumcellen in de postmenopauze.

OPZET

Registratie van de cytologische diagnose

Op grond van de resultaten van de drie proefprojecten besloot de overheid in 1985 het screeningsonderzoek op baarmoederhalskanker landelijk uit te breiden³. In afwijking van de organisatie van de drie proefprojecten zouden in de toekomstige opzet de uitstrijken door de huisartsen moeten worden gemaakt en alle reeds bestaande pathologisch-anatomische laboratoria bij de bewerking en beoordeling van de uitstrijken dienen te worden betrokken.

De evaluatiecommissie voor het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker EVAC, die in de voorgaande periode de supervisie over de drie proefonderzoeken had uitgeoefend, werd verzocht aanbevelingen te doen voor de registratie en evaluatie van de resultaten van dit landelijke screeningsonderzoek. Waar mogelijk, dienden daarbij reeds bestaande registraties te worden betrokken. Bij de uiteindelijk voor deze landelijke registratie gekozen vorm konden twee reeds bestaande databanken worden gebruikt, te weten het Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief, in Nederland in opbouw sinds 1971^{4,8}, PALGA, en de Landelijke LKR en Regionale Kankerregistratie RKR, georganiseerd door de integrale kankercentra en het

Tabel 1. Classificatie volgens Papanicolaou – beschrijvende diagnose en herhalingsadvies.

klasse	cytologische diagnose	herhalingsadvies
	<i>het celbeeld past bij:</i>	
0	– onvoldoende kwaliteit voor een betrouwbare diagnose	herhalen op korte termijn
I	– geen afwijkingen	herhalen na drie jaar
II	– atypische plaveiselcellen – atypische squameuze metaplasie – reparatiereactie – licht afwijkend cilindrisch epitheel	herhalen na één jaar
IIIA	– geringe dysplasie	herhalen na drie maanden
IIIA	– matige dysplasie – matig afwijkend cilindrisch epitheel – atypische reparatiereactie	herhalen na drie maanden
IIIB	– ernstige dysplasie – sterk afwijkend cilindrisch epitheel	histologisch onderzoek
IV	– carcinoma in situ – adenocarcinoma in situ	histologisch onderzoek
V	– micro-invasief carcinoom – invasief carcinoom	histologisch onderzoek
EC–	– ontbreken van endocervicaal cilindrisch epitheel	
	* zonder afwijkingen in het aanwezige celmateriaal	herhalen na één jaar
	* met geringe tot matig ernstige epitheelafwijkingen in het aanwezige celmateriaal	herhalen op korte termijn

Landelijk Overlegorgaan Kankercentra LOK⁹, IKC.

Pathologisch-anatomische laboratoria, aangesloten bij de PALGA, hebben de beschikking over een complete configuratie voor de verwerking van verslagen van pathologisch-anatomisch onderzoek. De laboratoria zijn aangesloten op een centrale computer, waar de inmiddels geanonimiseerde cytologische en histologische diagnoses worden samengebracht. Aangezien de diagnoses alle worden ingevoerd met gebruikmaking van eenzelfde codeersysteem, worden de diagnoses uit verschillende laboratoria onderling uitwisselbaar. Op deze wijze kunnen de pathologisch-anatomische laboratoria informatie verkrijgen over eerdere onderzoeken die zijn uitgevoerd in het eigen laboratorium of in andere bij de PALGA aangesloten laboratoria. Eind 1988 zullen alle 69 pathologisch-anatomische laboratoria in Nederland op deze centrale PALGA-computer zijn aangesloten, waarmee een in de wereld uniek netwerk officieel zal zijn.

In overleg met de PALGA-organisatie bleek het mogelijk alle in het KOPAC diagnoseschema voorkomende termen te coderen en deze samen met de numerieke classificatie volgens Papanicolaou en de gecodeerde aanbevelingen voor vervolgonderzoek in de centrale computer op te slaan. Hieraan kunnen klinische zowel als anamnestic gegevens worden toegevoegd, bijvoorbeeld gegevens over de vorm van de toegepaste contraceptie.

Naast deze diagnose van een screeningsonderzoek zullen alle andere cytologische en histologische bevindingen bij één zelfde patiënte, zoals de bevindingen bij cytologisch vervolgonderzoek of histologische, biopsische of operatieve diagnoses in deze zelfde databank worden ingebracht en aan de eerdere diagnoses worden gekoppeld. Hierdoor zal een volledig overzicht ontstaan van alle diagnoses die, wáár dan ook in een van de aangesloten laboratoria, bij een bepaalde patiënt zijn gesteld.

Na ontvangst van het uitstrijkpreparaat

Tabel 2. Kopac-codering van cervix cytologische diagnoses.

kwaliteit	ontstekingsverschijnselen	plaveiselpitheel	andere afwijkingen endometrium	cilinderepitheel endocervix
onmogelijk	0	onmogelijk	0	onmogelijk
endocervix	1	geen afwijkingen	1	
metaplasie	2	abnormale plaveiselcellen	2	geen cilindrische cellen
endometrium	3	atypische squameuze metaplasie	3	enkele atypische cilinder-cellen
ec + sm	4	geringe dysplasie	4	geringe atypie
ec + em	5	matige dysplasie	5	matige atypie
sm + em	6	ernstige dysplasie	6	ernstige atypie
ec + sm + em	7	past bij carcinoma in situ	7	past bij adenocarcinoom in situ
uitsluitend plaveiselcellen	8		8	
slechte fixatie	9	past bij invasief carcinoom	9	past bij adenocarcinoom

wordt daar een laboratoriumnummer aangegeven en worden de persoonsgegevens van de cliënte ingevoerd in de computer, samen met de op dat moment aanwezige anamnestiche en klinische gegevens, zowel als de identificatiecode van de arts of van de paramedische kracht die de uitstrijk heeft gemaakt. Na een zoekprocedure in de centrale databank op het voorkomen van eerdere cytologische en histologische diagnosen worden deze, indien aanwezig, teruggemeld aan het inzeggende laboratorium en daar aan het onderzoekformulier (werkbrief) van de aangeboden uitstrijken gehecht (figuur 1).

De cytologische bevindingen worden vastgelegd in een cijferreeks, die omvat: de vijf samenstellende delen van de beschrijvende diagnose, gecodeerd volgens het KOPAC-stelsel; een numerieke, wat gewijzigde classificatie volgens Papanicolaou (PAP-cijfers, -letters); en een numerieke code voor geadviseerde vervolgonderzoeken (herhaling). Deze numerieke cytologische diagnose wordt dan ingevoerd in de computer en teruggemeld aan de centrale databank. In het eigen laboratorium vormen deze numerieke codes, die zichtbaar kunnen worden gemaakt op het scherm van de medewerkster die het verslag samenstelt, een thans in geschreven tekst omgezette diagnose. Op het scherm wordt dit weergegeven in het formaat van het uiteindelijke verslag (figuur 2).

Het heeft de voorkeur dat deze numerieke codes door de cytologische analisten zelf worden ingevoerd. Immers, zij zijn het die, wanneer zij de beschrijvende diagnose hebben gelezen die op het scherm verschijnt nadat zij de getallen hebben ingevoerd, het best in staat zijn na te gaan of in deze beschrijvende diagnose mogelijk discrepanties zijn opgetreden. Zij zijn dan in staat onmiddellijk de noodzakelijke wijzigingen in het verslag aan te brengen.

Daarnaast staat de procedure toe dat er extra (vrije) tekst aan het verslag wordt toegevoegd, zodat de ogenschijnlijke 'dwangbuis' van het cijfermatig gegeneerde verslag minder strak knelt; immers, men heeft de gelegenheid daaraan nog een aantal overwegingen toe te voegen.

Op aanvraag van het laboratorium of, automatisch gegenereerd vanuit de computer, op grond van een daaraan gegeven intervalherhalingscode, meldt de centrale computer aan het inzeggende laboratorium een overzicht van alle diagnosen die aan de gestelde vraag beantwoorden.

Figuur 1. 'Werkformulier' voor het cytologische onderzoek van een cervix-uitstrijk.

Nr.: 88-B-3000		DATUM ONTV.: 12-02-88	
		ZIS NR.: 9876543	
NAAM	: - demonstratie	GESLACHT	: V
VOORLETTERS	: Z		
ADRES	: Radboudweg 74		
WOONPLAATS	: Nijmegen	GEB. PLAATS	: Nijmegen
GEB. DATUM	: 01-02-52		
ARTS	: Strijk		
AARD MATER.	: -cervix		
KLIN. GEGEVENS: Uitstrijk bij periodiek screenings-onderzoek; gebruikt marvelon, eerder IUD gebruikt. Aspect van de cervix niet geheel normaal.			
Postcode	6500HB	Eerder uitgestreken	0
Gemeentecode	0268	Anticonceptie	1
Burg. staat	H	Pilcode	MARV
Datum uitstrijk	100288	Datum laatste men.	020288
Code inzender	6211	Lamen, opmerking	
Initiatief	2	Aspect cervix	2
Kindertal	1	Uitstrijkster	999
Kwaliteit	(4)	Analiste	H
Ontstekingen	(6)	Datum screening	150288
Plaveselepitheel	(5)	Cytopatholo(o)g(e)	999999
Andere afwijkingen	(1)		
Cylinderepitheel	(3)		
KOPA-extra 1	()		
KOPA-extra 2	()		
Herhaling	3		
Advies			
Pap-cijfer	3		
Pap-letter	A		

Dit stelt het laboratorium in staat een nauwkeurige 'follow-up'-bewaking uit te voeren. Hoewel alle diagnosen en daaraan toegevoegde gegevens in cijfercodes in de centrale databank zijn opgeslagen, worden ook alle terugmeldingen in natuurlijke taal gedaan.

Coördinatiecommissie samenwerkende pathologisch-anatomische laboratoria (commissie SAMPAL)

Pathologisch-anatomische laboratoria, georganiseerd in zestien regionale samenwerkingverbanden ten behoeve van de cervixcytologie (zie overzicht), hebben besloten allen deze codeprocedure voor de verslaglegging van cytologische bevindingen te gebruiken. Op deze wijze

Figuur 2. Verslag van een cervixcytologisch onderzoek.

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT NIJMEGEN	
Instituut voor Pathologische Anatomie	
Laboratorium voor cytopathologie tel. 514277-514389	
CYTologisch ONDERZOEK	
DATUM ONTV.: 12-02-88	
Nr.: 88B-03000	KALBOUD NR.: 1
NAAM	: Demonstratie
VOORLETTER	: Z
ADRES	: Radboudweg 74
WOONPLAATS	: Nijmegen
GEB. DATUM	: 01-02-52
ARTS	: Strijk
AARD MATER.	: cervix
DAT. UITSTR.	: 100288
DATUM LM	: 020288
KLIN. GEGEVENS: Uitstrijk bij periodiek screenings-onderzoek; gebruikt marvelon, eerder IUD gebruikt. Aspect van de cervix niet geheel normaal.	
BEVINDINGEN BIJ CYTologisch ONDERZOEK:	
K : EC+ Endocervicale cilindrische- en squameus metaplastische cellen worden aangetroffen.	
O : Geen tekens van ontteking.	
P : Het beeld past bij een matige dysplasie.	
A : -	
C : Enkele atypische endocervicale cilindrische cellen worden aangetroffen.	
KLASSE: 3a	
ADVIES: Herhalen van het onderzoek na 6 maanden	
ANALIST	: JH
PATH. ANAT.	: JGV
DATUM VERZ.	: 26-02-88

kunnen screeningsresultaten op regionaal en landelijk niveau aan elkaar worden gekoppeld en met elkaar worden vergeleken. Ook is het mogelijk de initiële cytologische diagnose te koppelen aan de bevindingen bij een vervolgonderzoek, waar ook uitgevoerd; immers, bij het verhuizen van een patiënte zullen toch via de centrale databank eventuele latere diagnosen aan het oorspronkelijke 'record' van deze patiënte worden toegevoegd.

Landelijke registratie

De mogelijkheid op regionaal en landelijk niveau screeningsresultaten en eventuele demografische gegevens aan elkaar te koppelen, stelt ons in staat epidemiologisch en statistisch onderzoek te doen. Na koppeling met de sterftegegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zal het mogelijk zijn een analyse van de effectiviteit van het bevolkingsonderzoek uit te voeren. Koppeling van de ingevoerde diagnosen aan de bevolkingsadministratie maakt het mogelijk de omvang van het bereikte deel van de doelpopulatie na te gaan.

Iedere medicus die uitstrijken aan één van de participerende laboratoria heeft gezonden, zal behalve de verslagen van het cytologische onderzoek, periodiek overzichten van het totale aantal uitstrijken dat door hem werd aangeboden, kunnen ontvangen; daarbij wordt informatie gegeven over de gemiddelde kwaliteit van de uitstrijken en de bevindingen bij de vervolgonderzoeken. Wanneer een verzoek tot een herhalingsonderzoek met de daartoe aangegeven tijd niet blijkt te zijn gehonoreerd, zal er uit de samenwerkingende pathologisch-anatomische laboratoria een herinnering worden verzonden aan de medicus die oorspronkelijk de uitstrijk heeft aangeboden.

Regionalisatie van het cytologische onderzoek

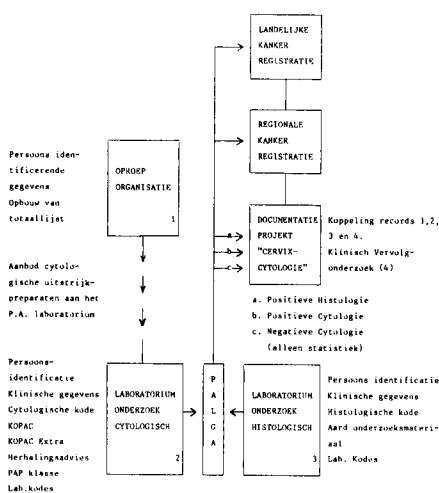
Hoewel alle pathologisch-anatomische laboratoria in het land in deze landelijke registratie zullen participeren en daardoor alle cytologische en histologische diagnosen, onafhankelijk van de plaats waar het laboratorium is gevestigd, via de computer in een zelfde, aan de persoon gebonden bestand zullen worden samengebracht, wordt de inzeggende huisartsen toch dringend aanbevolen hun cytologische uitstrijkpreparaten zowel als de uitstrijkpreparaten op grond van geadviseerd vervolgonderzoek, aan te bieden aan het laboratorium van het ziekenhuis waar zij normaliter hun pa-

tiënten heen verwijzen. Tijdens de uitvoering van het proefonderzoek in de regio Nijmegen bleek deze binding aan een bepaald laboratorium de communicatie met de huisartsen in de regio sterk te bevorderen en bleek ook het aantal dubbel uitgevoerde onderzoeken sterk te zijn gereduceerd. Wanneer het cytologische onderzoek werd uitgevoerd in een laboratorium dat niet was verbonden aan het ziekenhuis waar eventuele latere gynaecologische onderzoeken werden uitgevoerd bleek het cytologische onderzoek, zonder dat daar een reden voor was, toch te worden herhaald¹; dit leidt tot een onnodige en daardoor ook onaantoonbare kostenverhoging.

Landelijke registratie van het cytologische onderzoek

In Nederland is sinds 1985 een landelijke kankerregistratie in opbouw⁹. De registratie van kwaadaardige processen loopt parallel aan de lokale en centrale PALGA-registratie van pathologisch-anatomi-

Figuur 3. Registratie van het cervixcytologisch onderzoek in Nederland.



sche diagnoses. De landelijke kankerregistratie zal worden opgebouwd uit regionale kankerregistraties die in acht in-

tegrale kankercentra worden gevoerd; deze acht centra bestrijken gezamenlijk het gehele land. In de landelijke kankerregistratie wordt een zogeheten minimum-dataset gehanteerd, dat voldoende gegevens bevat om epidemiologische analyses op nationaal niveau mogelijk te maken. In de regionale kankerregistratie worden méér data ingevoerd, waarmee het mogelijk is documentatieprojecten uit te voeren (figuur 3). Dankzij deze projecten is het mogelijk de medici die in de registratie participeren een groter aantal op systematische wijze verwerkte gegevens over hun patiënten ter beschikking te stellen.

De Landelijke Registratie Cervix Cytologie (LRCC) is nauw verbonden met de regionale registraties en wordt op regionaal niveau dan ook als zo'n documentatieproject georganiseerd. In dit documentatieproject worden, behalve statistische gegevens van alle niet afwijkende cytologische diagnoses, de cytologische diagnoses betreffende afwijkingen van de cervix, zowel gesteld bij het screeningsonderzoek als bij herhalingsonderzoeken, de histologische diagnose en eventuele aanvullende klinische gegevens, ondergebracht. Deze aanvullende klinische gegevens kunnen nog niet in het pathologisch-anatomisch laboratorium in de PALGA-registratie worden ingevoerd, aangezien zij nog geen deel uitmaken van het cyto-histologisch diagnosesbestand; dergelijke data betreffen onder meer de klinische stadiëring bij invasieve processen, toegepaste therapieën en de bevindingen bij klinisch vervolgonderzoek.

NUT

In de komende jaren zullen in Nederland jaarlijks ongeveer 540.000 vrouwen in de leeftijdscategorie van 35-54 jaar worden uitgenodigd deel te nemen aan het screeningsonderzoek op baarmoederskanker. Indien ongeveer 70% van deze vrouwen daadwerkelijk haar huisarts benadert om een uitstrijk te laten maken, betekent dit \pm 375.000 screeningscytologische diagnoses per jaar. De Landelijke Registratie Cervix Cytologie (LRCC) in de huidige opzet, zal ons niet alleen in staat stellen deze screeningscytologische diagnoses op uniforme wijze te registreren, maar maakt het ook mogelijk een unieke, hoogwaardige nationale databank van cytologische diagnoses op te zetten. Deze zal van enorm belang blijken te zijn bij de evaluatie van de effectiviteit en mogelijk bij de kosten-

Overzicht

Regionale samenwerkingsverbanden van pathologisch-anatomische laboratoria georganiseerd in de commissie SAMPAL

regio A

Laboratoria te Leeuwarden, Groningen, Winschoten, Assen, Hoozevee.
Coördinator: Dr. H. F. Eggink, Afd. voor Pathologische Anatomie, Lab. voor Volksgezondheid Jelsumerstraat 6, 8917 EN Leeuwarden.

regio B

Laboratoria te Enschede, Zwolle, Deventer, Apeldoorn.
Coördinator: Dr. A. A. de La Fuente, St. Streeklaboratorium Twente en Gelderse Achterhoek, Burg. E. Bergsmalaan 1, 7512 AD Enschede.

regio C

Laboratoria te Haarlem, Alkmaar.
Coördinator: Drs. J. L. Th. Oeberius-Kapteyn, GG & GD, Postbus 1622, 2003 BR Haarlem.

regio D

Laboratoria te Amsterdam.
Coördinator: Dr. P. van Heerde, Path. Anatomisch Laboratorium, A. v. Leeuwenhoekhuis, Plasmanlaan 21, 1066 CX Amsterdam.

regio E

Laboratoria te Amsterdam, Bussum.
Coördinator: Drs. E. K. J. Risse, Pathologisch Instituut, Vrije Universiteit, De Boelelaan 1117, 1007 MB Amsterdam.

regio F

Laboratoria te Amsterdam, Zaandam.
Coördinator: Dr. M. J. Becker-Bloemkolk, afd. Path. Anatomie, St. Ziekenhuis De Heel, Kon. Julianaplein 58, 1502 DV Zaandam.

regio G

Laboratoria te Utrecht, Nieuwegein, Amersfoort.
Coördinator: Dr. L. H. M. van Gorp, Lab. voor Path. Anatomie en Cytologie, St. Antonius Ziekenhuis, Postbus 2500, 3430 EM Nieuwegein.

regio H

Laboratoria te Arnhem, Nijmegen.
Coördinator: Prof. Dr. G. P. Vooijs, Instituut voor Pathologische Anatomie, Kath. Universiteit, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

regio I

Laboratoria te Leiden, Leiderdorp.
Coördinator: Dr. G. J. Fleuren, Path. Anat. Laboratorium, Academisch Ziekenhuis Leiden, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden.

regio J

Laboratoria te Den Haag.
Coördinator: Dr. A. P. R. Blok, Path. Anat. Laboratorium, Westeinde Ziekenhuis, Lijnbaan 32, 2512 VA 's-Gravenhage.

regio K

Laboratoria te Delft
Coördinator: Dr. J. Lindeman, Path. Anat. Laboratorium, St. Samenwerking Delftse Ziekenhuizen, Postbus 5010, 2600 GA Delft.

regio L

Laboratoria te Rotterdam, Gouda, Dordrecht.
Coördinator: Dr. D. I. Blonk, Cytologisch Laboratorium, Dr. Daniel den Hoed Kliniek, Postbus 5201, 3009 AE Rotterdam.

regio M

Laboratoria te Middelburg, Sluis.
Coördinator: Drs. A. P. Runsink, Afd. Pathologische Anatomie, St. Streeklaboratorium Zeeland, Molenwater 47, 4331 SC Middelburg.

regio N

Laboratoria te Bergen op Zoom, Breda, Eindhoven, Helmond, 's Hertogenbosch, Tilburg.
Coördinator: Drs. A. Elias, St. Path. Anatomisch en Cytologisch Laboratorium, Boerhaaveplein 1, 4624 VO Bergen op Zoom.

regio O

Laboratoria te Sittard, Roermond, Venlo, Maastricht, Kerkrade, Heerlen.
Coördinator: Drs. A. Ariëns, Path. Anat. Laboratorium, De Goddelijke Voorzienigheid, Walramstraat 23, 6131 BK Sittard.

batenanalyse van een landelijk screeningsprogramma.

De combinatie van cytologische, histologische en klinische bevindingen zal de kennis over het natuurlijke gedrag van het cervixcarcinoom, in het bijzonder over het progressieve of regressieve karakter van voorstadia daarvan, vergroten. Het zal verder de mogelijkheid bieden protocollen voor kwaliteitscontrole vast te stellen en te evalueren. Tenslotte zal het mogelijk zijn het effect van bevolkingsonderzoek, uitgevoerd met een verschillend interval, te analyseren. Aangezien ook alle gegevens van cytologische en histologische onderzoeken, uitgevoerd bij vrouwen die niet voor het

bevolkingsonderzoek werden uitgenodigd, in de landelijke databank zullen worden ingebracht, kunnen ook de veranderingen in de incidentie van cervixcarcinoom en de voorstadia daarvan in deze niet aan het screeningsonderzoek deelnemende bevolkingsgroepen nauwkeurig worden gevolgd en kan op grond daarvan het beleid op relatief korte termijn worden aangepast. □

Literatuur

1. Van der Graaf, Y, Vooijs GP. Screeningsonderzoek op baarmoederhalskanker, Nijmegen: Instituut voor Pathologische Anatomie, 1985.

2. Graaf Y van der. Screening for cervical cancer. Dissertatie Nijmegen, 1987.

3. Vijfde voortgangsrapportage over de kankerbestrijding. Tweede kamer vergaderjaar 1985-1986, 15426, nr 38: 24-9.

4. Houthoff HJ, Esch EP van der. Opzet en uitvoering van het PALGA-systeem. Kwaliteit en doelmatigheid van medische databases. Palga-symposium juni 1986. Palga Informatiebulletin 1986; 4: 3-5.

5. Hoedemaeker PhJ. Samenvatting voordracht voor het Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA). Ned Tijdschr Geneesk 1972; 116: 1972.

6. Lansink AGWJ, Casparie-van Velsen, IJAMG, Schillings PHM. Documentatie en statistiek van pathomorfologische gegevens. Ned Tijdschr Geneesk 1971; 115: 691-2.

7. Lansink AGWJ. PALGA Automated Archives of Pathological Anatomy in the Netherlands. North Holland Publishing Company, Medinfo 74, 1974: 329-34.

8. Seiverling T, Hoedemaeker PhJ. Administratieve identificatie van patiënten in grote bevolkingsgroepen. Ned Tijdschr Geneesk 1975; 119: 1272-7.

9. Kankerregistratie in Nederland. Het Bestek. Leiden: Landelijk Overlegorgaan Kankercentra. Oktober 1984.

Huisarts en screening op cervixcarcinoom

De vraag om een uitstrijkje in de drie jaren na het staken van het bevolkingsonderzoek

In de afgelopen jaren is uitvoerig gediscussieerd over de vraag of er een bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom moet plaatsvinden en op welke wijze dat dan zou moeten gebeuren. In de jaren '70 en begin jaren '80 is in ons land onderzoek gedaan naar screening op cervixcarcinoom via een oproepsysteem; de uitkomsten hiervan zijn elders uitvoerig gepubliceerd¹.

De afgelopen jaren is het aantal uitstrijkjes sterk gedaald. Hoe groot deze daling is geweest en of ze in alle leeftijdsklassen even sterk is opgetreden, werd nog nooit in een huisartspraktijk onderzocht. In dit artikel wil ik verslag uitbrengen van een retrospectief onderzoek waarbij ik heb gekeken naar het aantal cervix-uitstrijkjes dat de laatste drie jaar ten behoeve van patiënten uit mijn praktijk is gemaakt. Onderzocht is of ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden op dit punt verschillen; tevens is de invloed van het orale anticonceptiegebruik op het maken van uitstrijkjes in beide groepen bestudeerd.

PRAKTIJKSITUATIE

Het onderzoek is verricht in onze duopraktijk, gevestigd in een dorp op de Noord-West Veluwe, een licht verstedelijkt plattelandsgedebied. Het patiëntenbestand omvat een zeer vaste populatie: de meesten staan bijna hun gehele leven in

H. Verberk

Het actief oproepen van vrouwen eens per drie jaar blijft nodig om een goede opkomst voor de screening op cervixcarcinoom te bereiken. Dit concludeert huisarts H. Verberk uit Wezep op basis van een onderzoekje in de eigen praktijk.

de praktijk ingeschreven. De praktijk bestaat uit ongeveer 4.500 patiënten: 55,6% ziekenfondsverzekerden en 44,4% particulier verzekerden; beide groepen zijn volledig identiek, ook qua leeftijdsopbouw.

Het gemiddeld aantal consulten per jaar is laag. Het totaal aantal verwijzingen bedraagt 292 per 1.000 verzekerden; het regio-gemiddelde is 341 per 1.000 verzekerden (gegevens ziekenfonds Zwolle over 1985). Het aantal gynaecologische verwijzingen per 1.000 verzekerden in 1985 – regio-gemiddelde: 31 – bedroeg in onze praktijk 23.

In de jaren 1979-1984 werd het onderzoek op cervixcarcinoom verricht via een bevolkingsonderzoek. In het kader van dit bevolkingsonderzoek werden alle vrouwen tussen de 35 en 55 jaar opgeroepen. De opkomst lag in onze regio onge-

veer op het landelijk gemiddelde: in de eerste ronde (1979-1981) 73%, in de tweede ronde iets lager, namelijk 70%. Na 1984 is het bevolkingsonderzoek gestaakt. Alle vrouwen die voor of in 1949 zijn geboren hebben nog aan het bevolkingsonderzoek kunnen deelnemen. Vrouwen die later zijn geboren hebben nog nooit aan een bevolkingsonderzoek deelgenomen. In deze groep is het percentage dat nog nooit een uitstrijkje heeft laten maken veel groter: zie tabel 1.

In de jaren 1985-1987 stelde ik me redelijk passief op: ik vertelde mijn vrouwelijke patiënten dat het wenselijk zou zijn een uitstrijk na drie jaar te herhalen; het initiatief tot het laten maken van een uitstrijkje moest van de patiënt zelf komen. Het aantal op medische indicatie gemaakte uitstrijkjes was gering.

In december 1987 heb ik gekeken hoeveel uitstrijkjes er in de afgelopen drie jaren bij patiënten uit mijn praktijk door mijzelf of door een gynaecoloog waren gemaakt. Nagegaan werden alle gegevens met betrekking tot de screening van vrouwen in de leeftijdsklasse 31-55 jaar. Er is gekozen voor een jongere groep dan die welke voor het bevolkingsonderzoek was opgeroepen (vanaf 31 jaar, in plaats vanaf 35 jaar), omdat er steeds meer aanwijzingen zijn dat ernstige dysplasie reeds op jonge leeftijd voorkomt¹. In totaal werden de gegevens van 673 vrou-

wen bestudeerd. Van deze 673 vrouwen werden er 41 (6,1%) van het onderzoek uitgesloten, aangezien zij in het verleden een uterusextirpatie hadden ondergaan. Van de ziekenfondsverzekerden is 4,3% geopereerd, van de particulieren 8,3%: een duidelijk en niet direct verklaarbaar verschil; de leeftijdsverdeling tussen beide groepen is gelijk.

Invloed leeftijd

In tabel 1 zijn de gegevens met betrekking tot de diverse leeftijdsklassen weergegeven. Duidelijk is te zien dat degenen die nog nooit een uitstrijkje hebben laten maken vooral moeten worden gezocht onder de jongere vrouwen (jonger dan 40 jaar), maar ook dat juist bij vrouwen uit deze groep de laatste drie jaar relatief de meeste uitstrijkjes zijn gemaakt.

Invloed verzekeringsvorm

In tabel 2 is een verdeling tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden gemaakt. Het blijkt dat vrouwen die particulier zijn verzekerd méér uitstrijkjes laten maken dan vrouwen die in het ziekenfonds zitten. Dit is opmerkelijk, aangezien niet alle particulier verzekerden voor de huisarts zijn verzekerd; vaak is het onderzoek dus voor eigen rekening. Voor ziekenfondsverzekerden waren er aan het onderzoek geen kosten verbonden. Kortom: hoewel voor de ziekenfondsverzekerden ook voor het maken van een uitstrijkje een financiële drempel ontbrak, scoorden ze toch wat dit betreft lager.

Invloed 'pil'

Om te zien hoe groot de invloed van de pilcontroles is, werd gekeken naar de vrouwen tussen 31 en 40 jaar: daarna neemt, zoals ook landelijk is aangetoond, het gebruik van orale anticonceptie sterk af; zie tabel 3.

In tabel 4 wordt een onderscheid gemaakt tussen orale-anticonceptiegebruiksters en niet-orale-anticonceptiegebruiksters, alsook tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Van de pilgebruiksters heeft in onze praktijk de laatste drie jaar 44% (N=102) een cervix-uitstrijkje laten maken, van de vrouwen die de 'pil' niet gebruiken 23% (N=221). Het gebruik van de 'pil' is dus zeker van invloed op het aantal uitstrijkjes dat de huisarts maakt; vooral de particulier verzekerde pilgebruiksters scoren hoog. Door het 'verdwijnen' van de pilcontrole zal dit effect zich allengs minder voordoen. Van alle uitstrijkjes in de orale-anticonceptiegroep wordt 70%

Tabel 1. Verdeling van de cervix-uitstrijkjes (PS = portioscreening) over de verschillende leeftijdsklassen (N = 673).

	1932 t/m 1936	1937 t/m 1941	1942 t/m 1946	1947 t/m 1951	1952 t/m 1956
uterus-extirpatie	14,8%	9,2%	6,4%	3,9%	1,1%
nooit PS	9,3%	7,8%	7,6%	28,9%	48,0%
laatste drie jaar geen PS	73,2%	76,4%	73,3%	43,6%	22,2%
laatste drie jaar wel PS ..	17,4%	15,7%	19,0%	27,5%	29,9%

Tabel 2. Verdeling tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden.

	ZF	part.	totaal	abs.
nooit PS	25%	23%	24%	153
laatste drie jaar niet PS	53%	50%	52%	331
laatste drie jaar wel PS	22%	27%	24%	148

PS = portioscreening (cervixuitstrijkje)

Tabel 3. Percentages pilgebruikende vrouwen per leeftijdscategorie.

	10-19 jaar	20-29 jaar	30-39 jaar	40-54 jaar
1976	9,2%	52,2%	40,2%	13,4%
1977	8,8%	53,6%	39,0%	12,9%
1978	11,2%	49,5%	34,3%	11,6%
1979	11,9%	46,1%	28,4%	10,2%
1980	10,7%	45,0%	22,3%	7,7%
1981	11,7%	44,3%	21,9%	6,8%
1982	12,8%	46,5%	21,6%	6,4%
1983	12,9%	47,4%	21,2%	5,8%
1984	13,4%	48,9%	21,0%	6,6%
1985	14,1%	49,8%	24,0%	6,5%
1986	16,3%	51,3%	25,4%	7,1%

Bron: Instituut voor Medische Statistiek, Den Haag.

Tabel 4. Verdeling tussen verzekeringsvorm en eventueel 'pil'gebruik.

ziekenfonds	particulier	totaal
OAC	OAC	OAC
geen PS 20	geen PS 10	geen PS 30
PS > 3 jaar .. 14	PS > 3 jaar 13	PS > 3 jaar ... 27
PS < 3 jaar .. 18	PS < 3 jaar 27	PS < 3 jaar ... 45
totaal 52	totaal 50	totaal 102
geen OAC	geen OAC	geen OAC
geen PS 55	geen PS 41	geen PS 96
PS > 3 jaar .. 37	PS > 3 jaar 33	PS > 3 jaar ... 70
PS < 3 jaar .. 26	PS < 3 jaar 29	PS < 3 jaar ... 55
totaal 118	totaal 103	totaal 221

PS = portioscreening (cervix-uitstrijkje)
OAC = orale anticonceptie ('de pil')

tijdens de pilcontrole gemaakt, een percentage dat onder particulier verzekerden nog hoger ligt.

CONCLUSIE

De daling van het aantal uitstrijkjes bij vrouwen boven de 40 jaar is groter dan – door mij – verwacht. Deze groep had immers al enige jaren ervaring met het laten maken van een uitstrijkje, en wel via het bevolkingsonderzoek. De verwachting dat de redelijk goede opkomst voor het laten maken van een uitstrijkje ook na het opheffen van het oproepsysteem zal blijven bestaan, is gebleken niet juist te zijn. Het percentage jongere vrouwen dat de afgelopen drie jaar – dat wil zeggen nádat het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom was gestaakt – een uitstrijkje heeft laten maken was aanzienlijk groter, terwijl deze vrouwen nauwelijks of geen ervaring met het bevolkingsonderzoek hadden.

Ondanks alle oproepen, consulten en waarschijnlijk ook gynaecologische problemen, heeft 8%-9% van de vrouwen boven de 40 in onze praktijk nog nooit een uitstrijkje laten maken. Het betreft hier waarschijnlijk een groep zeer hardnekkige en moeilijk te bereiken weigeraars.

De verschillen in aantallen gemaakte uitstrijkjes tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden zijn soms groot. Met name in de combinatie met een pilcontrole ligt het aantal uitstrijkjes bij particulier verzekerde vrouwen hoger. Hoewel de ziekenfondsverzekerden geen eigen bijdrage kenden, lag het percentage uitstrijkjes bij haar lager dan bij de particulier verzekerde vrouwen, voor wie soms wel een eigen bijdrage gold.

Aan de spontane opkomst heeft het bevolkingsonderzoek weinig of niets veranderd. Het actief oproepen van vrouwen eenmaal per drie jaar blijft nodig om een goede opkomst te verzekeren. Ergo: deelt men in meerderheid de mening dat screenen op cervixcarcinoom een goede zaak is, dan is het wenselijk zeer snel met een nieuw oproepsysteem te starten: screeningsonderzoek vereist een hoge opkomst en gebleken is dat zo'n hoge opkomst zonder een oproepsysteem niet haalbaar is. □

Literatuur

1. Graaf Y van der, Vooijs GP. Screeningsonderzoek op baarmoederhalskanker. Nijmegen: Instituut voor Pathologische Anatomie, 1985.
2. Weel C van. Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 382-5.
3. Weel C van. Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 242-3.
4. Meijman F. Cervixcytologie via een actieve benadering. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 336-8.

De negatieve definities van euthanasie: levensberoving?

De zogenoemde negatieve definitiebepaling: het wettelijk vastleggen van gedragingen die niet als euthanasie worden aangemerkt, is onderwerp van veel discussie geweest. In 1982 heeft de Gezondheidsraad aangegeven welke handelingen wél en welke níet tot euthanasie moeten worden gerekend. De Staatscommissie stelde in 1985 voor enige van die handelingen in het Wetboek van Strafrecht op te nemen. In het wetsvoorstel van 28 augustus 1987 en in het, na ingewonnen advies van de Raad van State, enigszins gewijzigde voorstel van 11 december 1987 (kamerstuk nr. 20383) heeft de negatieve delictsomschrijving een plaats gevonden in de Wet Uitoefening der geneeskunst (WUG) (art 6a, sub a, b en c).

Van medische en juridische zijde, onder meer van de vergadering van procureurs-generaal, is tegen wettelijke verankering bezwaar gemaakt. Naar aanleiding van het voorstel van 28 augustus 1987 hebben de hoogleraren Enschedé, De Gaay Fortman en Mulder in twee NRC Handelsblad-artikelen hun gedachten over bedoelde handelingen ontvouwd^{1, 2}. Door hen worden deze handelingen als 'doen sterven' aangemerkt; ze zouden 'letterlijk vallen . . . onder de wettelijke definitie van moord'.

In dit artikel wil ik de stelling van de genoemde auteurs: 'Er zijn drie gevallen waarin . . . de arts de patiënt rechtmatig doet sterven' in samenhang met het, ermee vergelijkbare, voorgestelde art. 6a WUG van enig commentaar voorzien. Deze gevallen betreffen het afbreken of niet instellen van een levensreddende behandeling doordat die door een patiënt wordt geweigerd of medisch zinloos is, en het bestrijden van pijn met middelen waarvan de arts weet dat zij het leven van de patiënt bekorten. Schiet het Wetboek van Strafrecht te kort wanneer het deze handelingen van een arts bestempelt tot 'levensberoving'? Zijn wellicht de betreffende wetsartikelen – indien de handelingen zijn verricht overeenkomstig de medische beroepsstandaarden – niet toepasselijk³? Of moet daarentegen worden gezegd dat zij het karakter van levensberoving/beneming missen en ze niet aan de delictsomschrijving beantwoorden?

Indien tussen euthanasie en enkele van de genoemde gedragingen in wezen geen

T. Fahner

In 1982 heeft de Gezondheidsraad aangegeven welke handelingen wél en welke níet tot euthanasie moeten worden gerekend. In 1987 hebben de hoogleraren Enschedé, De Gaay Fortman en Mulder hun gedachten over bedoelde handelingen ontvouwd. T. Fahner, arts te Nunspeet, gaat in op hun stelling: 'Er zijn drie gevallen waarin . . . de arts de patiënt rechtmatig doet sterven'. Over doen en laten steven.

verschil bestaat voor wat het doen sterven door een arts betreft – hetgeen Enschedé en anderen betogen – is inderdaad moeilijk vol te houden dat in het eerste geval níet, en in de andere gevallen wél een verklaring van natuurlijk overlijden mag worden afgegeven en dat het oordeel omtrent de rechtmatigheid verschillend kan uitvallen.

Bij deze bespreking zal worden uitgegaan van de omschrijving van euthanasie zoals die wordt gehanteerd door de Staatscommissie Euthanasie: 'Het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene op diens verzoek'. Volgens Enschedé c.s. is van 'medische euthanasie' sprake wanneer de arts zijn patiënt op diens uitdrukkelijk en ernstig verzoek doet of laat sterven.

DOEN EN LATEN STERVEN

Zowel de term 'doen en laten sterven' als 'doen sterven' wordt door Enschedé c.s. voor euthanasie en voor de andere genoemde gedragingen gebezigd; met betrekking tot deze gedragingen lijkt er voor hen tussen dit doen en laten geen verschil te bestaan. Dat is echter wel degelijk het geval. Sterven is het proces dat gaat in de richting van en in het algemeen leidt tot de dood; het is 'doodgaan' (Van Dale), 'pass from life' (Webster). Omtrent de oorzaak, de duur van dat proces en in verband daarmee het tijdstip van doodsintrading zegt de term niets.

Het begrip 'natuurlijke doodsoorzaak' in

de zin van de Wet op de Lijkbezorging is niet met volkomen scherp te omschrijven^{4, 5}. Toch is wel te achterhalen wat eronder moet worden verstaan: het natuurlijk gevolg van een bepaalde lichamelijke toestand, bijvoorbeeld veroudering of voortschrijdende ziekte. Medische maatregelen welke waren gericht op, maar niet hebben geleid tot, verbetering van die lichamelijke toestand vallen hieronder; evenals een niet-intentionele verslechtering van de lichaamstoestand op basis van ongezond gedrag (zich dood drinken, dood werken enz.). Iedere doodsoorzaak die hier niet onder valt, is als 'niet-natuurlijk' aan te merken. Aan deze doodsoorzaak kan een 'gezonde' somatische toestand ten grondslag liggen (ongeval, uiterlijk geweld, zelfmoord) of een ziekelijke toestand, bijvoorbeeld een dodende injectie bij een ernstige zieke of – en dat geldt met name voor lieden met een 'Garantenstelling' – het nalaten van handelen waar naar medisch inzicht ingrijpen plicht is. Elk overlijden door opzet of schuld van derden wordt als niet-natuurlijk bestempeld.

Laten sterven is het proces van sterven laten geworden, zoals het staken van een behandeling die naar verwachting geen verbetering meer kan brengen. Het tijdstip van doodsintrading is hierbij niet te voorspellen. Bij *doen sterven* treedt de dood in als gevolg van ingrijpen van een ander in dat proces, dan wel, indien er een zorgplicht is, als gevolg van nalaten van handelen. Degene die 'doet' bepaalt het tijdstip van intreden van de dood.

MEDISCHE ZORGPLICHT

Bij het beoordelen of er sprake is van levensberoving/beneming in de zin van de artt. 287 en 289 Wetboek van Strafrecht moet worden bekeken of er een verplichting tot handelen – in casu tot het voorkómen van het intreden van de dood – bestaat. Zolang deze zorgplicht aanwezig is, zolang is het niet nakomen ervan levensberoving, aldus Prof. Langemeijer⁶. Of dit niet-nakomen tot stand komt door doen of door (na)laten, maakt voor wat de strafbaarheid betreft geen verschil. Enschedé c.s. merken dan ook op: ' . . . wanneer de arts zijn medische plicht vervuld heeft, is de echte oorzaak van de dood de ziekte, het gebrek van de

patiënt, en niet dat medisch doen of laten'. In de zin die volgt op dit citaat, wordt geruisloos overgegaan op de 'medische euthanasie' (ook een medisch plicht?): deze zou voor de overlijdensverklaring als oorzaak evenmin ter zake zijn. Het ervoor aangevoerde argument is: pijnbestrijding met levensverkortend gevolg en het weigeren van een levensreddende behandeling vormen, net als euthanasie, een niet-natuurlijke doodsoorzaak. En toch zou in de eerstgenoemde gevallen wél, en bij euthanasie géén verklaring van natuurlijke dood mogen worden afgegeven? 'Het recht duldt zo'n tegenstrijdigheid niet' aldus de auteurs. In het navolgende zal worden aangegeven in welke van de genoemde gevallen een medische plicht wordt vervuld dan wel geschonden.

WEIGEREN

Het uitdrukkelijk en ernstig verzoek van een patiënt een behandeling, die levensreddend kan zijn, niet in te stellen of voort te zetten kan de arts voor een groot dilemma plaatsen: ook na een suïcidepoging zal de medicus pogen de patiënt van de dood te redden. Heeft de patiënt voldoende besef van zijn of haar levensgevaarlijke situatie, is hij of zij – indien verkerend in een deplorabele lichamelijke toestand – tot een weloverwogen oordeel in staat? Is er mogelijk sprake van een wilsgebrek, bijvoorbeeld dwaling? Met het oog op deze problemen lijkt het op voorhand uitsluiten van rechterlijke controle, zoals voorgesteld in art. 6a, sub a WUG, onwenselijk.

Toch is het zo dat, wanneer een patiënt compos mentis is en, zij het om objectief niet deugdelijke redenen, voortzetting van een behandeling weigert, de arts zich daarbij zal moeten neerleggen. Immers, de 'Garantenstelling' die de arts tot handelen verplicht, heeft de overeenkomst tussen arts en patiënt als basis. Opzegging ervan door de laatste ontslaat de arts van zijn zorgplicht, deze rust voor wat betreft die behandeling niet meer op hem. Van levensberoving kan derhalve niet worden gesproken: opname van de bedoelde gedraging van een arts in de WUG is om deze reden overbodig. Enschedé stelt terecht dat, indien de dood intreedt, deze in dit geval het gevolg is van het besluit van de patiënt en niet van de arts. Het is dan ook onbegrijpelijk dat deze gedraging als 'doen sterven' wordt beschouwd, hooguit is het 'laten sterven'. Op het al even aangeduide punt van zaakwaarneming, een in dit kader specia-

le problematiek, wordt hier niet nader ingegaan.

Het gaat, in het licht van ons onderwerp, niet aan een door de vergadering van procureurs-generaal afzonderlijk vermelde handeling door een arts met de bovenbesproken handeling over één kam te scheren. 'Zij (de PG's) vragen, of dat afbreken (van een behandeling op verzoek van de patiënt) wel goed kan worden onderscheiden van . . . actieve euthanasie' aldus Enschedé c.s. Het bezwaar van de vergadering tegen het onttrekken van bepaalde medische handelingen aan strafrechtelijke toetsing betrof namelijk niet in de eerste plaats de bovengenoemde handeling, maar 'in het bijzonder onderdeel c' (Kamerstuk 19359, nr. 8), overeenkomend met het voorgestelde art. 6a, sub c WUG (lijdensverlichtende maatregelen welke als bijkomend gevolg een verhaasting van het overlijden hebben). Dat inderdaad dit onderdeel het meest 'geschikt' is om als dekmantel voor het plegen van euthanasie te dienen, zal in het vervolg aan de orde komen.

MEDISCH ZINLOOS

Een medisch zinloze behandeling is een behandeling waarbij de kans op herstel, verbetering of verlichting van de toestand/ziekte van de patiënt door het instellen of voortzetten van die behandeling te verwaarlozen is of afwezig wordt geacht. Dit medisch inzicht wordt overigens niet altijd door de patiënt gedeeld: de vraag van die kant om (voortzetting van) zo'n behandeling dient in het algemeen te worden gehonoreerd, al zal een arts tot medewerking van een apert zinloze behandeling niet kunnen worden gedwongen.

Wanneer de patiënt stervende is, moet het niet instellen of voortzetten van de behandeling worden gezien als het wegnemen van de beletselen voor de voortgang van het reeds aanwezige, als onomkeerbaar beschouwde, proces van sterven, dus als laten sterven. Het voortzetten van een behandeling, die naar verwachting geen herstel en dergelijke meer zal brengen, zal uiteindelijk het leven niet redden: de kwaal is oppermachtig, de arts in deze situatie onmachtig. Het sterven in zulke omstandigheden kan dan ook bezwaarlijk als doen sterven, als 'het gevolg van een menselijke keuze' worden gezien⁷. Door een dergelijke wijze van spreken wordt aan door artsen genomen beslissingen onterecht een preponderante betekenis toegekend: het is niet

de arts die de dood veroorzaakt. Er zijn nogal wat patiënten die deze 'menselijke keuze' zelfs overleven. 'Ik kom . . . nog mensen tegen die ik zelf al had opgegeven. Dat maakt je bescheiden', aldus Prof. Sluiter⁸.

Gelet op het voorgaande is het afzien van een naar medisch inzicht zinloze behandeling onmogelijk als levensbeneming aan te merken. Langemeijer: 'Het valt eenvoudig niet . . . onder de bepalingen op de misdrijven tegen het leven'. Slechts zolang naar medisch inzicht de kans op herstel door een bepaalde behandeling *meer* is dan te verwaarlozen, bestaat een verplichting tot die behandeling.

Bij het nadenken over de zin van een behandeling is enerzijds de mogelijkheid tot herstel een aandachtspunt, anderzijds moet de arts zich hoeden voor het met kunstmatige middelen rekken van het stervensproces en het veroorzaken van onnodig lijden. Wat dit betreft kan evenzeer van zorgplichtschending sprake zijn: het toepassen van de zoveelste – vaak zeer belastende – cytostaticakuur, terwijl verbetering als gevolg hiervan niet meer wordt verwacht. De grenzen van deze zorgplichten – die zich dus niet alleen tot het moment van beginnen, maar evenzeer tot dat van het beëindigen van een behandeling uitstrekken – zijn vooral door de toegenomen medische technologie niet altijd gemakkelijk aan te geven. Wanneer moet worden afgezien van een behandeling die medisch zinloos is, vervalt daarmee geenszins de taak van begeleiding van de lijdende. Dit vormt een moeilijk, maar zeker niet het minst belangrijke deel van de terminale zorg⁹.

PIJNBESTRIJDING

Over pijnbestrijding allereerst enige opmerkingen van algemene aard. Met de huidige mogelijkheden van pijnbehandeling is pijn in veruit de meeste gevallen tot een draaglijk niveau terug te brengen. Het op juiste wijze uitvoeren van integrale pijn-/lijdensbehandeling is in het algemeen niet levensverkortend, maar heeft daarentegen – ook bij maligne aandoeningen – nogal eens levensverlenging als gevolg¹⁰. Het ervaren van pijn alsook de draaglijkheid ervan worden niet alleen door somatische, maar evenzeer door psychische en sociale factoren bepaald: vandaar dat optimale pijnbehandeling zowel maatregelen op farmacologisch, chirurgisch en ander gebied behoeft als op het psychosociale vlak.

Wat de praktische uitvoering betreft

moet worden gezegd dat pijn, vooral bij kankerpatiënten maar ook bij andere zieken, lang niet altijd optimaal wordt bestreden¹¹. Niet in alle gevallen echter is inadequate behandeling het gevolg van geneeskundig te kort schieten: ondanks het toepassen van moderne behandelingsmethoden zijn er vormen van pijn – te noemen is de pijn die het gevolg is van ingroei van een tumor in een zenuwplexus – welke somatisch niet doeltreffend zijn te bestrijden.

Bij pijnbestrijding of lijdensverlichting anderszins is van veel belang welke kans bestaat op het neveneffect van verhaasting van het intreden van de dood. In het algemeen zal de behandelaar met de grootte van die kans bekend (kunnen) zijn, hij zal die kunnen schatten. Overigens draagt nagenoeg elke medische handeling een – niet altijd exact te kwantificeren – risico voor neveneffecten. Wanneer patiënten vanwege pijn zeer ernstig lijden kan de neiging ontstaan de maximaal toegestane dosering te overschrijden. Toch moet hier het medisch wetenschappelijk oordeel maatgevend zijn. Levensverkorting is wel als één van de meest ongewenste 'bijwerkingen' te beschouwen: geneeskundige behandelingen zijn naar haar aard erop gericht het leven te behouden en, voor zover medici daaraan kunnen bijdragen, de moeiten ervan zo draaglijk mogelijk te maken. Waar het met het oog op ons onderwerp om gaat is dat het risico van verhaasting van de doodsintrading als gevolg van de geplande ingreep of medicatie – welke is gericht op herstel, op genezing – verhoudingsgewijs toch wel aanmerkelijk geringer dient te worden geschat dan de kans dat de dood op het verwachte tijdstip intreedt zonder die behandeling. Hierbij speelt het succespercentage van de behandeling eveneens een grote rol. Ook voor wat betreft palliatieve behandelingen bij patiënten met als onomkeerbaar

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag. De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

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

beschouwde aandoeningen voor wie het levenseinde nadert*, moet levensverkorting zo veel mogelijk worden voorkomen: slechts een geringe kans erop is toelaatbaar.

Indien 'levensverkorting' niet nader wordt geduid en er tevens een zekere verwachting omtrent het optreden van dit neveneffect bestaat, valt iedere verkorting van het resterende leven eronder: dus ook wanneer deze '99%' bedraagt! In essentie is het oogmerk van pijnbestrijding bij in principe te cureren en bij terminale ziekten niet verschillend: de kijk op levensverkorting als gevolg van die bestrijding derhalve navenant. Van een geheel andere orde is het neveneffect van verslaving bij het toedienen van opiaten aan patiënten in de terminale fase van hun ziekte: dit kan op de koop toe worden genomen.

De voormelde gegevens – pijn is niet in alle gevallen met medicatie weg te nemen; ook andere dan somatische factoren spelen bij het ervaren van pijn een rol – stellen het overschrijden van de als therapeutisch erkende en maximaal toegestane dosering van een middel dat beoogt de pijn te verlichten in een zeer bedenkelijk daglicht.

In dit verband dient aandacht te worden geschonken aan de uitspraak van Enschedé c.s. 'Soms moet de arts de pijn bestrijden met middelen waarvan hij weet dat zij het leven van de patiënt bekorten'. In deze zinsnede wordt niet gesproken over een onaanvaardbaar grote (voorwaardelijk opzet), laat staan over een nog kleinere kans, maar is er sprake van een zekere verwachting (desbewustheid, dus opzet in strafrechtelijke zin) dat

door de toegepaste maatregel de dood eerder intreedt. De strekking van het voorgestelde art. 6a, sub c WUG komt met deze zienswijze overeen.

Een dergelijke verwachting kan uiteraard niet een dosis-onafhankelijke bijwerking (welke slechts in een deel van de gevallen optreedt), maar alleen een dosis-afhankelijke bijwerking als basis hebben. Me dunkt dat het aanwenden van een zodanig hoog gedoseerd middel met na kortere of langere tijd een lethaal gevolg nu juist niet tot de zorgplicht van de arts moet worden gerekend; van 'rechtmatig' doen sterven kan in dit geval dan ook niet worden gesproken. Een zo behandelde patiënt sterft een niet-natuurlijke dood.

Enschedé c.s. merken zeer juist op dat tussen een dergelijke vorm van pijnbestrijding en euthanasie 'in wezen geen verschil' bestaat. Het tot hoofdwerving maken van het neveneffect levensverkorting is bij deze opvatting niet denkbeeldig**. Deze mogelijkheid is de aandacht van de vergadering van procureurs-generaal (Kamerstuk 19359, nr. 8) niet ontgaan. Ter toelichting moge het volgende citaat dienen: vanwege de onzekerheid van een succesvol beroep op overmacht in de zin van noodtoestand, ook indien aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan 'zullen de artsen en hun patiënten... ongetwijfeld blijven doen wat zij voorheen reeds deden; een actieve euthanasie als het even kan de verschijningsvorm gegeven van enige andere – niet strafbare – vorm van stervensbegeleiding'¹².

In het artikel van Feber komt deze bedenkelijke gang van zaken ter sprake:

* Vooral bij terminale zorg is de vraag: 'Hoe houdt men de verhouding draagkracht-draaglast zodanig dat de patiënt het lijden tot het uiterste einde toe aankan?' van de grootste betekenis. Veel meer dan degenen voor wie nog wel hoop op herstel bestaat, hebben patiënten die verkeren in de terminale fase van hun ziekte te kampen met eenzaamheid en angst. Aangezien de (on)draaglijkheid van pijn/lijden in belangrijke mate wordt bepaald door deze en andere psycho-sociale factoren, spelen bij het vergroten van de draagkracht een liefdevolle begeleiding en verzorging niet alleen van de arts maar ook van de verpleegkundigen, familie, geestelijke verzorgers, een cruciale rol.

** Door Enschedé wordt dit met name genoemd: 'Bij de pijnstillende behandeling kan, naarmate de patiënt verder zinkt, de levensverkortende nevenwerking opschuiven tot het doel als de voor hem geëigende weg naar de onafwendbare dood' (Enschedé, Ch. J. Euthanasie en overlijdensverklaring. *Nederlands Juristenblad* 1985, afl. 25, pag. 797-802).

slechts een fractie van het aantal gevallen van euthanasie wordt als zodanig gemeld. Al met al reden om het bij voorbaat uitsluiten van strafrechtelijke toetsing van het boven beschreven pijn-/lijdensverlichtend handelen met kracht van de hand te wijzen.

BESLUIT

Samenvattend kan worden gesteld dat – afgezien van een lijdensverlichtende behandeling met desbewust aanvaard levensverkortend gevolg – de door Enschedé c.s. genoemde medische handelingen het karakter van ‘misdrijf tegen het leven gericht’ missen: er kan slechts van ‘laten sterven’ (in de zin zoals eerder omschreven), van normaal medisch handelen worden gesproken. In tegenstelling tot euthanasie staan deze handelingen een verklaring van natuurlijk overlijden niet in de weg.

De euthanatische handeling daarentegen heeft wél dit karakter: het is ‘doen sterven’. (Het beantwoorden van de vraag of hierbij sprake kan zijn van een strafuitsluitingsgrond valt buiten het bestek van dit artikel.) Het verschil van deze met de bovengenoemde handelingen – de vermelde levensverkortende pijn-/lijdensverlichting uitgezonderd – is dan ook niet miniem of gradueel maar essentieel: ‘Eigenlijk is er (wat betreft het weigeren van een behandeling door de patiënt t.o.v. euthanasie) alleen maar verschil in de naam . . .’ □

Literatuur

1. Enschedé ChJ, De Gaay Fortman WF en Mulder A. Euthanasie wettigt hoop op pacificatie. NRC Handelsblad, 7 sept 1987, pag. 8.
2. Enschedé ChJ, De Gaay Fortman WF en Mulder A. Euthanasie: geen natuurlijke dood. NRC Handelsblad, 24 sept 1987, pag. 9.

3. Enschedé ChJ. Euthanasie rechtswetenschappelijk beschouwd. In: De Graaf J. ea. Euthanasie, recht, ethiek en medische praktijk. Kluwer, 1985, pag. 85-106.
4. Feber HRG. Hoge Raad spreekt laatste woord. Euthanasie en verklaring van overlijden. Medisch Contact 1988; 43: 41-3.
5. Gerechtshof te 's-Gravenhage. Arrest van 2 april 1987. Euthanasie en verklaring van overlijden. Medisch Contact 1987; 42: 669-70.
6. Langemeijer GE. Reanimatie. Medisch Contact 1960; 25: 188-91.
7. Versluis C. Doen en laten sterven aan het begin van het leven. Medisch Contact 1987; 42: 1083-5.
8. Sluiter HJ. Geciteerd uit: Jansma F. Voorbij de laatste grens. NRC Handelsblad, 21 febr 1987, zaterdag bijvoegsel pag. 1.
9. Stevens JAJ. Euthanasie bij terminale ziekte. Medisch Contact 1986; 41: 1661-4.
10. Vries MJ de. Crisis en transformatie. Medisch Contact 1986; 41: 751-6.
11. Schulkes-van de Pol JA. Pijnbehandeling, een advies van de Gezondheidsraad. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 1068-70.
12. Blad JR. Strafrecht is niet geschikt voor het euthanasieprobleem. NRC Handelsblad, 22 sept 1987, pag 9.

Sterven: vrijheid, waardigheid, solidariteit

In deze uiteenzetting komen ter sprake:
– de vrijheid van de mens om te beschikken over zijn eigen leven;
– de menselijke waardigheid, die aan de vrijheid vooraf gaat en er bovenuit stijgt; en
– de problemen die de begrippen ‘vrijheid’ en ‘menselijke waardigheid’ ontmoeten in de praktische geneeskunde rond het sterven, en hoe wij met solidariteit en broederschap deze problemen kunnen benaderen.

VRIJHEID

Het begrip ‘vrijheid’ heeft meer dan één betekenis. Vrijheid kan staan tegenover *afhankelijkheid*: afhankelijk van de natuur, van ziekte, van medische behandeling; afhankelijk van de medemens, van menselijke wetten; en voor gelovigen: afhankelijk van Gods wetten. Een Joodse geleerde wachtte in een cel op zijn executie. Een SS-officier zag hem glimlachend op de grond zitten en vroeg hem: ‘Waarom kan jij nu nog glimlachen?’ De Joodse geleerde zei toen: ‘Ik ben vrij, en jij, jij bent niet vrij’. Deze vrijheid als onafhankelijkheid heeft ook te maken met bevrijding: ‘Sed libera nos a malo’. We kennen vrijheid ook als *zelfbeschikking*: autonomie. In het stervens-

J. A. J. Stevens

Over geneeskunst en vrijheid ging recent het zesde congres van de Europese Federatie van Katholieke Artsenverenigingen. De Arnhemse huisarts J. A. J. Stevens sprak bij die gelegenheid over ‘Sterven: vrijheid, waardigheid, solidariteit’. De inhoud van zijn voordracht wordt hierbij ter kennis van de Nederlandse lezer gebracht.

proces zijn er verschillende fasen, waarin het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt ter sprake kan komen. Het meest in de belangstelling staat het recht om zelf geheel en al te beschikken over het tijdstip en de wijze van doodgaan. In het tijdvak waarin wij leven viert de absolute tering van het individuele hoogtij en men zou verwachten dat het zelfbeschikkingsrecht absoluut en onbetwistbaar is:

- vanwege het respect voor de menselijke persoon;
- vanwege het respect voor de verantwoordelijkheid van deze persoon voor zijn eigen leven en voor zijn eigen levensruimte;

- vanwege het respect voor de persoonlijke beoordeling welk lichamelijk of psychisch lijden draaglijk of ondraaglijk wordt geacht; en
- vanwege het respect voor ieders subjectiviteit in zaken die principieel niet objectiveerbaar zijn.

Hieruit zou men kunnen concluderen, dat het zelfbeschikkingsrecht op zichzelf legitimerend is voor de ethische aanvaarding van doden op verzoek. Toch kleven er wel enige problemen aan een absoluut zelfbeschikkingsrecht. Simone de Beauvoir beschrijft in ‘Les Mandarins’ dat de ik-persoon uit het boek zelfmoord overweegt; met het flesje dodelijk gif in de hand bedenkt zij: ‘dat zij haar eigen dood in haar hand heeft’. Maar dan hoort zij de stem van haar zojuist thuisgekomen dochter en ze denkt: ‘Ja, ik heb mijn eigen dood wel in mijn hand, maar ‘ce sont les autres qui la vivront’.

De Nederlandse jurist W. van der Grinten schrijft: ‘Indien men aanneemt dat de mens recht op zelfbeschikking over zijn leven heeft, is de strafbaarheid van euthanasie nonsens. Immers waarom zou een arts dan niet behulpzaam mogen zijn bij de verwezenlijking van het *recht* op zelfbeschikking?’ Impliciet wordt in de

hele discussie over euthanasie ervan uitgegaan, dat de mens in beginsel *dit* zelfbeschikkingsrecht *niet* heeft.

Het recht op leven vindt trouwens onvoldoende garanties in het zelfbeschikkingsrecht. Van het begin af aan is in de huidige euthanasiediscussie dit zelfbeschikkingsrecht gerelativeerd.

Het zelfbeschikkingsrecht heeft *beperkingen* en is niet absoluut:

- De menselijke waardigheid gaat aan het zelfbeschikkingsrecht vooraf en stijgt er ook bovenuit;

- Het zelfbeschikkingsrecht functioneert in een samenleving van mensen, er is een beperking van het eigen zelfbeschikkingsrecht ten opzichte van dat van anderen en de schade, die daardoor voor anderen kan ontstaan;

- Het zelfbeschikkingsrecht van gelovigen heeft te maken met de beschikking van God over het leven;

- Het centraal stellen van het zelfbeschikkingsrecht geeft problemen bij hen, die dit recht niet (meer) kunnen uiten, zoals irreversibel comateuze patiënten, ernstige defecte kinderen en dementen. Het zelfbeschikkingsrecht bij euthanasie kan overkomen als een onbeperkte vrijheidsdrang, die elders in het leven minder grond van bestaan vindt en nergens zo onbeperkt wordt gebruikt als in de discussie rond euthanasie. Het zelfbeschikkingsrecht is evenwel niet de basis van alle mensenrechten en grondrechten. Deze basis wordt gevormd door de menselijke waardigheid.

WAARDIGHEID

Menselijke waardigheid is de waardigheid van de menselijke persoon, het menselijk wezen, door het feit dat een mens leeft. 'La valeur de l'existence profonde'. Bij menswaardigheid gaat het over de waardigheid van de wijze, waarop een mens leeft; de waardigheid van de kwaliteit van het leven. De waardigheid van de menselijke persoon wordt genoemd in artikel 1 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens: 'Alle menselijke wezens worden vrij geboren en zijn gelijk in waardigheid en rechten'. De vrijheid in de wereld wordt niet geïdentificeerd met, maar gefundeerd in 'de erkenning van de inherente waardigheid en van de gelijke en onvervreembare rechten van alle leden van de menselijke familie'. De menselijke waardigheid is dus niet identiek met de vrijheid maar is het fundament ervan en is met het mens-zijn, het persoon-zijn ipso facto gegeven. De menselijke waardigheid gaat als funda-

ment vooraf aan alle rechten, zowel aan het recht op vrijheid, als ook aan het recht op leven. De menselijke waardigheid gaat dus niet in op deze rechten op vrijheid en op leven. Met de menselijke waardigheid is ook de gelijkheid van alle mensen gegeven, onafhankelijk van de toestand waarin zij verkeren en de ongelijke manier waarop zij de facto worden behandeld.

Zoals gezegd: de menselijke waardigheid en de menswaardigheid (parameter van de kwaliteit van het leven) mogen niet worden vereenzelvigd. De diepste waardigheid van de mens bestaat in het eigene en onherhaalbare van de persoon, van iedere persoon, van ieder 'ik'. Toestemen in het doden van dit 'ik' impliceert, dat men de kwaliteit van een leven gelijkstelt met de zin van dit leven en is dus eigenlijk een aanmatiging, dat dit leven zinloos is.

De benadering van de menselijke waardigheid is niet exclusief christelijk. Zo beschrijft Baruch vanuit de joods-ethische visie: 'De waardigheid van het menselijk leven is onmeetbaar en onschatbaar. Een relativerende benadering van de menselijke waardigheid leidt tot discriminatie.'

De waardigheid van de menselijke persoon gaat vooraf aan wat wij persoonlijkheidskenmerken noemen. Deze waardigheid en ook de waarde van de menselijke persoon blijft aanwezig wanneer bepaalde persoonlijkheidskenmerken (zoals communicatie) verloren gaan.

Er is echter geen onvoorwaardelijke plicht tot leven in alle omstandigheden. De menselijke waardigheid vraagt niet om een strijd tegen de dood met alle middelen, tot het bittere eind. Op een gegeven moment de eindigheid van het leven aanvaarden is iets anders dan oordelen over de zin van het nog aanwezige leven.

Zoals gezegd: het zelfbeschikkingsrecht is niet absoluut. Maar als aan de eigen menselijke waardigheid, aan het zelfbeschikkingsrecht van anderen en bij gelovigen aan Gods beschikking over het leven geen geweld wordt aangedaan, hoort er wél een grote ruimte te zijn voor het individuele zelfbeschikkingsrecht. De patiënt moet in staat worden gesteld dit zelfbeschikkingsrecht uit te oefenen al tijdens zijn ziekte: hij moet goed voorgelicht zijn; hij moet zoveel mogelijk bij de besluitvorming betrokken zijn; hij moet een ernstig mutilerende operatie kunnen weigeren; hij moet een behandeling kunnen weigeren als deze tot een mensonwaardige toestand kan gaan leiden. Een

patiënt onmondig op sleeptouw houden en hardnekkig behandelingen rekken ('l'acharnement thérapeutique'), tot de dokter het niet meer weet en de patiënt zo'n wrak is dat hij om euthanasie gaat vragen en dan zeggen dat het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt moet worden geëerbiedigd is een totaal onjuiste situatie.

VRIJHEID EN LIJDEN

Uit de hierboven ontwikkelde visie volgt in wezen het antwoord op de vraag of de patiënt de vrijheid heeft, het zelfbeschikkingsrecht heeft om euthanasie te verzoeken en of de arts de vrijheid heeft om euthanasie uit te voeren. Euthanasie wil zeggen: doden op verzoek, hetzij actief (zoals een dodelijke injectie geven aan een zieke) hetzij passief (doelbewust de dood veroorzaken door een anderszins mogelijke zorg of behandeling achterwege te laten).

In een vroegere beschouwing: 'Euthanasie en terminale ziekte' (MC nr. 51-52/1986, blz. 1661) heb ik de toenmalige situatie rond het euthanasievraagstuk in Nederland beschreven. Ik noemde de voornaamste redenen waarom om euthanasie werd verzocht. Het bleek dat euthanasie maar deels een medisch en in hoge mate een maatschappelijk probleem is. Als de arts erin slaagt een optimale somatische, emotionele en maatschappelijke begeleiding van de patiënt en van diens omgeving tot stand te brengen en als zinloze behandelingen tijdig worden gestaakt, dan zal er veel minder om euthanasie worden verzocht. Sporadisch kunnen er zeer schrijnende gevallen voorkomen van onverdraaglijk en afschuwelijk lijden, die ondanks genoemde begeleiding onbehandelbaar kunnen lijken. Als in zulke exceptionele situaties patiënt en arts overeenkomstig hun diepste geweten tot euthanasie zouden besluiten, zouden hiervoor *verontschuldigungs-* en *strafuitsluitingsgronden* kunnen worden aangegeven. Maar dat betekent niet dat de wet, die thans euthanasie strafbaar stelt, veranderd zou moeten worden in de zin dat euthanasie onder bepaalde voorwaarden zou worden *ge-rechtvaardigd*.

Naar aanleiding van genoemde voordracht heb ik veel vragen gekregen, waarvan ik hier een aantal noem:

- Moet een patiënt die vreselijk lijdt door pijn en ontluistering niet worden toegestaan waardig te sterven door euthanasie? Wat hebben arts en patiënt in zo'n vreselijke situatie aan de genoemde

theorie van vrijheid en menselijke waardigheid?

– Is het terecht dat bij euthanasie zo met nadruk wordt gesproken over opzettelijk doden, is de christelijke leer over eerbied voor het leven en aanvaarding van het lijden niet in tegenspraak met de christelijke barmhartigheid?

– Wat te doen als te lang voortgezette behandeling reeds onherstelbaar schadelijke gevolgen met zich brengt?

– Wat te doen als de stervensbegeleiding niet goed lukt, omdat de families zo klein zijn geworden of omdat er zoveel eenzaamheid is?

– Kan iedere vraag om euthanasie worden vertaald in een vraag om meer liefde en aandacht?

– Als euthanasie wettelijk en kerkelijk verboden blijft, zijn er dan groepen lijdenden, die daardoor 'in de kou' blijven staan?

– Is er geen gevaar dat er een redenering wordt opgebouwd, gericht op de vele patiënten voor wie het lijden wel draaglijk te maken is, zodat de weinigen die hun lijden ten diepste niet meer kunnen en willen dragen niet voldoende serieus wordt genomen?

Alvorens op deze vragen in te gaan, heb ik eerst een aantal opmerkingen. Het is inderdaad een feit, dat de dood soms te laat komt. Niemand is ontslagen om hierover na te denken. Voorstanders van euthanasie – onder voorwaarden – stellen soms dat artsen die geen euthanasie uitvoeren mensen maar laten lijden. Deze opmerking doet geen recht aan artsen die zich met ervaring en toewijding geheel en al inzetten om een optimale stervensbegeleiding zonder euthanasie te verzorgen. Het ondergaan en ervaren van zinloos lijden maakt per definitie het leven nog niet zinloos. De geest van een mens kan zijn geknakte leven oprichten en overeind houden. Een patiënt te helpen het stervensproces tot een positief te waarderen gebeurtenis te maken is een opdracht voor de arts. Of 'merciful killing', euthanasie uit medelijden, uit barmhartigheid, betekent dat men echt medelijdt, en de patiënt geheel begeleidt, breng ik gaarne in discussie.

Nu zal ik proberen op de gestelde vragen in te gaan. Ik zou dat willen toespitsen op twee trefwoorden: 'menswaardigheid' en 'solidariteit'.

MENSWAARDIGHEID

Menswaardigheid wil zeggen: de waardigheid van de wijze waarop een mens

leeft en sterft, de waardigheid van de kwaliteit van het leven. Een probleem hierbij is: wie zal uitmaken wat nog menswaardig is? Toch zijn er duidelijke voorbeelden te geven van wat algemeen als niet-menswaardig wordt beschouwd, zoals:

– de verlatenheid, het isolement, eigenlijk het kernprobleem van de onwaardigheid. Het isolement komen we tegen bij hen, die zich niet meer kunnen uiten en in zekere zin ook bij coma-patiënten. Op een andere manier komt het voor bij mensen, die zich niet mogen uiten, die daar geen kans voor krijgen.

– de zinloosheid, de doelloosheid, de onmacht, zich uitend in 'zo wil ik niet verder leven'.

– de invaliditeit (bij de Romeinen betekende dit: 'gewond in zijn waardigheid'), de afhankelijkheid, een ander tot last te zijn, vooral als de ander dat laat merken. Het is het probleem van de gereduceerde vrijheid.

– geestelijke en lichamelijke ontlustering, pijn, stank, wegteren.

Het is begrijpelijk dat men bang is voor mens-onwaardigheid. Elisabeth Kübler-Ross vond in haar onderzoek als ergste angsten: de angst voor de ruptuur van de illusie van onze onsterfelijkheid en de angst voor het verlies van onze integriteit. In dit soort situaties kan de vraag naar euthanasie opkomen, een vraag die terdege en open ter harte genomen moet worden. Een vraag, waarbij de achterliggende problemen en onzekerheden moeten worden blootgelegd, veelal overeenkomend met de bovengenoemde voorbeelden van menswaardigheid.

Tegenover verlatenheid, zinloosheid, afhankelijkheid en ontlustering kan als antwoord worden gegeven: nabij-zijn, zingeving, naastenliefde en optimale medische begeleiding. De stervende blijft een eigen persoonlijkheid met persoonlijke vrijheid en opvattingen. Dit moet men niet alleen respecteren, men moet de patiënt ook helpen die persoonlijkheid te zijn, die vrijheid te waarborgen. De stervende moet in staat worden gesteld de stervensfase als zinvol te ervaren. Eén van de aspecten van vrijheid is 'zin geven aan de situatie'. Menswaardig sterven hangt samen met menswaardig leven. Laten we proberen de mens te helpen op zodanige wijze te sterven, dat daarbij alle menselijke waarden zoveel mogelijk tot hun recht kunnen komen, maar voor alles de waardigheid van de menselijke persoon. Iemand uit zijn lijden helpen moet niet betekenen: iemand uit zijn leven helpen. De begeleiding door de arts

moet daarbij optimaal zijn op somatisch, emotioneel en maatschappelijk niveau en indien gewenst en mogelijk ook op levensbeschouwelijk niveau.

Al deze vormen van begeleiding komen voort uit broederschap, uit solidariteit. Zij moeten broederschap en solidariteit bij anderen bevorderen.

SOLIDARITEIT

Solidariteit wil zeggen: naast iemand staan, samen op weg gaan, ruimte geven aan de vrijheid en de zelfbeschikking van onze naaste, onze naaste ontdekken achter zijn ziekte.

Zo omgaan met een stervende vereist van artsen en hulpverleners niet alleen een liefdevolle, maar ook een evenwichtige houding. Zij moeten tot op zekere hoogte raad weten met de dood, zelf al een zeker standpunt hebben tegenover de dood. De begeleiders moeten durven omgaan met de dood. De dood hoort bij het mens-zijn en is niet zoals Sartre zegt een absurditeit, die het vrije project van het menselijk bestaan belemmert. Niettemin, veel mensen hebben er moeite mee en zijn er bang voor. Het is goed om deze angsten steeds helder te maken, zodat ze niet worden geabsoluteerd. Dikwijls moeten de angsten niet rationeel, maar relationeel worden beantwoord. Dat geldt trouwens voor de gehele terminale zorg: praten met de patiënt, niet tegen hem praten. Ook voor pastores geldt hier niet alleen rituele of sacramentele aandacht, maar vóór alles een klimaat van dialoog en begeleiding.

Solidariteit, broederschap, begeleiding, zij moeten worden opgebracht door de omgeving: de dokter, de verpleegster, de gezinsverzorgster, de pastor en anderen, maar vooral door de naaste familie. Problemen daarbij zijn: te zware belasting, onmacht, de lange duur en te kleine families, waardoor de last op de ruggen van enkelen komt te rusten. Gelukkig ontstaan er nieuwe hulporganisaties. De Stichting Terminale Thuiszorg in Amsterdam publiceerde een rapport, waaruit bleek dat terminale thuiszorg haalbaar is. Voorwaarden hiervoor zijn een flexibele organisatie en een intensieve werkbegeleiding, bereidwilligheid bij huisarts, wijkzuster, gezinsverzorgster en familieleden en een goede opleiding van de betrokken personen.

Thuisverpleging is niet altijd mogelijk. In navolging van andere landen is de Nederlandse Hospice Beweging opgericht om terminale patiënten zo goed mogelijk op te vangen in een Hospice, een bijna-

thuis-huis. Terminale patiënten kunen daar door professionele helpers en door vrijwilligers worden ondersteund en begeleid in een op thuis gelijkende situatie, terwijl de familie daar ook een belangrijke rol kan vervullen.

Een aspect van solidariteit waar niet altijd aan wordt gedacht is de steun voor de naaste familie, ook als de patiënt is overleden. Vooral in het eerste jaar na het overlijden zijn de familieleden kwetsbaar en hebben dikwijls nog zorg en steun van dokter, zuster en pastor nodig.

Broederschap, solidariteit, wil zeggen een naaste vrijheid geven, het tijdig ruimte geven voor zelfbeschikking. De ge-

neeskundigen moeten bedenken dat steeds verdergaande behandeling met enerzijds levensverlenging, maar anderzijds kwaliteitsverlies, de patiënt soms tot een wrak maakt. Als dan pas de vrije wilsbeschikking van de patiënt actueel wordt en hij dan mag zeggen dat hij dood wil, dan komen we te laat. Om de vraag naar euthanasie te voorkomen moeten tijdig onnodige handelingen worden gestaakt.

BESLUIT

Kan iedere vraag om euthanasie worden vertaald in een vraag om meer liefde en vollere aandacht? De vraag naar eutha-

nasie houdt in: 'Ik wil zó niet verder'. In beginsel is vrijwel alles behandelbaar en begeleidbaar, zeker als de betrokkene zelf nog wil. De vraag naar euthanasie is een *testimonium paupertatis* van de menselijke draagkracht, van de geneeskunde en van de humanitaire hulpverlening.

Euthanasie is meer een maatschappelijk dan een medisch probleem. Zowel arts als gemeenschap kunnen bijzonder veel doen in solidariteit en broederschap, ze moeten hierin worden gevormd en opgeleid. Vrijheid, waardigheid en broederschap houden in dat stervenshulp levenshulp moet zijn. □

Arts en recht

Feilen bij falen

Vonnis Gerechtshof 's-Hertogenbosch

In bijgaand uit 1983 stammend vonnis heeft het Gerechtshof te 's-Hertogenbosch uitspraak gedaan over een toen reeds twintig jaar slepende zaak. In 1963 werd een 9-jarig meisje wegens holvoeten geopereerd. Na de operatie werd een compartimentaal syndroom ten gevolge van een arteriële afsluiting niet als zodanig herkend, waardoor later een bovenbeensamputatie moest worden verricht. De ouders verweten de desbetreffende orthopedisch chirurg, dat hij na de operatie onvoldoende controle had uitgeoefend, dat hij met de mogelijkheid van een arteriële afsluiting geen rekening had gehouden en dat hij geen maatregelen had genomen die de gevolgen van de arteriële afsluiting hadden kunnen voorkomen of beperken.

Aan deze zaak zit een aantal nare aspecten.

De betrokken chirurg was inmiddels overleden, zodat de zaak door diens erfgenamen moest worden behartigd. De grieven van het slachtoffer en haar ouders werden tot in 1980 steeds weer afgevoerd. Ze hebben jarenlang het gevoel gehad onrechtvaardig te worden behandeld en niet of nauwelijks door het medische bastion heen te kunnen breken.

Dit laatste is wel een zeer triest aspect van deze zaak. In de processtukken kwamen wij de namen tegen van vele voor- aanstaande artsen die hun collega, de orthopedisch chirurg, in bescherming na-

men. Nog in 1980 meenden drie artsen dat het hier ging om een zeer uitzonderlijke complicatie, dat het symptomencomplex weinig specifiek was en dat in 1963 noch dit symptomencomplex noch de daarvoor in aanmerking komende therapie algemeen bekend mochten worden geacht.

De uiteindelijke uitspraak, waarin de familie in het gelijk werd gesteld, is niet het resultaat van het oordeel van de geraadpleegde deskundigen, maar van de bemoeienissen van de verdediger van de klagenden, die zich met het oog op deze casus op medisch gebied is gaan scholen en de internationale literatuur heeft nagespeurd. Hij stuitte op nationale en internationale literatuur van ver vóór 1963 waarin de complicatie wordt beschreven. Zo vond hij een studie uit 1921 waarin al in de eerste zin wordt verklaard dat ischemische contractuur optreedt bij kinderen tussen de 3 en 12 jaar, omdat hun bloedvaten nog niet voldoende zijn ontwikkeld en eerder worden verstoord dan die van oudere personen.

Zoals helaas te vaak geschiedt, is het belangrijkste wat de chirurg kon worden verweten *niet* dat hij de diagnose miste, maar dat hij te weinig aandacht had besteed aan de klachten van zijn patiënte. Een goede dokter luistert naar zijn patiënten en baseert daarop zijn verder onderzoek en handelen.

De reden waarom wij aandacht voor deze uitspraak vragen is vooral, dat wij het

toch wel zeer betreuren dat er zoveel jaren nodig waren om tot het eindoordeel te komen dat hier was gefaald.

Dit falen is jammer, maar toch niet het belangrijkste van deze zaak. Falen is immers inherent aan het beroep van arts. Als op klachten echter slechts ontwijkend wordt gereageerd, worden juridische procedures uitgelokt en bevorderd. Klachten over 'juridisering' van de gezondheidszorg zijn dan, voor zover zij zich tot patiënten en hun vertegenwoordigers richten, niet terecht.

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

Het Gerechtshof te 's-Hertogenbosch; in de zaak van A, wonende te B, appellante, tegen verminderd tarief procederende, procureur Mr. C, tegen: 1. D, wonende te E, 2. F, wonende te E, 3. G, wonende te H, geïntimeerden, procureur Mr. I;

Gehoord partijen;

Gezien de stukken, waaronder de vonnissen gewezen door de rechtbank te 's-Hertogenbosch op 29 november 1968, 16 februari 1973, 6 juni 1980 en 18 december 1981 tussen J, in zijn hoedanigheid van vader van appellante als eiser, en Dr. K, erflater van geïntimeerden, als gedaagde, wat het eerste vonnis betreft en tussen appellante als eiseres en Dr. K als gedaagde, wat de drie laatstgenoemde vonnissen betreft; (...)

Overwegende ten aanzien van het recht:

Appellante is in oktober 1963 door K geopereerd. Nadien zijn complicaties opgetreden, in verband waarmee enige tijd later haar linkerbeen en voet moesten worden afgezet. Appellante heeft K aansprakelijk gesteld voor de schade die zij in verband met deze complicaties heeft geleden en lijdt. Als grondslag voor haar vordering geeft appellante onder meer aan dat K te kort is geschoten in zijn postoperatieve verplichtingen en dat, wanneer K deze verplichtingen juist zou zijn nagekomen en hij appellante op een juiste en verantwoorde wijze zou hebben behandeld, de na de operatie opgetreden circulatiestoornis met succes zou zijn bestreden, de blijvende gevolgen van die stoornis dan niet zouden zijn opgetreden, althans dan niet het redelijkerwijs te verwachten gevolg van de opgetreden circulatiestoornis zouden zijn geweest; dat K derhalve wanprestatie dan wel een onrechtmatige daad tegenover appellante heeft gepleegd.

De ziektestatus welke K ingevolge het vonnis van 29 november 1968 heeft overgelegd zijn in vergelijking tot het feitelijk relaas van K uitermate summier. Dientengevolge is niet meer na te gaan of K heeft gehandeld en zijn medewerkers en/of medewerkers heeft opgedragen te handelen, wanneer welke controles zijn verricht en wat daarbij exact is geconstateerd. Het Hof moet derhalve ervan uitgaan, dat instructies en controles, voor zover niet in confesso, ook niet zijn gegeven c.q. verricht. Het bijhouden van een behoorlijke status is als een verplichting van de behandelend arts te beschouwen.

Op grond van de status en hetgeen verder in de loop van het geding naar voren is gekomen neemt het Hof als vaststaand aan:

Op maandag 14 oktober 1963 is appellante, geboren 6 juli 1949, door wijlen K, orthopedisch chirurg, in het ziekenhuis L te M geopereerd aan beide voeten. De operatie vond plaats in de namiddag, nadat de beide benen bloedleeg waren gemaakt, naar mag worden aangenomen met een pneumatisch tourniquet. (Bij het verhoor van de deskundigen door de rechtbank in het geding van de bedrijfsvereniging voor Detailhandel en Ambachten tegen K en het ziekenhuis L, verder te noemen Detam/K, is van de zijde van K verklaard dat met een pneumatisch tourniquet is geopereerd.) Terstond na de operatie is om haar beide benen beneden de knie en om haar voeten tot de tenen een met watten gevoerd gipsverband aangelegd.

Reeds de avond na de operatie heeft appellante, toen haar ouders op bezoek waren, over prikkende en stekende pijn in haar linkerbeen geklaagd. In verband met de klachten heeft de verpleegkundige dinsdagochtend 15 oktober K gewaarschuwd, dat appellante veel pijn had aan haar linkerbeen en -voet en dat het been boven het gips opgezet was. K heeft appellante toen op de behandelafdeling laten komen en (toen) het gips rond het linkerbeen vanaf de bovenste rand onder de knie naar beneden gespleten en uitgebogen – volgens

appellante over een lengte van 15 centimeter vanaf de rand onder de knie, volgens K geheel, terwijl de status vermeldt: 'gips gespleten li voet'. Volgens de status heeft K 's middags om vijf uur het gips zoveel uitgebogen dat de voet los in het gips lag. Appellante ontkent dat K dinsdagmiddag haar nog heeft onderzocht of iets aan het gipsverband heeft gedaan, doch stelt dat op verzoek van appellantes vader de hoofdzuster vergeefs heeft geprobeerd die avond K te bereiken.

Woensdag 16 oktober 's ochtends is appellante andermaal naar K's behandelafdeling gebracht; hij heeft toen nieuw gips aangebracht – volgens appellante eerst rond 13.00 uur. Daarna is appellante weer naar de verpleegafdeling teruggegaan, van waaruit zij vanwege hevige pijn weer naar de behandelafdeling is gebracht. K heeft toen – volgens de status 's avonds – het gips weer gespleten. De hoofdzuster heeft 's avonds vanwege de pijn van appellante het gips verder opengebogen.

Donderdag 17 oktober heeft K, na mededeling van de hoofdzuster dat appellante pijn bleef houden en dat het been er slecht uitzag, het gips verwijderd en de cardioloog N in consult geroepen. Deze heeft de behandeling van de circulatiestoornis overgenomen. Tot K op 1 november met vakantie ging heeft ook K nog controles, zij het niet dagelijks, uitgevoerd. Op donderdag 14 november 1963 was het proces van afsterven van het linkeronderbeen zover voortgeschreden dat de amputatie toen niet langer kon worden uitgesteld. Deze is toen door de orthopedisch chirurg O uitgevoerd.

Op grond van de verschillende deskundigenberichten die in deze zaak zijn uitgebracht, moet als vaststaand worden aangenomen dat na de operatie bij appellante een arteriële afsluiting in de zin van spasme en secundaire arteriële trombose, mogelijk veroorzaakt door de bloedleegte tijdens de operatie, is opgetreden. Het symptomencomplex past volgens de deskundigen in het beeld van de post-traumatische ischemie. Deze circulatiestoornis is volgens de deskundigen ontstaan tijdens of in de eerste uren na de operatie. Deze circulatiestoornis is de oorzaak van de naderhand opgetreden complicaties.

De vraag waar het in het onderhavige geding om gaat is, of K aansprakelijk is voor de schade welke appellante tengevolge van de complicaties lijdt, omdat K jegens zijn patiënten in de post-operatieve fase één of meer fouten zou hebben begaan, daarin bestaand:

1. dat hij onvoldoende controle heeft uitgeoefend of doen uitvoeren om het post-operatieve verloop te volgen;
2. dat hij – wellicht mede daardoor – geen rekening heeft gehouden met de mogelijkheid dat er een arteriële afsluiting bij appellante optrad;
3. dat hij – dit risico niet onderkend – heeft nagelaten de geëigende maatregelen op de geëigende tijdstippen te treffen die de nu opgetreden gevolgen van een arteriële afsluiting hadden kunnen voorkomen of beperken, althans waarbij deze gevolgen niet de redelijker-

wijs te verwachten gevolgen van de arteriële afsluiting zouden zijn geweest.

ad 1

Zoals uit de stellingname van K blijkt, achtte hij zich niet verantwoordelijk voor de controle door het verpleegkundig personeel na de operatie. Daarmee valt te rijmen dat K dit personeel geen instructies gaf, zoals van de zijde van appellante bij een van de pleidooien in eerste aanleg is gereleveerd.

De rechtbank heeft bij haar vonnis van 29 november 1968 overwogen, dat voor mogelijke fouten en nalatigheden van het verplegend personeel in de post-operatieve periode na de narcose in beginsel slechts dat personeel en/of het ziekenhuis aansprakelijk is.

Tegen deze overweging heeft appellante een grief aangevoerd. Deze grief is in zoverre gegrond, dat de chirurg in ieder geval aansprakelijk is voor dergelijke fouten en nalatigheden voor zover deze zijn terug te voeren op het door hem achterwege laten van de instructies die, met het oog op de complicaties die na een operatie als deze konden optreden, nodig waren. K heeft niet bestreden dat hij verplicht was te controleren, of doen controleren, of het herstel van de bloedsomloop in de benen die bloedleeg waren gemaakt zonder storing plaatsvond. K had dus in de post-operatieve fase óf zelf deze controle moeten uitvoeren óf zich ervan moeten verzekeren dat er goed werd gecontroleerd en dat hij bij mogelijke complicaties werd gewaarschuwd. K had dus instructies te geven of na te gaan dat er sluitende instructies waren en voorts na te gaan of de instructies werden opgevolgd door verslaglegging van de controles door het verplegend personeel te verlangen. Wanneer de organisatie van het ziekenhuis dergelijke instructies door de chirurg aan het verplegend personeel niet zou hebben toegelaten – hoewel dat bevreemdend is, lijkt K's stelling dat hij geen eigen verpleegafdeling had daarop te doelen – dan had K zelf de controles moeten doen in de middag, avond en nacht na de operatie. Uit de stukken blijkt genoegzaam, dat K noch zelf noch door derden volgens duidelijke, gecontroleerde instructies gecontroleerde respectievelijk deed controleren. Immers, K heeft zelf geen controle uitgeoefend tot appellante op de op de operatie volgende morgen bij hem werd gebracht, terwijl niet is gesteld of gebleken dat K ervan was verzekerd dat hij tijdig werd gewaarschuwd bij het optreden van verschijnselen – zoals hevige pijn, die zich in casu heeft voorgedaan – welke op complicaties zouden kunnen wijzen, welke waarschuwing ook niet heeft plaatsgevonden.

ad 2

Vast staat dat een arteriële afsluiting is opgetreden met symptomen passend in het beeld van de post-traumatische ischemie.

Vast staat eveneens, dat K deze complicatie niet heeft onderkend en zelfs geen rekening heeft gehouden met de mogelijkheid van het zich voordoen van deze complicatie. – Het onder 1 besproken achterwege laten van controle en instructies wijst er ook op dat K geen

rekening heeft gehouden met de mogelijkheid van het optreden van een arteriële afsluiting. De deskundigen P, Q en R hebben in hun rapport van 26 januari 1979 gesteld: 'Gedaagde had als redelijk bekwaam orthopaedisch chirurg met de mogelijkheid van een arteriële vaatafsluiting in 1963 wel rekening kunnen houden, maar de deskundigen zijn niet van mening, dat hij deze mogelijkheid in zijn overwegingen had moeten betrekken, omdat het symptomencomplex en de therapie van het compartimentaal syndroom in 1963 niet algemeen bekend waren. Het is verder niet aanmerkelijk, dat gedaagde reeds op grond van de operatieve behandeling aan een circulatiestoornis zou hebben moeten denken, daar een dergelijke complicatie uiterst zeldzaam is en dezelfde operatie aan beide benen werd uitgevoerd, terwijl de complicatie slechts aan een been tot ontwikkeling kwam.'

Het Hof is, anders dan de rechtbank, van oordeel dat deze mening van de deskundigen niet kan worden gevolgd. Zoals van de zijde van appellante omstandig in hoger beroep is betoogd, waren in 1963 de complicatie welke zich bij appellante heeft voorgedaan, alsook therapieën daarvoor, in medische kringen reeds in ruime mate bekend. Er zijn door appellante verscheidene buitenlandse publicaties overgelegd waaruit dit blijkt, maar ook een gedeelte uit het in 1953 verschenen 'Algemene Heelkunde' van Dr. G. L. van der Zwaag, dat op bladzijde 143 relateert: 'Oorspronkelijk meende men dat deze ischaemie tot stand kwam door een circulair gipsverband dat te nauw was aangelegd. Dit leidde tot stuwning en dus tot oedeem dat de circulatie belemmerde. Later heeft men evenwel gezien dat ook de dislocatie vaak oorzaak was (door inklemming van de arterie). Er is echter nog een belangrijke oorzaak, n.l. de spasmus van de arterie. Deze z.g. traumatische arteriospasmus kan in aansluiting aan een trauma optreden en uren, zelfs dagen duren. De behandeling hiervan (novocaïne-injecties, vaatverwijdende middelen, sympathectomie) moet zo spoedig mogelijk geschieden. Dikwijls gelukt het reeds na enkele uren om deze spasmus, die gevolgd kan worden door een thrombotisch proces, op te heffen. Een traumatische spasmus kan plaats vinden na elk trauma van een slagader. Er behoeft niet per se een fractuur voor het ontstaan ervan aanwezig te zijn. Men heeft het ook gezien na een stomp trauma dus een contusie, na een slecht aangelegd gipsverband en na het gebruik van een tourniquet.'

Hierbij sluit ook aan hetgeen N als getuige op 8 mei 1964 heeft verklaard, die, volgens het vonnis van de Rechtbank te 's-Hertogenbosch van 24 juni 1977 in het geding Detam/K, terzake de mogelijke oorzaken van de arteriële vaatafsluiting ondervraagd, mededeelt dat de gevolgde operatiemethodiek bepaalde risico's medebrengt, waaronder: 'De omstandigheid dat de operatie plaatsvindt onder bloedleegte van het been kan eveneens een ongunstige factor worden genoemd evenals het circulaire gips, dat na de operatie om de voet wordt aangebracht. Dit gips kan namelijk in bepaalde

gevallen bij een sterke oedeemvorming leiden tot het dichtdrukken der bloedvaten. *Deze mogelijkheden zijn in de medische wetenschap algemeen bekend.*'

Hierop lettend, is het Hof van oordeel dat een redelijk bekwaam orthopaedisch chirurg in 1963 beeld, preventie en therapie van de complicatie die zich bij appellante voordoede had moeten kennen, en daarmee rekening had dienen te houden.

Het feit dat K de verschijnselen welke zich bij appellante na de operatie voordeden en waarvan K in ieder geval wel kennis heeft genomen, ondanks de gebrekkige controle: de hevige pijn van slechts het linkerbeen en de stuwning, niet heeft weten te duiden als wijzend op een arteriële afsluiting, moge wellicht een fout zijn, het niet rekening houden met het risico, de mogelijkheid dat een arteriële afsluiting op zou treden/optrad, is in ieder geval, gelet op het hiervoor overwogene, een fout en wel een fout die een redelijk bekwaam orthopaedisch chirurg in 1963 niet had behoren te begaan. K had zich bewust moeten zijn dat, nu bij de behandeling van appellante zowel het gipsverband als het tourniquet waren benut (beide reeds in een Nederlands handboek uit 1953 als risicofactoren voor het optreden van ischaemie vermeld), een arteriële afsluiting bij appellante zou kunnen optreden; dit te meer nu in de literatuur naar voren komt dat deze complicatie zich in het bijzonder bij kinderen kan voordoen.

Het vorenstaande impliceert, dat de algemene grief tegen het eindvonnis aangevoerd (...) gegrond is en tot vernietiging van het vonnis leidt. De overige grieven behoeven daarom geen verdere afzonderlijke bespreking meer.

ad 3

Nu, anders dan de rechtbank aannam, K een relevante fout jegens appellante beging door geen rekening te houden met de mogelijkheid van een arteriële afsluiting, dient te worden bezien of, wanneer K daarmee wel rekening zou hebben gehouden, de stoornis – en dus de daardoor voor appellante opgetreden schade – redelijkerwijze te vermijden zou zijn geweest. Allereerst mag men aannemen dat K, wanneer hij met de bedoelde mogelijkheid rekening zou hebben gehouden, zorg zou hebben gedragen voor een intensievere en accuratere controle in de post-operatieve fase, waardoor hij wellicht het optreden van een arteriële afsluiting als zodanig zou hebben onderkend en dan tijdig maatregelen tot opheffing ervan zou hebben kunnen en moeten nemen.

Hoe dit echter ook zij, het deskundigenbericht van 26 januari 1979 vermeldt zonder voorbehoud, dat het intreden van een (blijvende) stoornis aan linkerbeen en -voet bij appellante, welke een amputatie noodzakelijk heeft gemaakt, met een redelijke mate van waarschijnlijkheid had kunnen worden voorkomen, indien met de mogelijkheid van een arteriële vaatafsluiting rekening was gehouden.

Uit hetgeen de verschillende deskundigen in het onderhavige geding en bij de mondelinge toelichting in het geding Detam/K, waarvan

het proces-verbaal door appellante in dit geding is overgelegd, naar voren hebben gebracht, mede in verband met hetgeen uit de overgelegde literatuur naar voren komt, moet worden geconcludeerd, dat K in een veel eerder stadium het eerste gips geheel had dienen te splijten en eerder vaatverwijdende middelen had moeten geven, en het tweede gips terstond nadat hij het had aangelegd geheel had dienen te splijten juist in verband met de mogelijkheid van een arteriële vaatafsluiting.

– De grief tegen de vonnissen van 16 februari 1973 en 6 juni 1980 is dan ook terecht aangevoerd.

Welke maatregelen K overigens had dienen te treffen, komt uit de deskundigenberichten niet duidelijk naar voren, maar behoeft niet nader te worden onderzocht vanwege de ongeclausuleerde uitlating van deskundigen, dat, wanneer met de mogelijkheid van een arteriële vaatafsluiting rekening was gehouden, met een redelijke mate van waarschijnlijkheid had kunnen worden voorkomen dat een (blijvende) stoornis aan appellant's linkerbeen en -voet zou zijn opgetreden. Door deze uitlating staat immers op rechtens relevante wijze vast dat, doordat K geen rekening met het risico van arteriële afsluiting hield, hij de geëigende, effectieve maatregelen daartegen achterwege heeft gelaten – één daarvan is in ieder geval het geheel en terstond splijten van het gips, zoals reeds bij de inleidende dagvaarding aan K is verweten. Het rechtens relevante verband tussen K's foutieve handelen en de blijvende stoornis aan appellant's linkerbeen en -voet staat daarmee genoegzaam vast.

K, diens erfgenamen, zijn derhalve gehouden aan appellante de schade te vergoeden die zij hierdoor lijdt.

Overeenkomstig het verzoek van partijen zal hun de gelegenheid worden geboden hun stellingen met betrekking tot de omvang van de schade nader uiteen te zetten. De zaak zal daartoe naar de rol worden verwezen, alwaar allereerst aan appellante het woord zal worden gelaten.

Rechtdoende in hoger beroep:

Alvorens verder te beslissen:

Verwijst de zaak naar de rol van 6 september 1983 teneinde partijen de gelegenheid te geven voort te procederen.

Aldus gewezen door de heren Mrs. Van Haren, president, Van Benthem en Van der Velden, raadsheren, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van het Gerechtshof te 's-Hertogenbosch van 14 juni 1983 door Mr. Van Haren, president, in tegenwoordigheid van de heer Subelack, waarnemend-griffier. □

Een nieuwe beschavingsfilosofie

De overheersing van de technologie, de *technocratie*, als consequentie van het cartesianisme, roept steeds meer vragen op. Een nieuwe kijk op het maatschappelijk gebeuren, waarin begrepen de geneeskunde, vraagt daarom dringend om aandacht. Die nieuwe kijk biedt Jeremy Rifkin in 'Entropy'.

Wat is *entropie*? Wanneer voor de produktie van een bepaald voorwerp, bijvoorbeeld een fiets, grondstoffen van ijzer, lak en rubber worden gebruikt, dan zijn dat de bruikbare stoffen; de aarde heeft daar maar een bepaalde hoeveelheid van. Als de fiets klaar is, blijven er resten over waar niets mee te beginnen valt; daar komt dan nog de verpakking bij en als de fiets in elkaar zakt ontstaat er nog meer onbruikbaar materiaal. Van al het onbruikbare materiaal is misschien een derde weer bruikbaar te maken ('recycling'), maar ook dat kost energie. Zo ontstaat in de loop der tijden een ontzaglijke massa onbruikbaar materiaal. Wat het zwaarst weegt zijn niet de grondstoffen, de produkten en de nodige energie: die wordt alleen maar kleiner; wat het zwaarst weegt is dat het onbruikbare materiaal gaat overheersen en het hele produktie-produkt-profielproces verstikt.

Zo wordt de industrie een halt toegeroepen door deze entropie, deze verstikkende opeenhoping van afval, en in de landbouw en de veeteelt zien wij hetzelfde gebeuren, de landbouw (Mansholt: 'De landbouw is ook een industrie') waar velen nu de groep werklozen vergroten, waar de grond is geërodeerd door al te veel kunstmest, insecticiden, etc. en die ons drinkwater ondrinkbaar maakt en waar tenslotte hoe langer hoe meer machines, etc. nodig zijn om de opbrengst te 'vergroten'.

Al blijven, hopen we, de goede artsen in de meerderheid, lees wat Rifkin schrijft over de geneeskunde. De moderne geneeskunde, aldus Rifkin, neemt haar deel van de newtoniaanse wereldbeschouwing. De mechanistische benadering beheerst de gezondheidszorgprofessie al meer dan tweehonderd jaar (McKeown). Vandaag is de gezondheidszorg de op-twee-na-grootste tak van industrie in de Verenigde Staten, goed voor 9% van het nationaal produkt; de moderne polikliniek en het moderne ziekenhuis bevatten een overvloed aan diagnostische en therapeutische machine-rie en de kosten voor de patiënt rijzen de pan uit: van 1950 tot 1976 zijn ze meer dan verzevenvoudigd, van 76 dollar tot 552 dollar per hoofd van de bevolking. Veel van deze toename verdwijnt in de altijd voortgaande uitbreiding van de medische instellingen. De gewone huisarts wordt erdoor uitgeschakeld.

Analoog aan deze geweldige uitbreiding groeit het aantal ziekten. Speciale aandacht vraagt Rifkin voor de iatrogene ziekten. Een feit is, dat een tijdelijke verbetering dikwijls gepaard gaat met een langdurig gezondheidsprobleem. Dit wordt verklaard doordat 75% tot 80% van

Dr. A. van der Zwan Sr.

alle patiënten die doktershulp vragen ook vanzelf zou genezen; echter, zij krijgen dan toch een geneesmiddel of worden toch geröntgend en/of geopereerd, waardoor voor hen grotere moeilijkheden ontstaan dan door de ziekte zelf. Zo is algemeen bekend dat röntgenfoto's weinig effectief zijn, terwijl röntgenstraling op de lange duur ernstige schade kan veroorzaken. Van de Amerikanen slikt 50%-80% op doktersvoorschrift medicijnen; deze geven vaak snel verbetering, maar ook treden later andere ziekten op (antibiotica!). Belangrijk in dit verband zijn twee rapporten, één van de commissie uit de Senaat (1962) en één van de commissie uit het Congres (1974). Eerstgenoemde commissie kwam tot de conclusie dat van de vierduizend geneesmiddelen die in de laatste 24 jaar wettig op de markt waren gebracht bijna de helft geen bewezen waarde had voor de ziekte waarvoor ze dienden, maar wél schadelijk voor de gezondheid was. Volgens Silverman en Lee ('Pills, Profits and Politics') zouden deze geneesmiddelen meer doden maken dan borstkanker: ze zitten in de top 10 van oorzaken van ziekenhuisopname en zorgen voor in totaal 50 miljoen dagen verblijf in het ziekenhuis. Iatrogene ziekten komen voor bij één op de vijf ziekenhuispatiënten en één op de dertig van die patiënten overlijdt eraan. In het rapport van het Congres uit 1974 is sprake van 2,4 miljoen onnodige operaties, met 11.900 onnodige doden als 'resultaat'; kosten: 4 miljard (!) dollar.

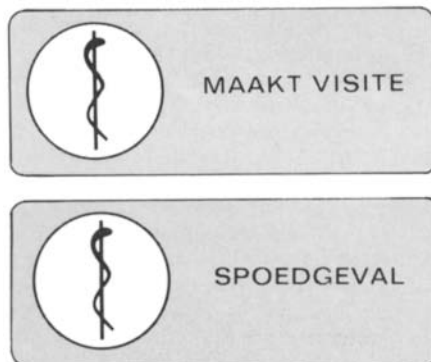
In de eliminatie van de doodverwekkende ziekten heeft het moderne medische handelen praktisch geen rol gespeeld en dat handelen heeft weinig of niets bijgedragen tot de verlenging van de gemiddelde levensduur, aldus Rifkin. Blijkens recente studies hebben betere sanitaire omstandigheden, een betere hygiëne en betere voeding de belangrijkste bijdrage geleverd tot het verbeteren van de levensver-

wachting in de laatste honderdvijftig jaar. Zoals de Amerikaan McKinlay en de Brit McKeown in afzonderlijke studies 'hebben aangetoond, is door het verdwijnen van elf belangrijke infectieziekten (tyfus, pokken, roodvonk, mazelen, kinkhoest, difterie, influenza, tuberculose, pneumonie, maagdarmziekte en poliomyelitis) het leven gemiddeld langer gaan duren; al deze infectieziekten verdwenen bijna geheel vóórdat de dokter op het toneel verscheen. In mijn lange leven als geneesheer heb ik genoeg patiënten kunnen genezen om die absolute te kunnen bestrijden. Maar ik heb ook bij te veel patiënten machteloos gestaan om het niet te moeten toegeven. Anders gezegd: casuïstisch kunnen we het bestrijden, statistisch moeten we het beamen.

De verlenging van de levensduur, constateert Rifkin verder, ging door tot 1950; daarna bleef die duur ongeveer gelijk en in 1975 begon hij iets te dalen. Opmerkelijk genoeg trad in 1950 in de VS de *petrochemische eeuw* in. Zelfs de regering daar moet toegeven dat het aantal ziekten is toegenomen en dat er een correlatie tussen beide bestaat. Zo vormden in 1900 kanker en hart- en longziekten 12% van de doodsoorzaken, in 1940: 38% en in 1976: 59%. De schuld wordt gegeven aan de vergiftiging op ieder niveau van het menselijk bestaan: de hoge (!) levensstandaard, het enorm hoge energieverbruik en een zeer hoog ontwikkeld industrieel milieu.

Een nieuwe beschavingsfilosofie is noodzakelijk, stelt Rifkin. Hij geeft richtlijnen voor een soberder leven, zodat er voor onze kinderen en kleinkinderen nog wat overblijft om hun het leven mogelijk te maken.

Natuurlijk: dit is een boek uit Noord-Amerika, waar het verbruik aan energie per hoofd van de bevolking tweemaal zo hoog is als in Europa (waar het weer meer dan honderd maal zo hoog is als in Afrika), maar allen dreigen wij ten onder te gaan aan de verstikking van de entropie en het afval. □



Auto-embleem

Dit tweezijdig te gebruiken, artsen-auto-embleem is op veler verzoek tot stand gekomen om in voorkomende gevallen de reden van parkeren op een bepaalde plaats kenbaar te maken.

Dit embleem is naast het bekende raamem-bleem van plakplastic voor de leden van de Maatschappij Geneeskunst gratis verkrijgbaar bij de afdeling ledenbemiddeling der KNMG,

Postbus 20051, 3502 LD/Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon: 030-823911.

Het onderwijs in de universitaire huisartsenpraktijk

Slot: Deelname van patiënten

In twee vorige bijdragen berichtten wij over de inrichting van het onderwijs aan medisch studenten in de universitaire huisartsenpraktijk (UHP) van de Vrije Universiteit en over de ervaringen van studenten met dit onderwijs. De intensieve didactische begeleiding en de specifieke inbreng van de deelnemende patiënten zijn aspecten waardoor dit onderwijs zich onderscheidt van het gebruikelijke klinische onderwijs. In deze bijdrage willen wij nader ingaan op deze inbreng en tevens op het oordeel van de patiënten over dit onderwijs en hun eigen ervaringen daarbij.

Wij kozen ervoor de patiënten pas na afloop van het spreekuur te selecteren voor het onderwijs en hen telefonisch uit te nodigen nog eens speciaal voor het onderwijs terug te komen. Wij vragen hun daarbij zich op te stellen alsof zij nog niet met deze klacht bij de dokter zijn geweest. In feite introduceren wij daarmee een stukje simulatie maar dit houdt verband met ons onderwijsdoel studenten te confronteren met een nieuwe klacht of probleem. Naast het vermijden van een overvalsituatie heeft een dergelijke aanpak nog een tweetal voordelen:

a. Wij kunnen voor dit eerste contact van de student met een echte patiënt een veelvoorkomend, niet al te gecompliceerd probleem uitkiezen.

b. Wij kunnen patiënten vragen die voldoende distantie en nuance kunnen opbrengen om zich voor korte tijd in de rol van leerpatiënt te verplaatsen. Het onmiskenbare nadeel dat door het voorafgaande bezoek aan de huisarts toch enige vervorming van de oorspronkelijke klachtpresentatie kan optreden hebben wij op de koop toe genomen. Het verschil tussen een enigszins simulerende echte patiënt en een echte simulatiepatiënt bleek in de beleving van de studenten groot, maar bleek het aantal leermomenten niet nadelig te beïnvloeden.

Aan de patiënt wordt gevraagd na afloop van het consult met de student deel te nemen aan een korte nabespreking, waarbij naast beide studenten ook de docent aanwezig is. In deze nabespreking wordt de patiënt gevraagd zijn/haar oordeel te geven over de gang van zaken tijdens het consult. Er wordt de nadruk op gelegd dat het hier een leersituatie

H. O. Sigling,
A. J. Arbouw en
E. A. Reynders

Het inschakelen van patiënten bij het onderwijs aan medisch studenten op de wijze zoals dat in de universitaire huisartsenpraktijk van de Vrije Universiteit wordt gedaan wordt door alle partijen: docenten, studenten en patiënten, als zinvol beoordeeld. Zo luidt de conclusie in het derde en laatste artikel over deze vorm van onderwijs.

betreft en dat iedere opmerking, zowel lovend als afkeurend, voor de student van grote waarde kan zijn. Komt er weinig spontane feedback dan wordt meer specifiek gevraagd naar het verloop van het gesprek, het optreden van de student, de aanpak bij het lichamelijk onderzoek en de wijze waarop het probleem werd benaderd en afgehandeld. Tenslotte wordt de student gestimuleerd nog vragen aan de patiënt te stellen over momenten uit het consult waarover hij/zij onzeker of nieuwsgierig is. Hiermee is de taak van de patiënt ten einde.

Het verzoek om aan het onderwijs deel te nemen vindt in de grote meerderheid der gevallen een willig oor. Uiteraard vindt er al een belangrijke voorselectie plaats door het oordeel van de arts of iemand wel of niet geschikt is om te worden gevraagd. De meeste weigeringen berusten dan ook op het verhinderd zijn om op het gevraagde tijdstip te komen. Arbeidsverplichtingen, familieverplichtingen of het gebonden zijn door andere afspraken worden als meest voorkomende reden opgegeven. Slechts sporadisch berust een weigering op onwil of tegenzin. Blijkt uit de reactie van de patiënt een zekere terughoudendheid dan is tot nu toe het beleid hierover niet in discussie te gaan maar te benadrukken dat ook een weigering volkomen wordt gerespecteerd. Geeft iemand te kennen weinig voor deelneming te voelen dan wordt de patiëntenkaart van een opvallend signaal voorzien zodat hij of zij in de toekomst blijft gespaard voor een hernieuwd verzoek. Momenteel telt ons systeem onge-

veer veertig van deze gemerkte kaarten. Van hen die ooit deelnamen blijkt grofweg 3% niet meer voor een volgende maal beschikbaar.

Om ons over het oordeel van de patiënten een wat meer gefundeerde mening te vormen hebben wij na ruim een jaar onderwijs een eenvoudige schriftelijke meningspeiling verricht onder de circa 220 patiënten die tot op dat moment één of enkele malen hadden deelgenomen. Na een rappel was het totaal aantal terugontvangen en ingevulde formulieren 194 (ruim 88%), terwijl onder de non-respondenten een tiental om verklaarbare redenen, zoals vertrek uit de praktijk, taalbarrière of jeugdige leeftijd, niet antwoordden. Dat brengt de non-respons welke misschien verband houdt met een afwijzend oordeel op circa 7,5%. Van de terugontvangen formulieren waren per saldo 190 stuks voor verwerking geschikt.

Vraag 1 van het formulier betrof de vraag: hoe zinvol de patiënten het vinden te worden ingeschakeld bij het onderwijs aan medisch studenten. Wij vroegen hun mening daarover nadat zij het aan den lijve hadden ondervonden. In *tabel 1* zijn de resultaten samengevat. Helaas beschikken wij niet over een peiling vooraf, zodat we niet kunnen nagaan of de ervaring het oordeel versterkt of verzwakt. Met vraag 2 wilden wij ons een oordeel vormen over de gevoelens die het deelnemen als leerpatiënt bij de betrokkene had achtergelaten (*tabel 2*). Het valt op dat de mannelijke respondenten overwegen in de categorieën 'boeiend' en 'prettig', terwijl de vrouwelijke antwoordgevers iets meer gebruik maken van de aanduidingen 'moeilijk' en 'inspannend'. De hoge score in de categorie 'nuttig' doet de vraag rijzen of hier niet vaak is gedacht aan het nut voor de studenten in plaats van het nut voor zichzelf. Het verschil met vraag 1 is dan nog maar gering. Uiteraard waren wij zeer geïnteresseerd in de invloed die de deelname aan het onderwijs heeft op de motivatie en bereidheid en volgend maal opnieuw deel te nemen. Wij vroegen de mensen in vraag 3 hoe zij zouden reageren als zij in de toekomst opnieuw worden gevraagd mee te doen. De reacties zijn ondergebracht in *tabel 3*.

Tabel 1. Oordeel van patiënten over de zin van het inschakelen van patiënten bij het onderwijs aan medisch studenten (absolute aantallen).

	vrouwen	mannen	totaal
zeer zinvol	55	43	98
zinvol	52	35	87
zinloos	1	—	1
geen mening/niet ingevuld	2	2	4
totaal	110	80	190

Tabel 2. Oordeel van de patiënten over het gevoel dat deelname aan het onderwijs aan medisch studenten bij hen achterliet (in absolute aantallen).

	vrouwen	mannen	totaal
boeiend	19	22	41
leerzaam	37	26	53
pruttig	15	19	34
nuttig	73	50	123
vervelend	1	—	1
moeilijk	10	4	14
inspannend	7	4	11
nutteloos	2	1	3
diversen	6	11	14

Tabel 3. Bereidheid van patiënten tot hernieuwde deelname aan het onderwijs indien daartoe uitgenodigd (absolute aantallen).

	vrouwen	mannen	totaal
graag toestemmen	34	29	63
niet weigeren	72	48	120
wel weigeren	4	3*	7
totaal	110	80	190

* 2 mannen weigerden in verband met hun werk

Tabel 4. Bereidheid tot hernieuwde deelname aan het onderwijs in de toekomst uitgedrukt in het aantal malen (absolute aantallen).

	vrouwen	mannen	totaal
zo vaak als ik word gevraagd ...	42	37	79
hooguit 1 x per 3 maanden	31	16	47
niet meer dan 1 x per jaar	31	18	49
niet meer	4	3	7
niet duidelijk aangegeven	2	6	8
totaal	110	80	190

Tabel 5. Oordeel van patiënten ten aanzien van het ondergaan van lichamelijk onderzoek door studenten ten behoeve van onderwijs (absolute aantallen).

	vrouwen	mannen	totaal
totaal geen probleem	29	42	71
op beperkte schaal geen probleem	73	33	106
onaangenaam	12	2	14
niet goed ingevuld	2	3	5
totaal	116*	80	196*

* 6 vrouwen gaven aan lichamelijk onderzoek op beperkte schaal geen probleem maar het wel onaangenaam te vinden.

Een nog duidelijker beeld over de motivatie meenden wij te kunnen ontleen aan het antwoord op vraag 4: hoe frequent men bereid was deel te nemen (tabel 4).

Uit de gegevens tot nu toe komt naar voren dat de mannen, zij het in geringe mate, positiever staan ten opzichte van deelname aan het onderwijs dan de vrouwen. Wij vroegen ons af of dit verschil zou kunnen zitten in een iets grotere terughoudendheid ten opzichte van het lichamelijk onderzoek.

Wij informeerden daarom in vraag 5 of men het lichamelijk onderzocht worden zonder of met beperkingen wilde toestaan en in het laatste geval welke beperkingen men wilde stellen. Tabel 5 geeft aan wat men ervan vindt door studenten lichamelijk te worden onderzocht.

De verdeling van de getallen bevestigt de verwachting dat vrouwen meer reserve voelen ten opzichte van het lichamelijk onderzoek door studenten dan mannen. De beperkingen die men aangeeft hebben voornamelijk betrekking op inwendig onderzoek, op onderzoek door een groep studenten en door studenten die men persoonlijk kent. Een enkeling geeft aan de kleren te willen aanhouden, terwijl een ander aangeeft alleen noodzakelijk onderzoek te willen ondergaan. Anderzijds wordt ook de mening geuit dat lichamelijk onderzoek op beperkte schaal moeilijk is want 'halve dokters bestaan niet'. Aan het eind van het vragenformulier werd gelegenheid geboden tot het maken van opmerkingen, het doen van suggesties of het uiten van kritiek. In totaal 30 respondenten maakten van deze gelegenheid gebruik. De commentaren kan men in drie rubrieken: 'Opmerkingen', 'Suggesties' en 'Kritiek', onderbrengen (zie hier rechts boven).

CONCLUSIES

Het inschakelen van patiënten bij het onderwijs aan studenten in de universitaire huisartsenpraktijk op de wijze zoals in deze en in een vorige bijdrage is beschreven is zinvol. Het oordeel van de drie betrokken partijen – studenten, patiënten, docenten – is hierover eensluidend. De opzet, de uitvoering en het onmiddellijke effect van het onderwijs in z'n geheel wordt door de studenten zeer positief beoordeeld. Een cynicus zal opmerken dat dit al meer is dan van de meeste onderwijsprogramma's kan worden gezegd. Toch gaat het in het onderwijs niet in de eerste plaats om positief

I. Opmerkingen

- Goede zaak studenten vast in de praktijk enige ervaring te laten opdoen.
- Prettig te ervaren hoe andere (aankomende) artsen over bepaalde 'ziekten' denken.
- Vreselijk belangrijk dat aanstaande dokters vroeg leren hoe een patiënt zich voelt.
- Belangrijk is de patiënt in z'n geheel te leren zien, niet alleen de klacht.
- Achter een patiënt zit net als achter een dokter een mens.
- Gezien ervaringen van diverse mensen in onze omgeving is het hard nodig de relatie patiënt/arts te verbeteren (geldt niet voor onze huisarts).
- Ik vind het te waarderen dat de patiënt na afloop van het gesprek/onderzoek wordt gevraagd naar zijn/haar mening c.q. oordeel over het bezoek.
- Tape-opnames tijdens medische vragen zeer goed, student kent dan geen remmingen.
- Te veel zelf aan het woord geweest, zal volgende maal student meer laten praten.
- Ondervonds mag gezien de aard van de ziekte, de geestelijke toestand van de patiënt en de extra tijd die onderzoek door de student vraagt niet een te grote belasting vormen.
- Ga zo door, succes! (2x)

II. Suggesties

- Opname gesprek aan de patiënt laten zien. Bespreking hiervan dient ook als opleiding van de patiënt, wat optimale samenwerking van beide partijen ten goede komt.
- Student zou volledig de rol van huisarts moeten spelen door als eerste de patiënt te zien. (2x)
- Leerzaam voor student en patiënt als de student met zijn bevindingen voor de dag komt.
- Bij voorkeur medische kreten vertalen in goed Nederlands in het bijzijn van de patiënt.
- Goed gesprek met de patiënt voor en na het lichamelijk onderzoek geeft vertrouwen.
- Voor goed verloop van de evaluatie moet de patiënt weten wat van hem/haar wordt verwacht, graag duidelijke afspraken vooraf.
- Begeleidend arts zou patiënt na het onderzoek de mogelijkheid moeten geven onder vier ogen met hem te praten. Over dingen die de patiënt alleen aan de arts kwijt kan.

III. Kritiek

- Van tevoren niet duidelijk verteld over de video. (2x)
- Student moet je niet behandelen of je van boter bent.
- Bij het laatste onderzoek had ik graag een uitslag gehoord.
- Onderzoek studenten moet patiëntgericht zijn en niet alleen diagnosegericht.

gewaardeerde ervaringen. Het gaat vooral om het leerrendement op langere termijn. Beïnvloedt deze stage op enige wijze het leerproces tijdens de nog volgende co-assistentenschappen? Is er nog enig effect aanwezig op het moment dat de student toe is aan z'n artsdiploma?

Gezien de korte duur van de stage en de indringende en overweldigende ervaringen die de studenten tijdens de co-assistentenschappen opdoen is het niet waarschijnlijk dat nog een duidelijk effect aantoonbaar zal zijn. Vroegere onderzoeken hebben al aangetoond hoe sterk bepalend de invloed van de klinische co-assistentenschappen is op de vorming van de toekomstige arts. Desondanks zullen wij de gelegenheid aangrijpen om in het kader van een groter onderzoek na te gaan of mogelijk een subtiel onderscheid valt aan te tonen tussen studenten die wel en die niet het UHP-onderwijs hebben gevolgd. Tezijnertijd hopen wij daarop terug te kunnen komen. □

LVSG

Keuringen en verhoogde risicofactoren

'Individueel gerichte risicoschatting (prognostiek) is ook voor de meest ervaren medicus natte-vingerwerk. Het zou de medische stand sieren, wanneer hij dit duidelijk zou uitspreken.' Dit was een van de prikkelende stellingen van het themagedeelte van de LVSG-ledenvergadering op donderdagavond 9 juni over 'keuringen en verhoogde risicofactoren', die naar de woorden van voorzitter mw. dr. C. Hermann leidde tot een steeds moeilijker, maar ook boeiender discussie.

De stelling werd geponeerd door de heer Th. M. G. van Berkestijn, arts, plv. secretaris-generaal van de KNMG, die haar in zijn inleiding 'Zin en onzin van de medische keuring' aanvulde met de opmerking dat artsen met een gespecialiseerde kennis op een terrein van de geneeskunde die hun patiënten al lang kennen, zich nog fors kunnen vergissen als het gaat om het stellen van prognoses, ondanks herhaalde contacten en uitgebreid onderzoek. Hij vroeg zich af hoe het gesteld is met de waarde van prognoses van artsen met een brede, niet gespecialiseerde kennis m.b.t. iemand die zij niet kennen op grond van een eenmalig, kortdurend en beperkt onderzoek. Hieraan verbond hij de stelling: 'Het is merkwaardig dat er nauwelijks goed prospectief longitudinaal onderzoek is gedaan naar de medische lotgevallen van gekeurden in relatie tot keuringsresultaten'.

Kritische herwaardering

De inleiding mondde uit in een pleidooi voor een kritische herwaardering van het instituut keuring. De meeste problemen die zich daarbij voordoen kunnen volgens de inleider worden voorkomen als de keuringsarts zich vooraf afvraagt of de beoordeling die hem wordt gevraagd wel op het terrein van de medicus ligt. Is dit het geval, dan dient de keuringsarts zich af te vragen in hoeverre dit dan wel zo is en op grond van welke medisch-inhoudelijke criteria. Een te sterke medicalisering van het beoordelen van mogelijke risico's vond hij niet alleen onrechtvaardig waar andere, niet-medische en risicoverhogende activiteiten nauwelijks worden gewogen, maar ook omdat zij een schade in de zin van onnodig ziektegedrag in de toekomst kan opleveren. De door hem bepleite herwaardering zal mede plaats moeten vinden op basis van wetenschappelijk onderzoek naar onder meer de effecten van een keuring, een tot nu toe praktisch braakliggend terrein van research. Eén van de voorbeelden van schade die kan optreden door het onnodig medicaliserend en soms stigmatiserend effect van keuringen is het keuren op AIDS. Met alle begrip voor een verzekeraar die het seropositief zijn van een keurling als een nauwelijks te accepteren risico beschouwt, kunnen het nemen van een test op sero-

positiviteit en een vals-positieve uitslag de gekeurde met een mededeling opzadelen die desastreuze gevolgen voor zijn leven en dat van eventuele partners kan hebben. De heer Van Berkestijn achtte deze psychische schade in strijd met het beginsel dat een keuring de gezondheid van de gekeurde niet mag schaden. Er zou een verzekeringstechnische oplossing kunnen worden gevonden in een te stichten waarborgfonds of in (financiële) sancties achteraf. Een ander voorbeeld van een problematische keuringssituatie dat de inleider gaf betrof het beoordelen van de geschiktheid voor het uitoefenen van bepaalde activiteiten, die uitzonderlijke eisen stellen aan de gezondheid van het individu. Zoals de keuring van een vliegtuigpilot en de keuring van een diabeticus voor onregelmatige diensten. Deze keuringen moeten met een zeer gerichte vraagstelling plaatsvinden. Het doen van een basiskeuring is volgens de inleider volstrekt zinloos, althans in een aantal gevallen. De uitslag van een keuring, waarbij het altijd gaat om de vraag 'geschikt of niet', moet – bij voorkeur voorzien van een motivering – in eerste instantie aan de gekeurde worden meegegeeld. Deze kan dan alsnog zelf besluiten af te haken, of een 'second opinion' aan te vragen.

Ethische dilemma's

Het oude adagium van Hippocrates dat de arts altijd het belang van de zieke voorop moet stellen als hoogste wet, gaat volgens de heer Van Berkestijn ook in de curatieve gezondheidszorg niet meer op. Er is in beginsel niemand meer die meent dat alles voor iedereen moet kunnen. Conclusie: ook de keuringsarts mag individuele belangen afwegen tegen collectieve als hij in het ethische dilemma verkeert dat de belangen van gekeurde en opdrachtgever met elkaar botsen. Het afwegen moet wel eerlijk gebeuren, met gelijke kansen voor beide partijen, verantwoord en zonder individuen te discrimineren of uit te stoten. Dit houdt in elk geval het 'informed consent' van de gekeurde in en daarom alleen al is het screenen via een genenkaart van een ongeboorene ongeoorloofd.

Praktijkproblemen

Het lag voor de hand dat de aanwezigen nieuwsgierig uitkeken naar het betoog van de tweede inleider, de heer D. D. Idzerda, omdat deze medisch adviseur is van een particuliere verzekeringsmaatschappij. Voordat hij op de vorige inleiding inging, gaf de heer Idzerda een overzicht van de vele normen van verzekeringen waarin ziekte en arbeidsongeschiktheid een rol van betekenis spelen. In alle gevallen tracht de verzekeringsmaatschappij die



UIT DE VERENIGINGEN

gegevens te verwerven, op grond waarvan het door haar aan te gane risico zo nauwkeurig mogelijk is te schatten.

Hij bracht naar voren dat bij de uiteindelijke acceptatie of afwijzing niet bij voorbaat het advies van de medisch adviseur de doorslag geeft. Het is de acceptant die op grond van medische en niet-medische factoren een afweging maakt en beslist of een risico is te accepteren. De medisch adviseur blijft buiten de belangen die in deze afweging meespelen.

Het blijkt in de praktijk lang niet altijd eenvoudig, die voor het keurings- en gezondheidsformulier benodigde gegevens naar waarheid boven water te halen. De anamnese is uiteraard van groot belang omdat hieruit de status blijkt van degene voor wie de keuring is aangevraagd. Helaas wordt dit vragenformulier nogal eens door een doktersassistente ingevuld, zei de heer Idzerda. Dit is niet juist; er kunnen onnauwkeurigheden door ontstaan. Naar zijn mening moet de arts die een keuring uitvoert zich onthouden van een interpretatie van de gegevens, dit is het werk van de medisch adviseur. Deze laatst selecteert en adviseert. Het is dan ook onjuist als keuringsarts aan de kandidaat-verzekerde mededelingen te doen over de uitslag van de keuring in relatie tot de vorm van de af te sluiten verzekering. Levensbedreigende bevindingen bij keuringen, zoals bijv. longcarcinoom of HIV-seropositiviteit (zie de nieuwe spelregels bij keuringen voor verz. boven f 200.000,—) dienen op correcte wijze aan de huisarts en/of kandidaat-verzekerde te worden meegedeeld.

De heer Idzerda besluit zijn betoog met de doelstelling dat de leidraad voor de medisch adviseur hoort te zijn: zorg er voor dat verzekerde/gelaedeerde datgene krijgt waar hij recht op heeft, niet meer en ook niet minder, dan zullen de verzekerden die nog aan de beurt komen ook kunnen krijgen waar ze recht op hebben.

Bedrijfskundige aspecten

Bedrijfskundige aspecten van keuringen werden aan de orde gesteld door de heer H. Wolvetang, bedrijfsarts, die op persoonlijke titel zei te spreken aangezien de discussies over dit onderwerp in zijn beroepsgroep en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde nog lang niet zijn afgerond. Bedrijfsartsen, zei de heer Wolvetang onder meer, zijn zich als sociaal-geneeskundigen in het verleden altijd al bewust geweest van hun maatschappelijke functie en verantwoordelijkheid. Velen van hen twijfelen aan de waarde van de prevalentie- en incidentiegegevens, verzameld onder specifieke bevolkingsgroepen, voor hun werk onder de normale beroepsbevolking.

Ze zetten ook vraagtekens bij de mogelijkheid, de effectiviteit van de voorgestelde en lopende voorlichtings- en bestrijdingscampagnes te beoordelen. Bovendien maken ze zich als sociaal-geneeskundigen zorgen wanneer politieke stellingname of druk van persiegroepen verantwoord onderzoek en probleeminventarisatie in de eigen werknemerspopulatie al bij voorbaat blokkeren. De NVAB stelde zich al in 1975 op het standpunt dat bij aanstellingsonderzoek gebleken geschiktheid voor een functie een pensioenrisico-verzekeraar de betrokkene niet mag uitsluiten van pensioenrechten. Het beroep dat ze op de verzekeraars en artsen deed niet mee te werken aan uitsluiting als gevolg van een hoger uitvalsrisico, maar te zoeken naar mogelijkheden het op solidariteit gebaseerde verzekeringsprincipe door weging gestalte te geven, heeft niet mogen baten. De verzekeringspraktijk is de weg van risicoselectie gegaan, d.w.z. marktvergroting door aantrekkelijke voorwaarden te bieden voor groepen met een zeer lage of afwezige risicofactor.

De heer Wolvetang achtte het voor de LVSG een belangrijke taak te streven naar behoud van het solidariteitsbeginsel voor verzekerden, zowel wat de hoge als de lage risico's betreft. Een tweede taak voor de LVSG vond hij, gezien de betrekkelijkheid van testgegevens, in geval van een positieve test de statistische rekensom op

tafel te leggen. Daarmee kan men voorkomen dat er een al te rechtlijnige stigmatisering en besluitvorming plaatsvindt.

Taken bedrijfsarts

Tot de taken van de bedrijfsarts behoort het wegen van de belastbaarheid en de toekomstige of afwezige belasting, ter bescherming van de eigen gezondheid en het mede laten wegen van risico's voor de gezondheid en veiligheid van anderen, werkomgeving of produkt. Ook bedrijfsgeneeskundige loopbaanbegeleiding en advisering bij werkaanpassing en reïntegratie waarbij oordeelsvorming en advisering plaatsvinden, behoren hiertoe, evenals de advisering van sollicitanten tot behoud van de gezondheid bij de aanvang van hun loopbaan. Aangezien het evalueren van de relatie tussen arbeid en gezondheid ondenkbaar is zonder referentie aan vastgestelde gegevens over de startsituatie, zou het laten vervallen van aanstellingsonderzoek de bodem onder de bedrijfsgezondheidszorg wegnemen en dus onmogelijk maken.

Als een werkgever een werknemer aan risico's voor de gezondheid, zoals AIDS-besmetting, moet blootstellen, mag hij veronderstellen dat de keurende arts deze risico's in zijn oordeelsvorming mee zal wegen. Daarvoor moet hij gegevens over de betrokkene verzamelen. De heer Wolvetang zei dit meewegen van risico's zeer legitiem te achten en zelfs geboden voor een verantwoorde advisering aan de betrokkene, die per definitie de meest belanghebbende bij het medisch advies is en op grond daarvan kan besluiten de functie niet te aanvaarden. Blijft hij de functie wensen, dan zal het hem duidelijk moeten zijn dat ook de werkgever op de hoogte wordt gesteld van het geconstateerde risico. De werkgever zal dan het medische risico mee moeten laten wegen in de andere risico's die bij het besluit over aanstelling een rol spelen. De bedrijfsarts beschikt over een arsenaal van diagnostische mogelijkheden. Hij dient daaruit de juiste, op de functie gerichte keuze te maken. Overleg en onderlinge meningsvorming tussen bedrijfsartsen is hierbij van grote betekenis. De dagelijkse praktijk van de bedrijfs-geneeskunde heeft behoefte aan fundamenteel onderzoek en theoretische, medisch-ethische en juridische onderbouwing. Hiermee is de NVAB bezig. Er moeten ook gedragsregels voor keuringen komen. Maar dan nog kunnen deze nooit meer zijn dan een door beroepsgenoten aanvaard, algemeen denkkader dat zowel richting geeft als ruimte biedt aan hun eigen besluitvorming.

Discussie

Alcohol- en druggebruik, AIDS, solidariteit, risicofactoren, iemands gezondheidstoestand, wat is dat precies? – Kortom, een grote verscheidenheid aan onderwerpen passeerde de revue in de forumdiscussie. Vanuit de zaal bleek er onder meer veel interesse te bestaan voor het antwoord op de vraag wat de verantwoordelijkheid van de keuringsarts is bij het geven van een beoordeling die later onjuist blijkt te zijn. Een geruststellend woord vanachter de forumtafel: een arts zal zich, als hij nauwkeurig en naar eer en geweten werkt, altijd kunnen disculperen. Hij mag er over het algemeen van uitgaan dat de informatie die de cliënt hem geeft juist is.

Antwoorden op vragen m.b.t. drankgebruik zijn vaak moeilijk te interpreteren, want wat de een normaal vindt bestempelt de ander als abnormaal. Belangrijker is trouwens de vraag hoe mensen met hun drankgebruik omgaan, merkte een discussiant op, en een andere vulde aan dat aanstellingskeuringen betrekking hebben op de functie en niet op alcoholgebruik, zodat het niet gerechtvaardigd is zo'n vraag te stellen.

Het oordelen over ziekte en gebrek leverde eveneens veel discussie op. De maatschappij vraagt ons daarover een oordeel te geven, klonk het vanuit de zaal. Niet dat wij dat zo goed weten, maar als wij het niet doen, wie dan wel? Artsen kunnen, aldus een andere –

UIT DE VERENIGINGEN

bescheiden – discussiant, daarin een rol spelen, zij het niet de enige.

De solidariteitsgedachte zou ook voor verzekeringsmaatschappijen moeten gelden, kreeg de heer Idzerda te horen. Het gaat niet aan dat zij een drempel voor een pensioenverzekering opwerpen, gezien de koppeling van verzekeringen aan het arbeidsproces. Hij antwoordde dat een verzekeringsmaatschappij met de wet van de grote getallen heeft te maken en, afhankelijk van de grootte van een collectief contract, geen risico's mag aanvaarden waarmee ze de belangen van andere verzekerden kan schaden. Het is een andere zaak als een werkgever bereid is een hogere premie te betalen voor een werknemer die extra risico's loopt.

Van Berkestijn kreeg vragen over zijn opmerking dat het door velen onjuist wordt geacht als bij een aanstellingskeuring tevens het risico van opname in een pensioenverzekering wordt meegenomen, o.a. bij het ABP zou dit het geval zijn. Een discussiant merkte daarbij op dat dit voor het ABP niet opgaat: wie geschikt wordt bevonden voor een ambtelijke functie en in dienst treedt, krijgt een pensioenverzekering via het ABP zonder dat het fonds recht heeft hem of haar een speciale keuring te laten ondergaan. Dat moge voor het ABP zo zijn, zei de heer Van Berkestijn, maar ik kan bewijzen dat een grote onderneming met een eigen ziektekostenverzekering de keuringsmomenten niet voldoende scheidt. Daar was een sollicitant onaanvaardbaar voor de ziektekostenverzekering nadat hij seropositief was bevonden, terwijl men zelf toegaf dat hij geschikt was voor de functie waarvoor hij solliciteerde. Een stem uit de zaal: als bedrijfsarts houd je onwillekeurig rekening met risicodragende bepalingen.

Op de vraag aan Van Berkestijn of zijn betoog over de aanwezigheid van andere risicofactoren dan puur medische inhield dat naar zijn mening de medicus over deze risicofactoren een uitspraak moet doen, zegt deze dat dat zeker niet zijn bedoeling was. De bedoeling was te stellen dat aan medisch onderzoek te groot belang wordt toegekend. De arts beoordeelt alleen of iemand



Forumleidster Mw. Dr. C. Hermann aan het woord, geflankeerd door (v.l.n.r.) Th. van Berkestijn, H. Wolvetang en D. Idzerda.

(on)geschikt is voor een beroep op medische gronden. Op de vraag of prognostiek te gebruiken is voor aanstellingskeuringen zei Van Berkestijn dat hij daarvoor nog nooit een goed onderbouwd argument heeft gehoord.

Wolvetang zei op de vraag of een hoog uitvalsrisico een grond voor afkeuring zou kunnen zijn, dat dit z.i. niet in zijn algemeenheid kan worden gesteld. Dit hangt sterk af van de functie. Bij specifieke personen, die voor specifieke functies worden gekeurd kan het uitvalsrisico een element vormen van de advisering. Dat was het moment waarop mw. Hermann met het oog op de klok de discussie sloot, maar niet omdat er niets meer viel te bespreken. Integendeel, er was zoals een discussiant opmerkte nog genoeg stof over om een congres mee te vullen.

LAD

Nieuwe categorale groep

'Alleen al door het oprichten van zo'n vereniging worden werkloze artsen als groep erkend en kan de aandacht gevestigd worden op de problemen van deze groep en wordt hun bestaan niet meer ontkend of in de doofpot gestopt', schreef één van de respondenten op een vraag uit een enquête onder werkzoekende artsen, welke in april 1987 werd gehouden. Het was één van de meer dan 60 (80%) van het aantal op deze vraag ontvangen antwoorden) positieve reacties, waaruit bleek dat het initiatief van de LAD om in de toekomst tot oprichting van een aparte vereniging c.q. sectie voor uitkeringsgerechtigde artsen binnen de LAD over te gaan, op de ondersteuning van de groep werkzoekende artsen kan rekenen. Na de enquête is de werkgroep die door het Centraal Bestuur was ingesteld om de oprichting van zo'n vereniging voor te bereiden, met voortvarendheid aan het werk getogen. Op 11 april werd het eindrapport aan het Centraal Bestuur gepresenteerd, bevattende onder meer een voorstel om een categorale groep Uitkerings Gerechtigde Medici (UGM) op te richten.

De groep zal twee soorten leden tellen. Ten eerste zij die na afronding van hun studie recht op een uitkering hebben in verband met het feit dat er nog geen werk voor hen is dan wel geen plaats op een voortgezette opleiding tot huisarts, sociaal-geneeskundige of specialist. De groep jonge werkzoekende artsen derhalve, die sinds enkele jaren ook lid zijn van de LAD, waarvoor de LAD in de vorm van uitzendbureau, vacaturebank, sollicitatiecursussen etc. al veel werk verricht, maar die vanwege het feit dat zij een eigen verenigingsstructuur missen als achterban voor de LAD moeilijk aanspreekbaar zijn en zelf ook moeilijk een gezamenlijke inbreng

in het beleid van de LAD kunnen hebben. Met de oprichting van de UGM, waar ook niet-leden van de LAD/KNMG lid van kunnen zijn, hoopt het Centraal Bestuur in die situatie een verbetering te brengen.

De tweede groep is de groep artsen die om welke reden dan ook niet (meer) aan het arbeidsproces deelnemen. Dat zijn zij die een WAO-uitkering hebben, een invaliditeitspensioen, gebruikmaken van een OBU- of VUT-regeling dan wel gepensioneerd zijn. De ervaring leert dat ook deze groep problemen kan hebben met bijvoorbeeld hun uitkering, die individuele rechtshulp vereist. Zij kunnen echter ook collectieve belangen hebben op het gebied van de pensioenuitkering. Als bijvoorbeeld besloten wordt een deel van de algemene loonkostenstijging te besteden aan arbeidsduurverkortings dan heeft een gepensioneerd daar weinig aan. Zijn/haar uitkering wordt echter wel met een kleiner percentage verhoogd dan in feite wenselijk zou zijn. Aan dergelijke problemen zou binnen het CB van de LAD meer aandacht moeten worden besteed.

Om dit alles te realiseren heeft de eerder in dit artikel genoemde werkgroep als laatste opdracht gekregen een interimbestuur te vormen, waarin de beide genoemde groeperingen evenredig zijn vertegenwoordigd. Dat interimbestuur krijgt de opdracht een beleid voor de UGM te ontwikkelen en de algemene ledenvergadering voor te bereiden waarin de UGM officieel zal worden opgericht. Voor dit interimbestuur zoekt de LAD gegadigden. Belangstellende leden wordt verzocht zich voor aanmelding of voor meer informatie tot het bureau van de LAD te wenden, 030-823344.

KNMG Euthanasie

De visie over euthanasie die het hoofdbestuur in de zomer van 1984 naar buiten heeft gebracht heeft in sommige kringen de indruk gewekt dat de fase voorafgaand aan een vraag om euthanasie te weinig aandacht heeft gekregen. Het hoofdbestuur heeft daarom destijds een commissie ingesteld om aan deze fase uitgebreid aandacht te besteden. Het doel was tweeledig: a. de aandacht van artsen vestigen op deze fase; b. het eenzijdige image dat in dit opzicht van de KNMG bestaat, corrigeren.

De commissie heeft inmiddels aan het hoofdbestuur gerapporteerd. In het najaar zullen in Medisch Contact enkele artikelen worden gepubliceerd, welke tot doel hebben een discussie over dit onderwerp uit te lokken. Daarnaast zal worden getracht in de diverse afdelingen van de KNMG nascholingsactiviteiten met betrekking tot stervensbegeleiding van de grond te krijgen.

Voorts heeft het hoofdbestuur een afwijzend oordeel uitgesproken over een declaratie van de World Medical Association inzake euthanasie. De definitie, welke ook het verzoek van familie bevat, is onjuist en in strijd met de visie van het hoofdbestuur van de KNMG. De Commissie juridische relatie arts/patiënt heeft voorwaarden

geformuleerd waaronder een hulpverlener (i.c. de arts) kan weigeren een patiënt (verder) te behandelen respectievelijk een contract met de patiënt aan te gaan. Dit naar aanleiding van toenemende vragen vanuit het veld, hetzij vanwege principiële meningsverschillen tussen arts en patiënt, hetzij vanwege financiële problemen. Aan zo'n weigering dienen naar het oordeel van de commissie de navolgende eisen vóór te gaan; ten eerste indien de arts de gegronde overtuiging heeft dat er geen vertrouwensrelatie (meer) tussen de patiënt en hem mogelijk is en ten tweede als de arts een groter belang heeft bij het niet aangaan of verbreken van de relatie dan de patiënt bij handhaving daarvan (belangenafweging). Als procedurele eisen vóór achtte de commissie het van belang dat de arts met de patiënt overleg pleegt en dat de arts zijn besluit motiveert (zodanig schriftelijk). Als eisen achteraf achtte de commissie het noodzakelijk dat de continuïteit van de behandeling gewaarborgd is, dat de arts in noodsituaties bereid blijft te helpen en bereid is (kopieën van) patiëntgegevens te verstrekken. Het hoofdbestuur kan zich in grote lijnen in deze voorwaarden vinden en besluit deze richtlijnen te publiceren.

KNMG 'Partner van de arts'

Op zaterdag 4 juni jl organiseerde de KNMG-afdeling 's-Gravenhage e.o. een symposium, gevolgd door een cabaret en feest. Onderwerp van het symposium was: 'Partner van de arts'. Sprekers: Iteke Weeda, gezinssociologe te Wageningen, buitengewoon hoogleraar emancipatie-vraagstukken te Groningen: 'De artsenvrouw in een zich emanciperende samenleving'; Martha de Putter-Stuiveling: 'Huisartsenvrouw: een kwestie van goede wil!'; Heleen Crul, journaliste Elsevier: 'Midden in een (mee)slepende driehoeksverhouding'; Marjanke Spanjer, free-lance journaliste, medewerker NRC-Handelsblad: 'Partners in beweging: de enquête doorgelicht'.

Behalve mevrouw Iteke Weeda, zijn de sprekers partners van artsen. De eerste drie belichtten de situatie van de partner van verschillende kanten. Historie, huisartspraktijk en specialistenrelaties kwamen aan bod. Mevrouw Marjanke Spanjer gaf een toelichting op de uitkomsten van de enquête. In de maand maart was een

enquête met een groot aantal gestructureerde vragen en enkele open vragen aan de partners van de leden toegestuurd. Vijftig procent van de huisartspartners en dertig procent van de specialistenpartners retourneerden de enquête, tevens een aantal partners van 'overige' artsen (totaal 300). De enquête was opgesteld door partners van artsen in samenwerking met het IPM (Instituut voor Psychologisch Marktonderzoek). Het ligt in de bedoeling de samenvattingen van de lezingen en de resultaten van de enquête in een symposiumboekje uit te geven*.

Het cabaret 'Spot op de partner' (onder regie van Iris Vermeulen, die ook een groot aantal teksten voor haar rekening nam, en Nanne van Hoytema, die tevens de muziek verzorgde) werd gebracht door artsenpartners en gaf een kleurrijk beeld van de duizendpootfunctie van de artsenvrouw. Een zeer geanimeerd feest tot slot!

* Voor informatie over het symposiumboekje kunt u zich wenden tot: P. Steuteknuel, Riouwstraat 171 's-Gravenhage, tel. 070-503939.

KNMG Protesttelegram

De KNMG heeft dinsdag 14 juni een telegram gestuurd naar de bewindslieden van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Economische Zaken. De inhoud luidt als volgt:

Met verontwaardiging heeft het presidium der KNMG – heden in spoedzitting bijeen – kennis genomen van uw brief aan de Landelijke Specialisten Vereniging. Daarin kondigt u aan het generaal accoord op te zeggen. Daarmee negeert u tevens de uitdrukkelijke

oproep van de KNMG-voorzitter om de strijdbijl te begraven en tot samenwerking te komen. Nogmaals doet de KNMG dan ook een beroep op u om deze heilloze weg alsnog te verlaten. Immers, de thans te voorziene escalatie zal tot in lengte van jaren haar negatieve invloeden doen gevoelen.

Gezien de voorgestelde veranderingen in de gezondheidszorg is meer dan ooit behoefte aan positief gemotiveerde artsen.

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.