

# MEDISCH CONTACT

Nummer 50 – 16 december – 43e jaargang

Een van de nieuwe bezuinigingselementen die de staatssecretaris van WVC heeft gekoppeld aan de tweede beddenreductieronde, is de reductie van specialistische functieplaatsen. De chirurg Dr. K. J. Brouwer zet uiteen wat de consequenties zijn voor het specialisme algemene heelkunde in de regio Rijnmond. Een verhaal dat model staat voor vele andere.

Om de kwaliteit van het specialisme radiodiagnostiek te waarborgen heeft de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek een 'normpraktijk' gedefinieerd en degressieve tarifiering ingevoerd om excessief grote praktijken tot instroom te bewegen. Dr. J. C. de Valois, voorzitter van de NVvRd, doet een dringend beroep op zijn collegae waar mogelijk jonge collegae aan te stellen.

Het gedifferentieerde beleid voor opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis komt niet tegemoet aan de maatschappelijke vraag naar opname in volgorde van urgentie. Om patiënten met de hoogste urgentie het eerst te kunnen helpen, zal dit opnamebeleid moeten worden losgelaten, mene de artsen P. B. M. Robben en W. L. M. van Hinsbergh.

Zowel vanwege haar generalistische traditie als haar specifieke aandacht voor de grenssituaties van het leven, meer dan voor de technisch-medische aspecten van de ziekte, is de verpleeghuisgeneeskunde een generalistisch vakgebied. Dit betoogt Dr. J. C. van der Wulp, verpleeghuisarts.

Psychiatrie voor ouderen is een ingewikkeld vakgebied, dat door te weinig deskundigen wordt beoefend, een verbrokkelde organisatie kent en wordt beheerd door een mengeling van pessimisme en optimisme. Dr. F. van 't Hooft, zenuwarts te Zeist, ziet voor dat laatste weinig reden.

De visie van Robert Bentley Todd, een typische representant van de neurologisch geïnteresseerde artsen uit de eerste helft van de 19e eeuw en de man die als eerste de post-ictale parese beschreef, op de epilepsie wordt besproken door Dr. J. M. Keppel Hesselink, arts en medisch bioloog.

## INHOUD

In memoriam Dr. H. A. van Geuns – 1556

Functiereductie medisch specialismen. Een kritische analyse met betrekking tot de algemene heelkunde in de regio Rijnmond

*Dr. K. J. Brouwer – 1557*

Radiodiagnostiek Informatie Systeem 1982-1987. Terugblik en prognose

*Dr. J. C. De Valois – 1560*

Opnamebeleid psychogeriatrische verpleeghuizen. De negatieve gevolgen van de differentiatie

*P. B. M. Robben en W. L. M. van Hinsbergh – 1563*

Verpleeghuisgeneeskunde: een niet-specialistisch vakgebied

*Dr. J. C. van der Wulp – 1564*

Psychiatrie voor ouderen. Doelstellingen en problemen

*F. van 't Hooft – 1566*

Epilepsie in de eerste helft van de 19e eeuw. De visie van Robert Bentley Todd (1809-1860)

*Dr. J. M. Keppel Hesselink – 1569*

Uit de Gezondheidsraad. Preventie van infecties met *Campylobacter jejuni* – 1572

Arts en recht. AIDS-test in kader van diagnostiek. Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege 25 augustus 1988 – 1574

Rapport Nederlandse Vereniging voor Allergologie. Kwaliteitsbewaking en standaardisatie van allergeenhoudende extracten – 1575

---

Colofon 1550 – Colofon officieel 1550 – Hoofdedactioneel commentaar 1551 – Boeken 1552 – Agenda 1552 – Brieven 1553 – Dagboek van een waarnemer 1571 – Buitenland 1577

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

#### Bestuur Medisch Contact

Dr. P. van Rosevelt, voorzitter  
E. Iwema Bakker, secretaris  
Funke Küpperstraat 3, 1068 KL Amsterdam  
Mw. G. A. E. Kreek-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 verantwoordelijk. Verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

#### Abonnementen

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

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

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

#### Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgave van redenen worden geweigerd.

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

Opplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

#### Bij de voorplaat:

'Het medicijn' van Thomas Rowlandson (1756-1827), bekend om zijn karikaturen op het medische beroep.

## KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht, telefoon 030-823911.  
Postgironummer 58083-AMRO banknummer 45 64 48 969.  
KNMG-informatielijn 030-823339; KNMG-antwoordapparaat 030-823201; telefax 030-823326.

#### Dagelijks bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

#### Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

#### Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

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

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

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

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

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

#### Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

#### Bibliotheek

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

#### Stichting Dienstverlening Medici

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

#### Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

# Preventie van suïcide

In 1986 bracht de Gezondheidsraad een advies uit inzake suïcide. Hierin werd geconstateerd dat van de Westeuropese landen Nederland weliswaar een relatief laag suïcidecijfer kent, maar dat dit cijfer – evenals in de ons omringende landen – de afgelopen decennia gestaag is gestegen. Met ruim vijf suïcides per dag in de periode 1981 tot 1985 ligt dit cijfer in ons land zelfs hoger dan het aantal overledenen ten gevolge van het verkeer.

De meeste gevallen van suïcide doen zich voor in de grote steden. De plegers van suïcide kunnen grofweg in twee categorieën worden onderscheiden: mensen met chronische problemen en mensen met acute problemen. De eerste groep, waartoe vooral jongeren behoren, vertoont al jarenlang verschijnselen van psychologische instabiliteit en sociale ontwrichting. De tweede groep daarentegen, met vooral ouderen, leidt een betrekkelijk stabiel leven waarin echter plotseling ontwrichting optreedt, wat leidt tot een depressieve stoornis, al of niet in combinatie met alcohol- en druggebruik. De laatste decennia is vooral in de jonge leeftijdscategorieën het suïcidecijfer gestegen. De cijfers van de jaren tachtig laten een nogal grillig verloop zien, met een piek in 1983. De verontrustende stijging onder adolescenten en jonge volwassenen lijkt de laatste jaren tot staan te zijn gebracht en zelfs te dalen<sup>1</sup>. Hoewel deze jonge suïcidanten vaak chronische problematiek hebben, lijkt er bij hen nogal eens sprake te zijn van een plotselinge opwelling om dood te willen, al of niet naar aanleiding van een traumatische gebeurtenis die zij niet kunnen verdragen<sup>2</sup>.

Factoren van sociale of individuele aard verhogen het risico op suïcide. Wat de individuele factoren betreft, is de vroegere opvatting als zou suïcide vrijwel altijd een gevolg zijn van een depressieve stoornis thans verlaten. Wél moet worden vastgesteld, dat het aantal suïcidanten onder mensen met een psychiatrische stoornis bijna viermaal zo hoog is als onder de rest van de bevolking. Er lijkt (enig) verband te bestaan tussen suïcide enerzijds en zelfbeeld, wijze van probleemoplossing en aangeleerde wijze van probleemoplossing anderzijds.

Ieder die in zijn werk met suïcidepogingen en suïcide te maken krijgt, weet met wat voor negatieve gevoelens deze gepaard gaan. Vanzelfsprekend is er leed bij degene die een suïcidepoging onder-

neemt, maar deze poging roept tevens machteloosheid, wanhoop en woede bij naaststaanden en hulpverleners op. Dit gegeven heeft consequenties voor de hulpverlening. Zo is de interdoktervariatie ten aanzien van de herkenning en behandeling van depressie en suïcidaliteit uitermate hoog. Het is heel goed mogelijk, dat hierbij naast cognitieve aspecten ook eigen angsten en afweermechanismen een rol spelen.

Herkenning van suïcidaliteit is belangrijk. Immers, zo'n 70% van daders van een tentamen suïcidii blijkt voor de suïcidepoging contact te hebben gehad met een hulpverlenende instantie als huisarts, RIAGG, ziekenhuis, crisiscentrum, telefonische hulpdienst of politie. Als een depressie en/of suïcidaliteit wordt herkend, mag van een behandelende arts

## Dr. C. Spreeuwenberg

worden verwacht dat hij de kans op een suïcidepoging en *daadwerkelijke* suïcide kan inschatten. Hiervoor is het nodig door te vragen over suïcidedgedachten en -pogingen en te letten op de gevoelens die deze gedachten bij de patiënt oproepen. De vragen over suïcidaliteit kan men het best stellen in een opklimmende graad van indringendheid; verder is het belangrijk concrete afspraken te maken over bereikbaarheid en tijdstip van het volgende contact. Als men dit naar behoren doet, hoeft niet elke suïcidale patiënt te worden verwezen of opgenomen. Het herkennen en bespreekbaar maken van de suïcidaliteit en de aanwezigheid van concrete afspraken kunnen het risico op feitelijke suïcide verminderen, hoewel volledige zekerheid nooit is te krijgen<sup>3, 4</sup>. Dit laatste gegeven is moeilijk te hantieren en verklaart mogelijk ook waarom het gedrag van artsen tegenover suïcidale patiënten zo uiteenloopt.

Naar aanleiding van het al genoemde advies van de Gezondheidsraad heeft de staatssecretaris van WVC op 28 januari jl. een brief doen uitgaan naar vele bij de hulpverlening betrokken instanties, met het verzoek informatie te verschaffen over hun activiteiten ter preventie van suïcide. Het hoofdbestuur van de KNMG, dat eveneens om een reactie is gevraagd, heeft in verband hiermee een

commissie Suïcide ingesteld. Deze commissie concludeerde, dat de coördinatie van de preventieve activiteiten tussen de diverse beroepsgroepen aanzienlijk kan worden verbeterd. Expliciet bleek dit uit een notitie van een werkgroep van de LHV en de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) waarin de knelpunten, ervaren door RIAGG's en huisartsen, werden geïnventariseerd.

Zoals de commissie Suïcide voorts heeft geconstateerd, is het met de scholing op het gebied van preventie van suïcide in de medische vervolgoopleidingen en nascholingen bedroevend gesteld. Het onderwerp komt binnen de opleidingen tot sociaal-geneeskundige alleen in de tak jeugdgezondheidszorg enigszins (1 à 1½ dag) aan de orde, binnen de beroepsopleidingen tot huisarts in het ene instituut niet en in het andere gedurende maximaal 3 uur, en binnen geen van de post-academiale onderwijsinstellingen die hebben gereageerd. Binnen de medische faculteiten wordt naar de preventie van suïcide niet of nauwelijks onderzoek verricht.

Het is, gezien voortgaande constatering, een goede zaak dat het KNMG-hoofdbestuur in zijn antwoord aan de staatssecretaris van 6 december jl. de hand in eigen boezem heeft gestoken door te melden dat het wil stimuleren dat in de medische vervolgoopleidingen meer aandacht aan suïcide wordt gegeven. Het hoofdbestuur heeft tevens aanbevolen een nationaal instituut te creëren waarin onderzoek, voorlichting en opleiding op het gebied van suïcide ter hand worden genomen. Is er echter ook nu binnen de medische faculteiten geen instituut te vinden dat zich op het onderzoek naar preventie van depressie en suïcidaliteit wil en kan toelagen? □

1. Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland 1986. Utrecht: Nivel, 1987.

2. Schudel WJ. Suïcide onder adolescenten in Den Haag, 1980-1984. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 119.

3. Frankenberg W. Depressies in de huisartspraktijk. In: Praag HM van, Rooymans HM. Stemming en ontsteking. Amsterdam: Bohn, 1974: 253-68.

4. Jenner JA. Over depressies. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 469-72.

F. A. Bol (hoofddirecteur). *Territoriaal gedrag in het grensgebied tussen huisarts en specialist*. Samson Stafleu. Alphen a/d Rijn, 1988. 317 bladzijden. Prijs f 83,70. ISBN 90 6016 830 9.

Ter gelegenheid van de 200e uitgave in de serie 'De Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde' is een boek verschenen onder de titel 'Territoriaal gedrag'. Voor de lezers van Medisch Contact is de hoofddirecteur, die het initiatief nam, zeker geen onbekende. Het zou interessant zijn te weten of de gekozen naam oorspronkelijk meer in de vraagvorm is bedoeld. Wie dit boek leest zal tot de conclusie komen dat de naam – helaas – de lading volledig dekt. Op enkele uitzonderingen na wordt eerder het territorium afgebakend dan dat een poging wordt ondernemen om aan het grensvlak van eerste en tweede lijn meer vorm en inhoud te geven.

Van Es wijst in zijn bijdrage reeds op het rapport-Dekker en op de bezwaren van de jarenlange scherpe scheiding tussen eerste- en tweedelijnszorg. Meer en meer wordt ingezien dat deze scheiding moet verdwijnen, waarbij nogal eens naar de situatie in de VS wordt verwezen. Met behoud van een aantal goede kanten van ons gezondheidszorgsysteem zouden huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde veel meer als complementaire dan als tegengestelde systemen moeten worden beschouwd. Slechts in enkele bijdragen – ik sprak reeds van die van Van Es – vindt men deze visie in dit boek terug.

De bijdrage van de huisartsen Van de Lisdonk en Meyboom is helaas verdedigend: het territorium wordt scherp van de kliniek afgebakend. De diverse klinici houden vaak de oude belerende schrijfstijl; zo gaat Young in een klinische les in op de fouten die door de huisarts bij een drielat dermatologische patiënten zijn gemaakt.

Van de Lisdonk en Meyboom stellen terecht, dat uit veel bijdragen uit dit boek weinig vertrouwen in de huisarts spreekt. Dit stemt tot nadenken. Men kan dit echter niet afdoen met de opmerking dat dit niet terecht is. Uit diverse onderzoeken naar de kwaliteit van hulpverlening van huisartsen, onder meer in Nijmegen

## BOEKEN

en Utrecht, blijkt dat zich tussen huisartsen verschillen voordoen wat de kwaliteit van hun hulpverlening betreft, gemeten met de normen die door de beroepsgroep zelf zijn ontwikkeld en althans door LHV en NHG zijn geaccepteerd.

Noch het verdedigen van het eigen territorium noch het aanvallen van dat van de ander vormt een bijdrage tot het opheffen van de problemen op het grensvlak van de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Positieve ontwikkelingen, zoals experimenten met nieuwe samenwerkingsvormen tussen huisarts en specialist, het ontwikkelen van standaards, werkafspraken, protocollen, komen in dit boek veelal alleen terloops ter sprake.

Dit boek omvat 34 hoofdstukken, waarvan er 31 door klinici zijn geschreven. Vergelijking van de opdracht van de hoofddirecteur met de verschillende bijdragen laat een opvallende discrepantie zien. Slechts enkele auteurs geven concreet aan welke taken naar hun mening door de huisarts zouden kunnen worden overgenomen c.q. waar een andere taakverdeling mogelijk zou zijn.

Gelukkig zijn er ook positieve geluiden. Zo gaat Pool in op de mogelijkheden van thuisbehandeling van patiënten met een myocardiinfarct, een onderwerp dat in Nederland, in tegenstelling tot Groot-Brittannië, grotendeels taboe is. Reitsma wijst op de mogelijkheid om bij patiënten met diabetes mellitus type 2 de taken tussen huisarts en specialist te verdelen. Ook Struyvenberg biedt een aantal concrete ideeën om tot intensievere samenwerking te komen. Dieges vermeldt de mogelijkheid van consultatief onderzoek bij patiënten met allergie; dit is een goed voorbeeld om tot een meer gedifferentieerde vorm van samenwerking tussen huisarts en specialist te komen.

Al met al is dit boek boeiend om te lezen. Het is aan de lezer uit te maken in hoeverre hij of zij zichzelf c.q. zijn of haar discipline in dit boek herkent. Gezien de komende veranderingen op het grensvlak van eerste en tweede lijn, is dit

boek zeer actueel. Het zal ieder tot nadenken stemmen. In dit opzicht kan het boek wél geslaagd worden genoemd.

R. A. de Melker

G. van der Stouw (red.), *Grondslagen van Hulpverlening*. Uitgeverij Kok, Kampen, 1988. 79 blz. ISBN 90 24244110. Prijs: f 19,75.

Dit boekje is het vijfde deel van de Vijverberg-serie. Het weerspiegelt de inhoud van het gelijknamige congres, dat in maart 1987 onder auspiciën van de Stichting voor Reformatorische Wijsbegeerte plaatsvond. Vijf auteurs houden – elk in een eigen artikel – zich bezig met een aantal fundamentele aspecten van hulpverlening, waarbij met name sleutelwoorden als ontmoeting, nood, relatie, aanvaarding en macht aan bod komen.

De auteurs gaan uit van de gedachte, dat een visie over grondslagen van hulpverlening onverbreekelijk verbonden is met de eigen levensbeschouwing. Dientengevolge zijn de artikelen duidelijk geënt op de christelijk-reformatische gezindheid van de auteurs. Dat neemt niet weg, dat in de meeste artikelen eveneens aandacht wordt besteed aan theoretische onderwerpen, die niet of nauwelijks door levensbeschouwing worden bepaald. Zo gaat bij voorbeeld K. Veling in zijn artikel 'Hulpverlening in de spanning tussen onmacht en mondigheid' nader in op de wijze waarop Selvini Palazzoli de systeembenadering toepast in de hulpverlening.

Voor hulpverleners, die open staan voor bezinning op fundamentele uitgangspunten van hulpverlening, is het boekje zeker het lezen waard. Het doorklinken van de protestants-christelijke geloofsovertuiging in de artikelen biedt aan lezers van gelijke gezindheid wellicht een extra dimensie. Daar staat tegenover dat andere lezers een sterke verwevenheid van hulpverlening en christelijk perspectief – zoals in dit boekje – misschien afwijzen.

W. Brouwer

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

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

16 januari – Amsterdam: 'Nieuwe antimicrobiële middelen: wat moeten we ermee?', nascholingsavond. Inlichtingen: Administratie

## AGENDA

NIGA, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam, tel. 020-5484810.

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

18-20, 26 en 27 januari – Delft: 'ADA', cursus.

Inlichtingen: PAO-Informatica, Van Diemenstraat 136, 1013 CN Amsterdam, tel. 020-233094.

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

19 januari – Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht: 'Bewegingsapparaat', trainingscursus. Inlichtingen: Rona Le Doux, bureau PAOG, Bankstraat 3, 6214 XN Maastricht, tel. 043-435590.

**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.**

## GEZONDHEIDSBELEID EN MACHTSVERSNIPPERING

'Ingrijpende wijzigingen in het gezondheidszorgbeleid verzandden tot nu toe steeds ten gevolge van de machtsversnippering in de volksgezondheid', stellen Van de Vrie en Van Elzakker terecht op pagina 1119 van MC nr. 38/1988. Dit was de inleidende zin van twee artikelen waarin de auteurs de geponeerde stelling illustreren aan de hand van de stagnerende invoering van de 'Nota 2000', die een verschuiving naar gezondheidsbeleid beoogt. Het antwoord op de vraag waarom het gezondheidsbeleid binnen het gezondheidsvoorzieningenbeleid niet van de grond is gekomen hebben de auteurs feitelijk al in hun eerste zin gegeven: elke vernieuwing of verschuiving binnen de versterkte gezondheidszorg is gedoemd op de klippen te lopen zolang zij niet gedeceerd vanuit een machtscentrum is door te voeren. Ik vond het jammer dat genoemde auteurs, in plaats van hun stelling met de casus van het gezondheidsbeleid te bewijzen, hun energie niet hebben gericht op de vraag hoe gezondheids(zorg)beleid wél effectiever kan worden. Ze gaven mijns inziens wel de enig juiste aanzet daartoe, namelijk door de machtsversnippering te beschrijven en enigermate te verklaren. Immers, is de machtsstructuur begrepen, dan kunnen de onderscheiden belangen via politieke besluitvorming, bestuurlijke maatregelen en onderhandelingen aan een overeengekomen gezondheids(zorg)-beleid worden gebonden. Uiteraard geen eenvoudige zaak, maar toch een begaanbare weg, als men vindt dat de gezondheidszorg een maatschappelijk goed is waarvan ook de kwaliteit aan democratische beïnvloeding en sturing onderhevig behoort te zijn.

Overigens, al is de machtsvraag in democratische zin beslecht, dan is dat op zich nog niet voldoende voorwaarde voor effectieve beleidsinterventies of sturing in de zorg. In het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek (oktober 1988) heb ik dit probleem onder de loep genomen en verdere voorwaarden opgesomd waaronder effectieve beweging en beheersing van de zorg kunnen worden bevorderd: de ook door de auteurs gesignaleerde kloven in het bonte zorgveld dienen door beleidsvoerenden op alle niveaus creatief te worden gedicht, onder meer door kortere verbindingen en daardoor meer voeling met de praktijk van uitvoerenden te zoeken. De (geestelijke) gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening dienen daarbij als één geheel en echelon-overschrijdend te worden opgevat en in hun onderlinge samenwerking benaderd. Dit lukt alleen maar goed door de zorg in zodanige gemeenschappelijke werkgebieden ('regio's')

## BRIEVEN

in te delen, dat zij door de direct betrokken deelhebbers is te overzien en aanspreekbaar wordt voor (externe) overheden en verzekeraars. Laatstgenoemden kunnen dit zelf met kracht bevorderen door een beloning op samenwerking in regionaal verband te stellen, hetgeen ze in regiobudgetten tot uitdrukking kunnen brengen. Zoals alle beleidsplannen impliciet veronderstellen, maar altijd veronachtzamen, vergen ook deze randvoorwaarden een infrastructuur. Het opbouwen daarvan is een dagtaak en dient te worden uitgevoerd door een niet-partijgebonden ontwikkelingsfunctionaris, die opereert binnen het kader van overeengekomen regionale zorgplannen.

Amsterdam, november 1988

Drs. N. de Louw, socioloog, als stafmedewerker voor het inhoudelijk beleid verbonden aan de Stichting ter Ontwikkeling van de Zorg in Amsterdam (Stoza).

## WERKZOEKENDE ARTSEN

Over tien jaar zou er een artsentekort ontstaan. Misschien is dat zo. Bewijzen hiervoor zijn er niet. Werkzoekende artsen zullen met dit bericht erg blij zijn!

Ongeveer tweeduizend artsen vinden geen praktijk. Daartegenover werken huisartsen en specialisten 60 uur per week, en dat is te veel. Als deze artsen 5 tot 10 uur minder per week zouden werken, zou iedere werkzoekende arts een praktijk kunnen beginnen. Maar – en daar ligt het probleem – wie van de gevestigde artsen zou ook 5 à 10 uur per week aan honorarium willen inleveren?

Den Haag, november 1988

P. J. J. Verlooy, arts

## ACTIEF DODEN VAN ERNSTIG GEHANDICAPTE PASGEBORENEN

In de argumentatie van Prof. Sporken in zijn stuk 'Actief doden van ernstig gehandicapte pasgeborenen' (MC nr. 41/1988, blz. 1238) lijkt een premisse niet expliciet naar voren te worden gebracht. Zonder die premisse zijn de conclusies die hij uit zijn betoog trekt niet goed

te begrijpen, met name waar hij tussen actief doden en afzien van behandeling bij onmondige patiënten met een infauste prognose zo een onderscheid maakt, dat de eerste nooit en de tweede wel verantwoord wordt geacht.

Een aanwijzing is, dat Prof. Sporken zich rekent tot 'de christenen, die het leven als gave en opgave van Godswege zien' (blz. 1239, 1e kolom). Vermoedelijk is de strekking van het impliciete uitgangspunt, dat het moment van sterven slechts door God mag worden bepaald, althans waar het onmondige patiënten betreft. Met deze premisse wordt het betoog sluitend. Dan is zowel actief doden als medisch zinloos handelen in het licht van een infauste prognose te zien als ingrijpen op een van de laatste gebieden waar God het alleenrecht heeft, en dus te veroordelen.

Waar Prof. Sporken de discussie op gang lijkt te willen helpen, verdient het de voorkeur een dergelijke cruciale premisse, die niet door een ieder wordt onderschreven, expliciet te maken.

Leiden, november 1988

B. R. A. van der Veen

## Naschrift

Allereerst mijn dank aan de heer Van der Veen voor zijn reactie en aan Medisch Contact voor de gelegenheid tot een naschrift. Ter verduidelijking van de bedoelde passage het volgende: Het leven als gave en opgave zien (wat overigens geen monopolie van christenen is!) betekent niet dat het leven absoluut onaantastbaar is. Het houdt in, dat de mens niet naar willekeur, doch slechts op redelijke gronden, daarover beslissen mag. Daarom kan het mijns inziens ethisch verantwoord zijn, dat iemand in een bepaalde probleemsituatie kiest voor een hogere waarde dan die van het leven of de levensduur, en derhalve besluit tot actieve levensbeëindiging.

Geheel anders ligt de zaak als het gaat om het leven van een onschuldig medemens (we spreken immers niet over actief doden uit zelfverdediging en dergelijke). Het leven zien als gave en opgave leidt *niet* tot de conclusie, dat men 'dus' in die gevallen het moment van sterven maar door God moet laten bepalen! Dat doen we – terecht! – ook niet wanneer we door geavanceerde medische interventies iemand van de dood terughalen. Maar als we dat laatste bij wils-onbekwame patiënten tevergeefs of misschien zelfs ten onrechte en zonder resultaat hebben geprobeerd, mogen we mijns inziens ons falen niet 'goedmaken' of 'voltooien' door actief doden van die patiënt. Immers, actief doden is niet het adequate antwoord op

onze problemen met het ons inziens onluisterend sterven en onze problemen met de duur daarvan!

De premisse voor deze ethische stellingname is gelegen in deze overtuiging: de beslissingsbevoegdheid inzake actieve levensbeëindiging is een dermate persoonlijke aangelegenheid, dat omstaanders elke rechtvaardigingsgrond missen om een dergelijke beslissing buiten die ander om te nemen. De eerbied voor deze beslissingsbevoegdheid behoort tot de meest fundamentele beginselen, die zowel ethisch als juridisch het samenleven van mensen normeren.

Maastricht, november 1988  
Prof. Dr. Paul Sporken

## WIE KENT ZO'N PATIËNT

### Trichotillomanie

In mijn praktijk heb ik een patiënte die lijdt aan 'Trichotillomanie' ofwel de ziekelijke zucht om de haren uit te trekken. Zij heeft mij gevraagd of ze in contact kan komen met anderen die aan hetzelfde lijden. Zij wil graag met hen praten om te vernemen hoe zij ermee omgaan, wat zij hebben gedaan om eraf te komen, hoe de gevolgen te camoufleren, etc.

Ik heb haar erop gewezen, dat in de rubriek 'Brieven' van Medisch Contact wel vaker een oproep verschijnt en dat zij zelf een dergelijke oproep zou kunnen plaatsen. Zij ziet er echter nogal tegen op dit te doen en heeft daarom mij verzocht dit voor haar te doen.

Mensen die hierop willen reageren kunnen zich tot mij wenden, waarop ik zal zorgen, dat de gegevens naar de betrokken patiënte zullen worden doorgespeeld.

Oirsbeek, november 1988  
M. J. F. M. Klaassen, huisarts,  
Provincialeweg Zuid 90,  
6438 BH Oirsbeek,  
tel. 04492-1303

## H2-REMMERS

Van Adrichem c.s. melden in Medisch Contact van 11 november jl. (MC nr. 45/1988, blz. 1391) dat een 'miljoenenbesparing mogelijk' is door beperking van het voorschrijven van H2-antagonisten. Hun boodschap kan ik van harte ondersteunen: antacida zijn te onrecht in het verdomhoekje geraakt, afgaande op het voorschrijfpatroon van de Nederlandse artsen. Het rekenwerk van de druk cijferende auteurs moet evenwel worden overgedaan. Zij baseren zich op een geschatte incidentie van peptische ulcera op grond van registratiegegevens. Maar we weten dat er stille ulcera voorkomen<sup>1</sup>. Ook weten we dat patiënten met dyspeptische klachten in ongeveer 25% van de gevallen

## Aanvulling FNA

*Aan het FNA is in 1988 een achttal nieuwe bereidingsvoorschriften toegevoegd. De arts heeft hiermee weer even zoveel preparaten tot zijn beschikking. Omdat de laatste uitgave van het Artsen-FNA alweer van 1986 dateert en een nieuwe druk niet onmiddellijk in het verschiet ligt, worden de voornaamste karakteristieken van de preparaten hier belicht.*

Het gaat om voorschriften voor Hypochlorietsmeersel 0,25%, Calciumgluconaathydrogel 2,5%, Erytromycine-oogzalf 0,5%, Mesalazineklysma 1 g/100 ml en 4 g/100 ml, en de ORS-preparaten Sal rehydratans ad usum perorale en Mixtura rehydratans ad usum perorale. Ook een in 1987 geïntroduceerd preparaat Indometacine-oogdruppels willen we nog even onder uw aandacht brengen.

*Hypochlorietsmeersel 0,25%* is in de praktijk beter bekend onder de naam Eusol-paraffine smeersel. Deze oude naam is verwarrend omdat het een verkeerd beeld geeft van de samenstelling. Eusol wordt in de Britse Farmacopee beschreven als een mengsel van calciumhypochloriet met boorzuur in water. Het FNA-preparaat bevat natriumhypochlorietoplossing zonder het toxische boorzuur. Hypochlorietsmeersel vindt voornamelijk toepassing bij decubitus.

*Calciumgluconaathydrogel 2,5%* is bedoeld als uitwendig antidotum tegen fluorwaterstofzuur. In de praktijk wordt ook wel een sterkte van 10% voorgeschreven; 2,5% op de juiste wijze gebruikt is evenwel afdoende. Er is onderzoek gaande of van hogere concentraties een nog snellere werking mag worden verwacht. De apotheker kan zorgdragen voor een adequate gebruiksaanwijzing.

*Erytromycine-oogzalf 0,5%* kan voor een deel van de indicaties in de plaats treden van Chlooramfenicolzalf 1%. Het wordt aanbevolen bij ooginfecties waarbij Streptococcus pneumoniae, Haemophilus aegypticus of Staphylococcus aureus de verwekkers zijn.

*Retentieklysma's met mesalazine (5-ASA)* zijn toepasbaar bij proctitis of bij distaal gelokaliseerde colitis. Deze klysma's zijn ten minste even effectief als prednisolonklysma's. Mesalazine moet ons inziens niet worden gecombineerd met prednisolonnatriumfosfaat, sulfaguanidine en tinctura opii crocata (laudanum). Farmaceutisch gezien is deze combinatie onvereenigbaar en er is in de literatuur geen enkele aanwijzing te vinden dat een dergelijke combinatie de voorkeur verdient boven monotherapie met mesalazine of een corticosteroid.

De samenstelling van het Sal rehydratans is gelijk aan die van het meest recente ORS-voorschrift van de WHO. Het is uitwisselbaar met 'ORS voor volwassenen' van Nutricia. Er is geen apart preparaat ontwikkeld voor zeer jonge kinderen; dit is ook volgens de WHO niet nodig, mits de juiste dosering voor deze leeftijdsgroep wordt doorgegeven: twee flessen drank afwisselen met één fles water of vruchtesap. Mixtura rehydratans, de kant en klare drank, is beschikbaar indien men zekerheid wil hebben dat de patiënt de juiste hoeveelheid zout in de juiste hoeveelheid water krijgt toegediend.

Een speciale vermelding verdient het FNA-preparaat Indometacine-oogdruppels 0,1%, dat niet in het Artsen-FNA 1986 is opgenomen, maar waarvan het voorschrift al sinds 1987 in de apotheek is. Er bestaat naar onze indruk enige verwarring over deze oogdruppel. Het commerciële preparaat bevat indometacine als suspensie in een sterkte van 1%. Oogartsen schrijven ook wel 0,5% voor als suspensie of als oplossing. Van al deze oogdruppels wordt de klacht van irritatie gehoord. Uit dierexperimenteel onderzoek is gebleken dat voor een optimale remming van de prostaglandinesynthese een concentratie van 0,05-0,1% indometacine in oplossing voldoende is. Het FNA-preparaat bevat 0,1% indometacine in oplossing. Van dit preparaat worden geen klachten over irritatie vernomen. Verdubbeling van deze concentratie heeft ons inziens geen enkel nut.

Tot besluit nog het volgende: Uit het FNA vervallen is Lactosalicylcollodium. Bij nader inzien bleek de voorkeur voor dit preparaat in het Artsen-FNA 1986 niet terecht. De toevoeging van melkzuur draagt niet bij aan de effectiviteit maar wel aan de irriterende eigenschappen. Salicylzuurcollodium 20% is hiermee weer in ere hersteld als eerste-keuspreparaat.

P. H. A. M. Kloeg, apotheker, Laboratorium der Nederlandse Apothekers

endoscopisch een ulcus pepticum blijken te bezitten<sup>2</sup>. Bij langdurige follow-up blijkt ongeveer 40% van de patiënten met dyspeptische klachten een ulcus pepticum te krijgen<sup>3</sup>. Wanneer rationele therapie, zoals de auteurs voorstellen, radiologisch, endoscopisch, invasief of instrumenteel onderzoek inhoudt bij patiënten

verdacht op een ulcus, dan is rekening te houden met een aanzienlijk hogere incidentie van peptische ulcera. Het rekenwerk moet bovendien de kosten van veel meer onderzoek verdisconteren dan thans onder huisartsen gebruikelijk is. Waarschijnlijk een miljoenen-toname!



Zover moet het niet komen. Gelukkig weten huisartsen, in tegenstelling tot de auteurs, wel onderscheid te maken tussen indicaties voor nader onderzoek en indicaties voor het instellen van een behandeling<sup>4, 5</sup>. Verwarrende en frustrerende opmerkingen in het artikel zouden met dit onderscheid kunnen zijn voorkomen, zoals: 'Bij het ulcus ventriculi moet men bedacht zijn op maskering van een maligniteit. Dit moge een waarschuwing zijn om niet louter op anamnestiche gronden te behandelen met H2-remmers'.

Duidelijk moet zijn dat het ulcuslijden een niet te onderschatten chronische ziekte is. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de studie van Wade en de zijnen<sup>6</sup>: in de huisartspraktijk werd gevonden dat de recidiefkans tijdens onderhoudsbehandeling na een jaar ongeveer 50% was, na twee jaar 75%. Dit contrasteert sterk met de in het artikel geciteerde gegevens uit de multinationale studie van Walan c.s. Ik ben geneigd de betrouwbaarheid van de multinationale studie lager in te schatten dan die verricht in een stabiele huisartspopulatie.

Ik begrijp uit het artikel, dat ziekenfondsen en apothekers ernstig in hun maag zitten met de kosten voor H2-remmers. Wanneer uit deze hoek (huis)artsen wordt 'geleerd' hoe wél met H2-remmers om te gaan, zal het effect, zoals steeds bij politieke farmacotherapeutische maatregelen tot nu toe, sterk kostenverhogend werken.

Nijmegen, november 1988  
Dr. E. van de Lisdonk

#### Literatuur

1. Bartelsman JFWM. Een maagzweer komt vaker voor dan u denkt. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 879.
2. Heatly RV, Rathbone BJ. Dyspepsia: a dilemma for doctors? Lancet 1987; ii: 779-82.
3. Gregory DW, Davies GT, Evans KT et al. Natural history of patients with X-ray negative dyspepsia in general practice. Br Med J 1972; iv: 519-20.
4. Lisdonk EH van de. Het ulcuslijden opnieuw bezien. Huisarts en Wetenschap 1987; 30: 284-8.
5. Anonymous. Management of dyspepsia: report of a working party. Lancet 1988; i: 576-9.
6. Wade AG, Rowley-Jones D. Long term management of duodenal ulcer in general practice: how best use cimetidine? Br Med J 1988; 296: 971-4.

#### Naschrift

Wij danken Van de Lisdonk voor zijn reactie. Van de Lisdonk maakt bezwaar tegen het gebruik van registratiegegevens voor het bepalen van de incidentie van het ulcus pepticum. Hij wil 'stille' ulcera erbij betrekken. Deze zullen echter geen aanleiding zijn voor een doktersbezoek; stille ulcera moeten dan ook niet betrokken worden bij onze berekeningen. Dat ongeveer 20-25% (dus niet 25%) der patiënten met dyspeptische klachten een ulcus pepticum heeft, wordt vermeld in de literatuurstudie van Heatly, waarin de definitie van dyspeptische klachten onduidelijk is. Bij lezing van één der oorspronkelijke artikelen blijkt de onderzoekpopulatie te bestaan uit patiënten

met klachten die mogelijk beruften op een aandoening van het bovenste deel van de tractus digestivus<sup>1</sup>. Dat dan bij endoscopie slechts in 11% (!) een ulcus ventriculi (UV) of duodeni (UD) wordt gevonden is niet verwonderlijk. Wij achten de meeste Nederlandse huisartsen in staat tot een betere voorselectie, voordat zij tijdens het diagnostisch proces kiezen voor de werkhypothese 'UD of UV'. Zo zagen in een oriënterend onderzoek 18 Nederlandse huisartsen dat hun vermoeden op een ulcus duodeni of een ulcus ventriculi in 65% endoscopisch kon worden bevestigd<sup>2</sup>.

Om te onderschrijven dat huisartsen beter dan de auteurs in staat zijn onderscheid te maken tussen indicaties voor nader onderzoek en indicaties voor het instellen van behandeling, verwijst Van de Lisdonk naar het verslag van een workshop van gastro-enterologen! Voorts verwijst Van de Lisdonk naar een eigen publikatie waarin hij aangeeft hoe onder huisartsen verschillende strategieën kunnen worden gehanteerd inzake het diagnostisch en therapeutisch handelen bij de werkhypothese 'ulcuslijden'; hij kiest daarin voor een strategie waarbij niet altijd de endoscoop wordt gehanteerd voordat behandeling met specifieke maagmiddelen wordt gestart.

Uit de eigen huisartsenervaring van één der auteurs en uit de gesprekken die deze heeft met vele huisartsen komt naar voren, dat de endoscopische dan wel de röntgenologische diagnostiek nog een belangrijke plaats inneemt. Mogelijk hebben wij de indruk gewekt dat bij elk recidief-ulcus wederom een scopie/röntgenfoto noodzakelijk zou zijn. Dat willen wij geenszins betogen. In zoverre zijn we dankbaar dat Van de Lisdonk op de diagnostische problemen wijst. Wij blijven het echter minder verantwoord vinden, langdurige onderhoudsbehandelingen te geven zonder dat ooit een endoscopisch of röntgenologisch onderzoek plaatsvindt. Dit heeft niets te maken met 'beleving' of 'politieke farmacotherapeutische maatregelen', maar met onze op basis van literatuuronderzoek en ervaring tot stand gekomen professionele overtuiging in dezen.

Bij de uitgangspunten voor de kostenberekening hebben we rekening gehouden met de waarde die patiënten én hun huisartsen hechten aan een gemakkelijke doseringsvorm. Indien we dat niet doen (met het risico van een lagere compliance), kunnen we komen tot een rationeel farmacotherapeutisch en tevens rationeel diagnostisch beleid dat Van de Lisdonk wellicht meer aanspreekt:

1. Bij voor ulcus pepticum suspecte klachten starten met een kuurbehandeling met antacida.
  2. Indien onvoldoende verbetering optreedt dan wel een recidief optreedt binnen één jaar: endoscopie/röntgenfoto. Bij 'bewezen' ulcus H2-remmer als kuur.
  3. Bij een tweede recidief binnen één jaar weer H2-remmers, waarna drie jaar onderhoudsbehandeling.
- Deze strategie zou aan maaggeneesmiddelen een extra besparing van f 3,5 miljoen boven de reeds berekende f 40 miljoen betekenen.

Tenslotte: De door Van de Lisdonk aangehaalde studie van Wade betreft 152 UD-patiënten die een onderhoudsbehandeling hadden met cimetidine. Daarvan werd een niet nader genoemd deel in het onderzoek toegelaten zonder dat (opnieuw) endoscopie werd verricht om te zien of hun klachten beruften op een recidief van een eerder wel endoscopisch/radiologisch aangetoond ulcus duodeni. Het vermoeden van een recidief-ulcus werd niet endoscopisch bevestigd. In de door ons aangehaalde studie van Walan zijn 1338 UD-patiënten betrokken. Elk (recidief) ulcus is (in het kader van het onderzoek) endoscopisch bevestigd. De lezer kiese zelf welke studie betrouwbaarder lijkt. Overigens citeert Van de Lisdonk Wade fout: de kans op een recidief tijdens het eerste jaar onderhoudsbehandeling was 40% (dus niet 50% na één jaar) en 75% gedurende vijf jaar (dus niet 75% na twee jaar).

Wij appreciëren het, dat Van de Lisdonk de problemen rond de diagnostiek aan de kaak stelt. Enige zorgvuldigheid bij de onderbouwing van zijn kritiek lijkt echter op zijn plaats.

Amersfoort, november 1988  
J. A. M. van Adrichem,  
J. F. E. van Kessel,  
M. M. Tjoeng

#### Literatuur

1. Rathbone BJ et al. Causes of dyspepsia in general practice. Gut 1985; 26: A580.
2. Lückers AEG et al. Is endoscopie van de proximale tractus digestivus op verzoek van de huisarts zinvol? Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 117-9.

#### TERMINALE ZORG

In de serie 'Terminale zorg' die recent in Medisch Contact is gepubliceerd, is tot op heden door drie auteurs mijn brochure 'Verantwoordde euthanasie' vermeld als bron voor de medisch-technische aspecten van de uitvoering van euthanasie. Ik wil er echter met klem op wijzen dat de daarin gegeven adviezen niet meer up to date zijn en dat er sinds 1987 voor artsen en apothekers een – in dit tijdschrift overigens bij herhaling aanbevolen – 'Technisch rapport over euthanatica' van de KNMP beschikbaar is, waarin richtlijnen en receptuur worden vermeld.

Rijswijk, november 1988  
P. V. Admiraal

## In memoriam Dr. H. A. van Geuns



Op 14 november 1988, een paar maanden voor zijn pensionering, overleed Dr. Herman A. van Geuns. Zijn onverwacht heengaan schokte velen in de gezondheidszorgwereld. De vele annonces van een groot aantal instanties in de dagbladen geven blijk van het heengaan van een zeer bijzonder man. De overweldigende belangstelling en de sprekers in het crematorium 'Eikelenburg' te Rijswijk gaven uitdrukking aan de grote betekenis van Dr. Van Geuns. Op verzoek van de familie werd het aantal sprekers uit de wereld van de gezondheidszorg beperkt tot die uit de geneeskundige inspectie, de tuberculosebestrijding en de mensenrechten.

Herman A. van Geuns werd op 25 maart 1924 in Groningen geboren. De lagere school en HBS zijn in Bandoeng (Nederlands-Oost-Indië) doorlopen. Het verblijf in Japanse concentratiekampen heeft ongetwijfeld bijgedragen aan zijn belangstelling, inzet en opkomen voor de verdrukte mens. Zijn medische studie, die was aangevangen aan de Medische Hogeschool te Batavia, vervolgde hij aan de Rijksuniversiteit te Groningen, alwaar hij op 12 juni 1952 de artsenbul verwierf. Zijn specialisatie in longziekten en tuberculose in Davos (Zwitserland) en het Academisch Ziekenhuis in Groningen leidden op 29 augustus 1956 tot zijn promotie te Zürich op de dissertatie 'Asthma and House-dust in the High Mountains' en in april 1958 tot inschrijving in het specialistenregister als arts voor longziekten en tuberculose. In 1976 volgde nog de inschrijving in het register van sociaal-geneeskundigen, tak bijzondere vormen. Dr. Van Geuns was een longarts van de oude stempel, opgeleid in Groningen bij Prof. Orie, waarbij destijds een sanatoriumopleiding van enkele jaren verplicht was. Deze periode bracht hij door in het Nederlands Sanatorium te Davos.

Hij heeft de band met Davos steeds vastgehouden; hij had daar immers de impuls gekregen voor zijn laatste levenswerk. Na een vrijgevestigde longartspraktijk in Den Haag en Rotterdam werd hij benoemd tot directeur van het Consultatiebureau te Rotterdam. Bij vele niet voldoende ter zake kundige tuberculosebestrijders in den lande een onverwachte, merkwaardige benoeming. Hier ontwikkelde Van Geuns zich echter van een klinisch denkend en handelend longarts tot een epidemiologisch en preventief denkende specialist op het gebied van

de tuberculosebestrijding in de meest uitgebreide zin van het woord.

Na de benoeming tot opvolger van Dr. Baas als Inspecteur van de Volksgezondheid werd hij zowel in Nederland als ver daar buiten een bij uitstek deskundige tuberculosebestrijder, die de gave had om met een haast onvoorstelbare werklust en werkkraft in woord en geschrift de tuberculosebestrijding te dienen.

Inmiddels was Van Geuns begin 1960 als lid van de Commissie Praktische Tuberculosebestrijding – de CPT – de KNCV binnengekomen. Hier zou hij samen met Dr. Meijer, Dr. Bleiker en Dr. Styblo toe bijdragen dat Nederland ook in de internationale tuberculosebestrijding een eerste plaats kon innemen. Sindsdien was hij vooral door zijn positie als adviseur niet meer weg te denken bij de KNCV. Het zou te ver voeren om hier de vele aspecten van zijn inbreng nader te belichten. Zeker is dat het overlijden van Herman van Geuns voor de KNCV, voor de tuberculosebestrijding in Nederland en ver daar buiten een regelrechte ramp betekent. Een ramp waarvan de consequenties nog niet zijn te overzien.

Op 1 januari 1978 trad Dr. Van Geuns in dienst van de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid als inspecteur in algemene dienst voor de tuberculosebestrijding. Kort daarna werd hij tevens plaatsvervangend geneeskundig hoofdinspecteur. Een functie die hem in staat stelde om onverminderd aandacht te blijven schenken aan de zieke en verdrukte mens, maar ook om bij anderen hiervoor belangstelling te wekken. Hij stond op de bres voor vervolgd, vluchtelingen, slachtoffers van martelingen en mishandelingen, emancipatie van achtergestelde groepen en wist velen tot een zelfde inzet te inspireren. In zijn werk als inspecteur uitte zich dat in zijn ijveren voor de rechten van de patiënt, zijn belangstelling voor de medische ethiek, zijn inzet voor de rechten van de vrouw in de gezondheidszorg en zijn beschouwingen over de alternatieve geneeskunde. Binnen de inspectie was hij voortdurend waakzaam om allen en alle disciplines tot hun recht te laten komen, om inspraak van alle betrokken medewerkers te garanderen. Maar hij spaarde mensen ook zijn kritiek niet wanneer zij hun rechten en het hun geschonken vertrouwen misbruikten.

Hij was onkreukbaar, consequent en als het er op aan kwam, onwrikbaar. Hij hield niet van

onoprechte draaijerij. Velen zette hij aan tot nieuwe ondernemingen en hij stimuleerde en steunde, waar mogelijk, de activiteiten van de medewerkers van de inspectie. Hij wist daarvoor het vertrouwen van velen te winnen.

Nieuwe ontwikkelingen werden door hem in gang gezet en anderen werden door hem geïnspireerd die ontwikkelingen ten uitvoer te brengen. Helaas heeft hij als inspirator van het bezinnings- en reorganisatieproces van de Geneeskundige Inspectie de daadwerkelijke operationalisatie van de veranderingen niet meer mogen meemaken.

Vele artikelen die in de loop van de jaren van zijn hand zijn verschenen dragen er gelukkig zorg voor dat wij nog kennis kunnen nemen van de veelzijdige kanten van Dr. Herman van Geuns. Nog tot zeer recente datum verschenen er bijvoorbeeld veelgelezen bijdragen van zijn hand in de rubriek 'Uit de Geneeskundige Hoofdingspectie' in Medisch Contact. Hij bezat de zeldzame combinatie van kwaliteiten als wetenschapper, uitvoerder en bestuurder, maar was tevens een zeer warmvoelend mens en zo een steun en toeverlaat voor velen. In dit kader mag ook worden vermeld zijn adviesfunctie bij de toelating van buitenlandse beroepsbeoefenaren in Nederland. Zijn kwaliteiten vonden erkenning in de onderscheidingen die hem ten deel zijn gevallen: Ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw, de Wolfert van Borselenpenning van de stad Rotterdam en de Honorary Award van de Union Internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires.

Aan vele activiteiten die hij zich nog had voorgenomen is Dr. Herman van Geuns helaas niet meer toegekomen. Ons medeleven gaat uit naar zijn vrouw en kinderen.

W. J. Chr. van Gestel, geneeskundige hoofdinspecteur

Dr. R. R. R. Huijsman-Rubingh, plaatsvervangend geneeskundig hoofdinspecteur  
Dr. L. van der Drift, voorzitter KNCV  
Dr. M. A. Bleiker, voorzitter IUATLD



# Functiereductie medisch specialismen

## Een kritische analyse met betrekking tot de algemene heelkunde in de regio Rijnmond

De staatssecretaris van WVC heeft aan de tweede beddenreductieronde, die op dit ogenblik op provinciaal niveau wordt voorbereid, een nieuw bezuinigingselement gekoppeld in de vorm van een reductie van specialistische functieplaatsen<sup>1</sup>. Aan deze functiereductie liggen de zogeheten richtgetallen ten grondslag, die een maat vormen voor de populatiegrootte per specialistische functieplaats<sup>2</sup>. In de regio Rijnmond is voor het specialisme heelkunde aldus een reductie becijferd van 10,3%<sup>1</sup>, door de provinciale overheid zelfs van 14,9%<sup>3</sup>.

De richtgetallen, en daarmee de functiereducties, berusten niet op een reële behoefte, maar uitsluitend op historisch gegroeide verhoudingen tussen populatiegroottes en aantallen specialisten. De verhoudingen in 1982/1983 zijn maatgevend verklaard, wijzigingen nadien per definitie onwenselijk, met voorbijgaan aan de vraag of zij al dan niet corresponderden met een reële zorgvraag.

Inmiddels is in opdracht van het ministerie van WVC een model ontwikkeld om tot een onderbouwde behoeftebepaling van specialistische gezondheidszorg te komen<sup>4</sup>. Het model wordt voor dit doel echter vooralsnog niet gebruikt.

Voorts zijn recente gegevens bekend geworden betreffende de werkbelasting van chirurgen<sup>5</sup>: 65,4 uren per week, waarvan 11,3 'onregelmatig'.

Van invloed op de huidige werkdruk binnen het specialisme heelkunde is ongetwijfeld de sterke, centraal geleide reductie van de aantallen assistent-geneeskundigen in opleiding (agio's), die sinds 1982 is geëffectueerd. Conform het 'Eindadvies behoeftebepaling medische specialisten', moeten zij immers worden verdisconteerd als 0,5 FTE (full-time equivalent) specialistenplaatsen<sup>4</sup>.

Regio's met een academisch ziekenhuis hebben daarnaast nog te maken met de zogeheten correctiefactoren voor academisch werkzame specialisten<sup>2</sup>, ingevoerd om te compenseren voor de tijd die aan onderwijs en onderzoek wordt besteed.

### Dr. K. J. Brouwer

*Een van de nieuwe bezuinigingselementen die de staatssecretaris van WVC heeft gekoppeld aan de tweede beddenreductieronde, is de reductie van specialistische functieplaatsen. Aan deze functiereductie liggen 'richtgetallen' ten grondslag die een maat vormen voor de populatiegrootte per specialistische functieplaats. De chirurg Dr. K. J. Brouwer zet uiteen wat de consequenties zijn voor het specialisme algemene heelkunde in de regio Rijnmond. Zijn verhaal staat model voor vele andere.*

Een te hoge correctiefactor leidt aldus tot onderschatting van het benodigde aantal specialisten en omgekeerd.

Binnen de provinciale overheid van Zuid-Holland bestaat een '... globale indruk, dat de medische consumptie kan worden verminderd...'<sup>6</sup>, met andere woorden: ruimte voor functiereductie. Wat hun eigen vakgebied betreft delen de chirurgen deze opvatting niet. Wijzend op de hoge percentages verrichtingen op acute en/of vitale indicatie zijn zij van mening dat het aantal eerder belangrijke uitbreiding heeft.

In het navolgende is de behoefte onderzocht waarop planning en eventuele reductie dienen te berusten.

### ONDERZOEK

Er werden gegevens verzameld betreffende het aantal chirurgen en agio's, werkzaam in 1985, 1986 en 1987. Daarnaast is de chirurgen uit de regio die hebben deelgenomen aan het recente werkbelastingsonderzoek van de Rijksuniversiteit Limburg<sup>5</sup>, gevraagd de door hen verstrekte gegevens opnieuw beschikbaar te stellen. Hun aantal bedroeg 34, waarvan er 10 tevens deelnamen aan het tweede deel

van genoemd onderzoek<sup>5</sup>, een steekproefsgewijs uitgevoerde werktijdregistratie gedurende 1 week. Ook is de correctiefactor (0,72) voor academisch werkzame chirurgen geanalyseerd door een getalsmatige vergelijking tussen de regio's mét en de regio's zonder academische ziekenhuizen. Vervolgens zijn produktiegegevens verzameld over de jaren 1985, 1986 en 1987 door middel van een enquête onder de 14 ziekenhuizen in de regio.

Deze gegevens zijn verwerkt conform het 'Eindadvies behoeftebepaling medische specialisten'<sup>4</sup>, en aldus vergeleken met de landelijk gegevens over 1985<sup>4</sup>, en met een op deze gegevens gebaseerde raming voor de regio op basis van de gemiddelde adherentie. Tenslotte is voor één van de opleidingsafdelingen in de regio een indeling gemaakt van de verrichtingen naar de indicaties op grond waarvan die verrichtingen zijn uitgevoerd.

### BEVINDINGEN

#### Chirurgen en agio's

Het officieel geregistreerde aantal chirurgenplaatsen bedraagt 68,7, waarvan 20,4 ( $28,3 \times 0,72$ ) academisch<sup>1</sup>, hetgeen neer komt op een overschrijding van het officieel toegestane aantal (61,6)<sup>1</sup> met 7,1, ofwel 11,5%. Deze cijfers dateren overigens uit 1985 en moeten voor de huidige situatie nog worden gecontroleerd en waar nodig 'opgeschoond'.

Het aantal agio's chirurgie is in de regio Rijnmond tussen 1982 en 1987 teruggelopen van 52 naar 32<sup>7,8</sup>, dat wil zeggen een vermindering met  $0,5 \times 20 = 10$  FTE functie-eenheden.

#### Correctiefactor chirurgie

Mits correct bepaald, geeft de academische correctiefactor weer, welk gedeelte van zijn of haar tijd de academisch werkzame chirurg besteedt aan patiëntenzorg en daarmee samenhangende werkzaam-

heden. De correctiefactor voor chirurgie: 0,72, wordt door ingewijden evident te hoog genoemd. Om dit te onderzoeken zijn in *tabel 1* de gegevens betreffende de officieel geregistreerde aantallen functieplaatsen chirurgie in de regio's mét en de regio's zonder academische ziekenhuis met elkaar vergeleken<sup>1</sup>. We zien, dat in de regio's mét academische ziekenhuizen de gestelde normen in belangrijke mate worden overschreden, in de overige nauwelijks. De logische veronderstelling dat de chirurgen in elk der beide categorieën ongeveer even hard werken, leidt tot de conclusie dat de geregistreerde 'overmaat' aan functieplaatsen in de regio's met academische ziekenhuizen berust op een onjuiste calculatie, op basis van de (veel) te hoge correctiefactor 0,72. Herberekend op 0,48 komt de gemiddelde 'overmaat' op hetzelfde getal (+ 2,7%) als in de regio's zonder academische ziekenhuizen. Toegepast op de regio Rijnmond zou het officieel geregistreerde aantal functieplaatsen chirurgie daarmee op 61,9 komen en is er van een teveel dus geen sprake.

#### Werkbelasting chirurgen

De gegevens betreffende de werkbelasting zijn samengevat in *tabel 2*, waarin ook de getallen uit de landelijke enquête zijn opgenomen<sup>5</sup>. Op regionaal niveau zien we een goede correlatie tussen de 'enquête' en de 'steekproef'. Ten opzichte van de landelijke gegevens scoren de chirurgen uit de regio hoog, hetgeen zijn oorzaak vindt in de 'direct patiëntgebonden' werkzaamheden. Dit verschil is overigens zeer significant ( $p < 0,002$ ; Student's toets).

#### Productieparameters

Uit de verzamelde productiegegevens (verschafte door 11 van de 14 ziekenhuizen) is de totale productie in de regio berekend door extrapoleren op basis van de aantallen 'deelnemende' ten opzichte van 'totaal aanwezige' chirurgen en agio's. Tot de 'deelnemers' behoorden onder meer het Dijkzigt Ziekenhuis en het Sophia Kinderziekenhuis. Alleen de parameters 'intercollegiale consulten' en 'medebehandelingen' bleken niet beschikbaar; deze zijn berekend op basis van de landelijke gegevens over 1985<sup>4</sup>. In *tabel 3* zijn de gemeten productiegegevens vergeleken met een raming op basis van de landelijke productie 1985<sup>4</sup>, en uitgedrukt in een percentage daarvan. Vergelijking van de gemeten met de ver-

*Tabel 1. Regio's mét en regio's zonder academische ziekenhuizen; onderlinge vergelijking van de aantallen aanwezige chirurgieplaatsen ten opzichte van de van overheidswege gestelde normen.*

	aanwezig			norm	verschil
	algemeen/ categoriaal	academische ziekenhuizen	totaal		
regio's met academische ziekenhuizen .....	214,1	$173,9 \times 0,72 = 125,2$	339,3	289,5	+ 49,8 (+ 17,2%)
regio's zonder academische ziekenhuizen .....	396	—	396	386,1	+ 10,3 (+ 2,7%)

*Tabel 2. Werkbelasting in uren per week voor de chirurgen in de regio Rijnmond, in vergelijking met de landelijke cijfers.*

	direct patiëntgebonden (range) SD	niet direct patiëntgebonden (range) SD	niet-patiënt- gebonden (range) SD	totaal (range) SD
landelijk .....	40,8 (?) ?	11,7 (?) ?	12,8 (?) ?	65,4 (45-84) ± 8,4
regionaal	enquête ..... 46,0 (30-56) ± 7,9	23,2 (4-25) ± 11,7		69,2 (65-80) ± 8,0
	steek- proef ..... 48,1 (35-53) ± 6,6	8,9 (2,5-17) ± 4,7	12,4 (4-25) ± 6,9	69,4 (62-80) ± 6,5

*Tabel 3. Gemiddelde jaarproductie 1985, 1986 en 1987 chirurgie Rijnmond, in vergelijking met een raming op basis van de landelijke productie 1985.*

	eerste poli- bezoeken (15 min.)	herhaal- bezoeken (6 min.)	opne- mingen (15 min.)	verpleeg- dagen (5 min.)	inter- colle- giale con- sulten (15 min.)	medebe- hande- lingen (30 min.)	klinische verrich- tingen (90 min.)	poli- klinische verrich- tingen (20 min.)	totaal
geraamde productie	n ... 61.369	220.875	27.033	339.769	1.281	3.715	28.186	70.593	
	t .... 920.535	1.325.250	405.495	1.698.845	19.215	11.450	2.536.740	1.411.860	8.429.390
gemeten productie	n ... 96.151 (156,7%)	190.898 (86,4%)	28.344 (104,9%)	322.003 (94,8%)	1.281 (100%)	3.715 (100%)	25.748 (91,4%)	75.526 (91,4%)	
	t .... 1.442.265	1.145.388	425.160	1.610.815	19.215	11.450	2.317.320	1.510.520	8.582.133
verschil	t .... + 521.730	- 179.862	+ 19.665	- 88.030	-	-	- 219.420	+ 98.660	+ 152.734

n = aantal; t = tijdsbeslag in minuten<sup>4</sup>.

70.077 EHBO's zijn gelijkmatig verdeeld over 'eerste polikliniekbezoeken' en 'poliklinische verrichtingen'. De geraamde productie is berekend op basis van het adherentiegetal 1.281.800.

*Tabel 4. De verhouding tussen acute en electieve werkzaamheden op de afdeling chirurgie van een van de ziekenhuizen in de regio Rijnmond (1986).*

	acuut n (%)	electief n (%)	totaal n (%)
poliklinische consulten .....	7.957 (70,1)	3.401 (29,9)	11.358 (100)
opnemingen .....	755 (54,6)	627 (45,4)	1.382 (100)
poliklinische ingrepen .....	2.300 (75,3)	755 (24,7)	3.055 (100)
klinische ingrepen .....	673 (40,4)	992 (59,6)	1.665 (100)

wachte productie toont in hoofdzaak een aanzienlijke overschrijding aan van het aantal 'eerste polikliniekbezoeken'. Die overschrijding komt geheel voor rekening van de in deze parameter opgenomen 35.038 'EHBO's'. Het nettoresultaat, in tijdsbeslag geme-

ten, komt neer op een overschrijding van de verwachte productie met 1,8%. Uit deze productiecijfers kan het aantal normpraktijkplaatsen worden berekend (50 uren per week, waarvan 30 'direct patiëntgebonden', 44 weken per jaar): 106,4 op basis van de verwachte produk-

tie, 108,4 op basis van de gemeten produktie. Voor de in 1985, 1986 en 1987 aanwezige 63,6 chirurgen en 36,7 agio's kan hieruit een gemiddelde werkweek worden berekend van 66,1 uren, waarvan 39,7 voor 'direct patiëntgebonden' werkzaamheden.

#### *Werkzaamheden, ingedeeld naar urgentiegraad*

Gegevens betreffende de urgentiegraad waarmee de werkzaamheden plaatsvinden worden niet systematisch vastgelegd; we hebben ons daarom moeten beperken tot metingen hieromtrent in één ziekenhuis en voor een periode van één jaar (1986; zie tabel 4).

In de groep 'electief' zijn tevens alle ingrepen opgenomen die zijn uitgevoerd op vitale indicatie (bijvoorbeeld kankerchirurgie). Zij vormen – met een totaal aantal van 297 – 21,5% van de opnemingen en 17,8% van de klinische ingrepen. Duidelijk blijkt, hoezeer verrichtingen op acute en vitale indicatie het dagelijks functioneren binnen deze heelkundige afdeling beheersen. Gezamenlijk vormen zij meer dan 60% van het totaal aan werkzaamheden.

Deze bevindingen zijn natuurlijk niet zonder meer maatgevend voor de gehele regio. Wél zijn zij illustratief voor het gegeven, dat werkzaamheden op acute en/of vitale indicatie een groot deel van het werkterrein van de chirurg beslaan. Een schatting van >30% voor de acute en circa 20% voor de vitale indicaties, lijkt niet overdreven.

#### BOEKBESPREKING

In het licht van de gepresenteerde gegevens moeten nu de gevolgen van de opgelegde functiereductie (10,3%) worden besproken. Vooropgesteld zij, dat het niet de bedoeling kan zijn, de gemiddelde werkdruk voor de chirurg verder op te voeren. Deze ligt met 69,2 uren, waarvan 46,0 'direct patiëntgebonden', al ruim boven het landelijk gemiddelde (65,3, respectievelijk 40,8 uren) en behoort feitelijk te worden afgebouwd. Als enig alternatief blijft dan produktiebeperking over. Uitgaande van de officiële cijfers en van een onveranderd aantal agio's van 36,7 bedraagt deze 8,2%<sup>9</sup>. Daarbij moet worden bedacht dat de werkzaamheden op acute (>30%) en op vitale indicatie (±20%) niet kunnen worden beperkt. De resterende electieve werkzaamheden (<50%) zouden dus met tenminste  $2 \times 8,2\% = 16,4\%$  moeten worden beperkt,

bij terugbrengen van de werkweek van 69,2 naar 65,4 uren zelfs met 26,5%<sup>10</sup>.

Tenslotte moet nog worden ingegaan op de vraag, waarom de chirurgen in de regio Rijnmond langer werken dan het landelijk gemiddelde aangeeft en ook langer dan uit de produktieparameters kan worden berekend. Verschillen met de landelijke situatie die dit kunnen verklaren, zijn de volgende:

- de 'overproduktie'. Reeds besproken; kan 1,8% bijdragen.
- de 'opleidingsdichtheid'. Van de 14 ziekenhuizen hebben er 7 een opleiding chirurgie. Landelijk gemeten ligt de gemiddelde werkweek in een opleidingspraktijk 1,5 uur boven het algemeen gemiddelde<sup>5</sup>. Het aantal agio's chirurgie is daarbij in zes jaar tijd met 38,5 teruggebracht van 52 naar 32.
- de correctiefactor voor academisch werkzame chirurgen. In het voorgaande is vastgesteld, dat deze correctiefactor evident te hoog is en in plaats van 0,72 ongeveer 0,48 moet bedragen. Als gevolg hiervan wordt het aantal academische functieplaatsen chirurgie ernstig overschat. Het bedraagt ongeveer 13,6 in plaats van het officieel geregistreerde aantal van 20,4.

#### CONCLUSIES

– Het aantal normpraktijkplaatsen chirurgie in de regio Rijnmond kan, op grond van de gemeten behoefte over de jaren 1985, 1986 en 1987, worden berekend op 108,4. Bij handhaving van de landelijk vastgestelde gemiddelde werkweek zou het aantal chirurgenplaatsen 82,9 moeten bedragen.

– Zoals in alle regio's met academische ziekenhuizen wordt telling van het aantal aanwezige functieplaatsen chirurgie in de regio Rijnmond verstoord door de kennelijk te hoge academische correctiefactor 0,72. In werkelijkheid moet die ongeveer 0,48 bedragen. Het officieel geregistreerde aantal van 68,7 functieplaatsen moet op basis hiervan worden herberekend op 61,9.

– Op grond van deze gegevens, in combinatie met de grote opleidings'dichtheid' een een geringe 'overproduktie', overschrijdt de werkweek van de chirurg in de regio Rijnmond zelfs bij aanwezigheid van een groot aantal agio's, het landelijk gemiddelde aanzienlijk.

– De aan het specialisme algemene heelkunde in de regio Rijnmond opgelegde functiebeperking met 10,3% leidt tot een ernstige aantasting van de zorg. Bij een gelijktijdig terugdringen van de werk-

week tot tenminste het landelijke gemiddelde (65,4 uren/week) moeten de werkzaamheden op electieve indicatie met tenminste 26,5% worden gereduceerd.

– Voor het specialisme algemene heelkunde benadert de rekenmethode, gehanteerd in het 'Eindadvies behoeftering medische specialisten', de reële werkbelasting in voldoende mate. Zij is daarom goed bruikbaar voor functieplanningsdoeleinden nu en in de toekomst. □

#### Noten

1. Brief van staatssecretaris Dees aan Provinciale Staten met betrekking tot 'aanwijzing ziekenhuizen' d.d. 3 februari 1988, met bijlagen.
2. Brief van staatssecretaris Dees naar aanleiding van 'Wijziging Richtlijnen ex artikel 3 WZV' d.d. 18 december 1987, met bijlagen.
3. Persbericht Gedeputeerde Staten van Zuid-Holland: 'G.S. voorwaardelijk akkoord met beddenreductie' d.d. 9 februari 1988.
4. Eindadvies behoeftering medische specialisten. Uitgegeven door de Subcommissie Specialist van de Adviescommissie Behoeftebepaling Artsen, in opdracht van het ministerie van WVC, Rijswijk, november 1986.
5. JAM Maarse, GG van Merode, JMA Schrijnemakers. Onderzoek naar werkbelasting van chirurgen. Rijksuniversiteit Limburg, juli 1988.
6. Contourennota Planningsronde Algemene Ziekenhuizen 1988. Standpunt werkgroep capaciteitsreductie. Gedeputeerde Staten van Zuid-Holland, juni 1988.
7. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Jaarboek 1983.
8. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Jaarboek 1987-1988.
9. Berekeningsformule:  

$$\frac{(68,7 + 0,5 \times 36,7) - (61,6 + 0,5 \times 36,7)}{86,7 + 0,5 \times 36,7} = 8,2\%.$$
10. Berekeningsformule:  

$$2 \times 100 \left( 1 - \frac{91,8}{100} \times \frac{65,4}{69,2} \right) = 26,5\%.$$

# Radiodiagnostiek Informatie Systeem 1982-1987

## Terugblik en prognose

Enkele jaren geleden heb ik melding gemaakt van de oprichting van een informatiesysteem voor de radiologie dat sindsdien als Radiodiagnostiek Informatie Systeem (RIS) bekend staat<sup>1</sup>. In dit informatiesysteem wordt een aantal grootheden genoteerd, dat jaarlijks onder de leden van de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek wordt geëncquêteerd (zie overzicht).

### HUIDIGE SITUATIE

De Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek (NVvRd) was de eerste wetenschappelijke vereniging die eigener beweging het begrip 'degressieve honorerings' heeft ingevoerd teneinde de kwaliteit van de radiologie te bevorderen. De NVvRd heeft een actief beleid gevoerd om de instroom van jonge collega's te bevorderen. Het aantal radiologen is sinds 1982 gestegen van 510 tot 636. Thans stagneert deze instroom en moet worden vastgesteld dat er in 1987 meer radiologen werkzaam waren (641) dan op dit moment (636). Enkele vacatures zijn (nog?) niet vervuld (tabel 1).

Tabel 1. Manpower radiologie.

	1973	1982	1987
radiologen .....	160	510	640
assistenten .....	67	177	115

Het aantal assistenten is gedaald doordat een actief reductiebeleid is gevoerd, waarbij wordt gestreefd naar een opleidingscapaciteit van 100.

Sinds in 1983 de budgettering in de ziekenhuizen is ingevoerd is een opvallende daling van circa 10% ingetreden in het aantal radiologische verrichtingen. Ik heb daar al eerder melding van gemaakt en kan vaststellen dat deze daling zich nog steeds voortzet<sup>1</sup>. De daling is vooral merkbaar in het leeuwendeel van de radiologische dagtaak, te weten de conventionele radiologie. De daling van het aantal radiologische verrichtingen is aantoonbaar in vrijwel alle praktijken, groot

## Dr. J. C. de Valois

*Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek (NVvRd) heeft in de tweede helft van de jaren zeventig een beleid ingezet om de kwaliteit van het specialisme te waarborgen. De vereniging heeft daartoe een 'normpraktijk' gedefinieerd en degressieve tarifiering ingevoerd om excessief grote praktijken tot instroom te bewegen. Hoewel die instroom heeft plaatsgevonden, moet nu worden vastgesteld dat door toeneemende achterdocht ten aanzien van het overheidsbeleid verdere instroom stagneert. Reden voor NVvRd-voorzitter Dr. J. C. de Valois om een dringend beroep te doen op zijn collegae om waar mogelijk jonge collegae aan te stellen.*

en klein, universitair en perifeer. Het betreft bij de diagnostiek van het skelet vooral het onderzoek van de schedel inclusief het onderzoek van de neus-bijholten, het onderzoek van de wervelkolom en de arthrografie. Bij het onderzoek van de interne organen is een sterke reductie opgetreden van het onderzoek van hart

### Overzicht kerngegevens Radiodiagnostiek Informatie Systeem.

Samenstelling van de beroepsgroep: radiologen en assistenten

Gegevens over instroom in – en uitstroom uit – het beroep

Gegevens over de opleidingscapaciteit

Verrichtingenpatroon, gesplitst in:

- conventionele radiologie
- echografie
- computertomografie
- nucleaire geneeskunde\*
- magnetic resonance imaging (MRI)

Verdeling van deze 'mix' over de verschillende regio's

\* Radiologen voeren circa 30% van het aantal in vivo nucleaire geneeskundige verrichtingen uit.

en longen, inclusief tomografie en bronchografie, van het maagonderzoek, van het intraveneuze pyelogram en in mindere mate van het onderzoek van de dikke darm.

Er treedt enige compensatie op in het nog stijgende aantal echografische verrichtingen (tabel 2).

Tabel 2. Workload.

	1982	1987
conventionele radiologie .....	7.730.000	7.034.000
echografie .....	120.000	418.000
computertomografie .....	127.000	170.000
magnetic resonance imaging ...	–	7.000

De twee gemelde ontwikkelingen: een versterkte instroom en een daling van het aantal verrichtingen hebben ertoe geleid dat het gemiddeld aantal verrichtingen per radioloog daalt in de richting van de door de NVvRd gewenste 'normpraktijk' van circa 10.000 verrichtingen<sup>2</sup>.

In de loop van de jaren is het volgende beeld vastgelegd (tabel 3):

Tabel 3. Gemiddelde praktijkgrootte.

	Aantal verrichtingen per radioloog	
Puijlaert (1973) .....	15.000	(13.000)
Sanders (1980) .....	14.052	(12.037)
De Valois (1988) .....	11.717	(10.747)

Cijfers tussen haakjes: assistenten meegeteld als halve radiologen.

De frequentieverdeling van de verrichtingen in 1982 en 1987 zijn grafisch weergegeven in *figuur 1*. Het aantal praktijken waar nog boven het gemiddelde wordt gewerkt is betrekkelijk gering (*figuur 2*).

### INKOMENSCONSEQUENTIES

Indien het tarief in de periode 1982 tot 1987 gelijk zou zijn gebleven dan was de bruto-omzet met ongeveer 20 miljoen gestegen in deze periode (+8,6%). De be-

volkingsaanwas bedroeg ongeveer 2 procent. Degressieve tarifiering en tariefdalingen hebben deze stijging echter volledig teniet gedaan. Per saldo resteert dan nog het effect van de extra instroom van 130 radiologen in de afgelopen vijf jaar. Hierdoor is een herverdeling van inkomen tot stand gekomen waardoor de zittende radiologen gemiddeld 20% van hun inkomen hebben afgestaan.

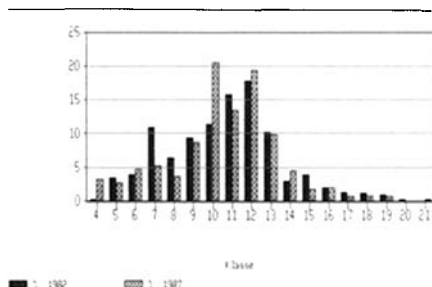
Er zijn nog enkele praktijken waar het aantal verrichtingen veel hoger is dan het huidige gemiddelde en waar nog aarzeling bestaat om tot praktijkuitbreiding over te gaan. Als dit één- of tweemanspraktijken betreft dan is de drempel tot het stellen van een vacature hoger dan bij de meermanspraktijken. Als vuistregel zou als drempel kunnen worden gehanteerd 11.000 verrichtingen (norm +10%) per radioloog te verhogen met 5.000 verrichtingen per praktijk. Indien er dan nog een surplus aan verrichtingen resteert is uitbreiding wenselijk. Bij de éénmanspraktijk ligt de drempel dus bij circa 16.000 verrichtingen, bij een tweemanspraktijk op 27.000 verrichtingen, enz. Assistenten kunnen worden meegeteld als halve radiologen.

## REGIONALE ONTWIKKELINGEN

De gegevens van het RIS zijn ook afgezet tegen de landelijke ontwikkelingen. Daarbij zijn de getallen toegerekend naar de 25 gezondheidsregio's. Elk getal is daarbij weergegeven als een percentage van het landelijk gemiddelde. Hierbij mag men belangrijke verschillen verwachten. Enigszins verwonderlijk is echter dat deze verschillen ook aanwezig zijn per onderscheiden groep van verrichtingen. Er zijn enkele regio's die in vrijwel alle onderdelen onder of boven het landelijk gemiddelde scoren: Alkmaar, Friesland, Zwolle, 't Gooi-Flevoland, Dordrecht, Arnhem en Nijmegen liggen onder het gemiddelde; Amersfoort, Amsterdam, Kennemerland, Gouda en Rijnmond liggen erboven (figuur 2).

Binnen de regio's komen ook uitschieters voor, zoals de hoge consumptie van nucleaire geneeskunde in Groningen-Drenthe en Zuid-Limburg, de relatief hoge consumptie van CT in de regio Nijmegen en de lage consumptie van echo in regio Dordrecht, Zeeland en Noord-Limburg. Dat de hoogste dichtheid aan radiologen voorkomt in de regio Leiden zal wellicht niemand verbazen. Dit gaat echter niet gepaard met een abnormaal hoge score voor de conventionele radiologische verrichtingen in deze regio.

Figuur 1. Verrichtingen radiologie 1982 en 1987.



De frequentieverdeling van de aantallen radiologen per klasse in 1982 en 1987. De klassebreedte is 1.000 verrichtingen. Sinds 1982 is een duidelijke verschuiving naar links ontstaan. Het gemiddeld aantal verrichtingen per radioloog is gedaald.

Figuur 2. Radiologische dichtheid per gezondheidsregio.



Binnen de verschillende gezondheidsregio's zijn grote verschillen in radiologische dichtheid. In de Randstad is deze dichtheid het grootst. In het gearceerde gebied is de dichtheid het kleinste.

Deze regionale verschillen worden voor een belangrijk deel bepaald door een stringent overheidsbeleid (erkenningsschikkingen; Wet Ziekenhuis Voorzieningen). Het ziet ernaar uit dat computertomografie binnenkort (?) buiten de werkingssfeer van Art. 18 van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen wordt gebracht. Er zijn nu nog drie 'gezondheidsregio's' waar geen enkele CT-scanner staat!

Inmiddels is er landelijk gezien nog een wonderlijke ontwikkeling en dit is de afnemende consumptie van radiodiagnostiek, gezien tegen het licht van een verouderende bevolking. Dit kan het best wor-

den aangetoond aan het verloop van het aantal verrichtingen per 1.000 inwoners. Daartoe is de combinatie van conventionele radiodiagnostiek en echografie gedeeld door de bevolkingsomvang. Men krijgt dan het begrip 'radiologische dichtheid'. (tabel 4).

Tabel 4. Radiologische dichtheid.

jaar	aantal verrichtingen	aantal inwoners <sup>3</sup>	dichtheid
1982	7.853.950	14.286.000	550
1983	7.699.510	14.367.000	536
1984	7.532.460	14.424.000	522
1985	7.686.134	14.454.000	532
1986	7.657.738	14.529.000	527
1987	7.451.784	14.570.000	511

Verrichtingen = conventionele radiologie + echografie (dus exclusief CT, NG en MRI).

De redenen voor deze significante daling zijn niet eenduidig. Dat de budgettering een belangrijke rol speelt is duidelijk; daarnaast zijn er allerlei ontwikkelingen gaande die de grenzen van het specialisme enigszins afkalven: endoscopie en echografie zijn daarvan voorbeelden.

De kracht van de radiologie is gelegen in het totaal overzicht van het gehele gebied van de beeldvormende diagnostiek waarbij de radioloog niet wordt gehinderd door het mechanisme van 'zelfverwijzing'. De afdeling radiologie of beter: de afdeling voor 'beeldvormende diagnostiek' functioneert als een grote dienstverlenende afdeling voor het gehele ziekenhuis waarbij een aanzienlijk deel van het ziekenhuisbudget wordt geïnvesteerd in personeel en infrastructuur van die afdeling: apparatuur, automatisering, verslaglegging en archivering. Daarbij zal de radioloog ook in toenemende mate zijn taak als manager, coördinator en budgetbewaker moeten uitoefenen. Ondersteuning van de wetenschappelijke vereniging en van het management van het ziekenhuis is daarbij onontbeerlijk.

## DE KOMENDE JAREN

Op basis van de historische gegevens en met inachtneming van de bevolkingsprognose (middenvariant) kan de volgende ontwikkeling worden geschetst.

De bevolkingsomvang zal nog toenemen tot circa 15.250.000 inwoners rond 2005, om daarna geleidelijk af te nemen tot 15 miljoen in 2015. Zoals het er nu uitziet zal er vanaf 1990 tot 2015 een redelijk constant aantal inwoners zijn. De samenstelling van de bevolking zal echter door

verdergaande 'ontgroening en vergrijzing' wijzigen.

Voor conventionele radiologie en nucleaire geneeskunde wordt uitgegaan van een dichtheid van respectievelijk 485 en 15 per 1.000 inwoners. De ontwikkelingen in de echografie zijn voorspeld door grafische analyse (extrapolatie). Voor CT wordt verwacht dat het aantal CT-scanners met 50% zal stijgen tot circa 60 in 1993. Het aantal CT verrichtingen zal daardoor toenemen tot circa 300.000. Voor MRI wordt volstaan met een simpele voorspelling (tabel 5).

Tabel 5. Prognose voor 1993.

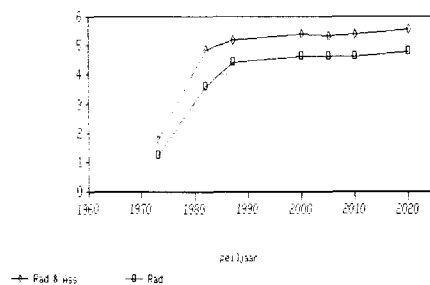
	1987	1993
bevolkingsomvang .....	14.570	< 15.000
conventionele radiologie .....	7.034	7.275
echografie .....	418	590
computertomografie .....	170	300
nucleaire geneeskunde .....	200	225
magnetic resonance imaging .....	7	21

(alle getallen x 1000)

Met bovenstaande gegevens is een 'manpower'-analyse te maken voor radiologen en assistenten in opleiding. Als men uitgaat van de combinatie conventionele radiologie + echografie en het huidige gemiddelde van 11.700 verrichtingen per radioloog (de assistenten derhalve even buiten de berekening houdend!) is een aantal radiologen nodig van 672. Dit betekent jaarlijks een extra toename van 5 radiologen, dus boven het 'natuurlijke verloop'. Over de periode 1988-1993 is dit natuurlijke verloop gemiddeld ongeveer 15. Bij een evenwichtige in- en uitstroom en een 5-jarige opleidingsduur zou de opleidingscapaciteit thans 100 moeten bedragen.

Bij deze prognose is de praktijkgrootte in 1993 in vergelijking met 1988 niet verder verkleind (11.700, respectievelijk 10.700, indien de assistenten voor 50% worden meegerekend). Er is géén rekening gehouden met de maatschappelijke tendenzen tot verkorting van de werkweek en vervroegde uittreding. Evenmin is rekening gehouden met een groter tijdsbeslag per verrichting (toenemende complexiteit). Als men er verder rekening mee zou houden dat computertomografie een flinke stijging zal vertonen, dat magnetic resonance imaging veel aandacht zal vergen (en niet alleen in de academische ziekenhuizen), dat een ambitieus screeningsprogramma mammografie in statu nascendi verkeert en dat het management van de afdeling radiologie steeds meer

Figuur 3. Aantal radiologen en assistenten per 100.000 inwoners.



Prognose voor het aantal radiologen en de som van radiologen en assistenten te zamen (bovenste curve) per 100.000 inwoners, waarbij wordt gestreefd naar een totaal aantal van 700 radiologen en een opleidingscapaciteit van 115.

aandacht zal vragen, dan komt men tot de conclusie dat de uitkomst van bovenstaande analyse beslist te bescheiden is. In het Eindadvies Behoefteraming Medische Specialisten (WVC, 1986)<sup>4</sup>, komt die commissie reeds voor 1990 voor het specialisme radiodiagnostiek tot een noodzakelijk aantal van circa 730 specialisten en een opleidingscapaciteit van 177 (in een model met constante opleidingscapaciteit tot het jaar 2005). Het grote verschil ligt in de hantering van het begrip 'normpraktijk' door genoemde commissie.

In de volgende modelmatige benadering wordt gestreefd naar een vrijwel constant aantal radiologen voor de periode rond de eeuwwisseling van circa 700 en een opleidingscapaciteit van 115. Daarbij zou de vervangingsbehoefte op basis van een werkzame periode als specialist van ongeveer 30 jaar (van het 30e tot 60e levensjaar) gemiddeld 23 per jaar zijn en er evenwicht kunnen ontstaan tussen in- en uitstroom (zie figuur 3). Tot aan de eeuwwisseling zal echter de feitelijke uitstroom uit het beroep lager zijn (gemiddeld 15 met fluctuaties tussen 6 en 24). Dit betekent dat men de komende periode moet benutten voor de noodzakelijke instroom van 60 collegae: daarbij wordt flinke inschikkelijkheid verwacht van de zijde van de 'zittende' radiologen, maar ook en vooral van de overheid.

## CONCLUSIE

In de tweede helft van de jaren zeventig is door het toenmalige bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Radiologie een beleid ingezet om de kwaliteit van het specialisme te waarborgen. De vereniging heeft daartoe een 'normpraktijk' gedefinieerd en degressieve tarifiering ingevoerd om excessief grote praktijken tot

instroom te bewegen. Later zijn de begrippen 'normpraktijk' en 'degressie' instrumenten geworden voor het voeren van een inkomenspolitiek.

Het beleid van de vereniging is kennelijk door de leden overgenomen en er heeft een grote instroom plaatsgevonden. Door toenemende achterdocht ten aanzien van het overheidsbeleid moet echter thans worden vastgesteld dat verdere instroom stagneert.

Het is moeilijk een beleid te ontwikkelen voor de komende periode waar wellicht meer plaats is voor een vrije(re) marktontwikkeling en bovendien te moeten twisten over de erfenis van de afgelopen periode (Generaal Akkoord en dergelijke).

Vanaf deze plaats doe ik toch een dringend beroep op alle collegae tot enig nadenken over hun huidige praktijkgrootte en werkbelasting en waar mogelijk jonge collegae aan te stellen. □

## Literatuur

1. Valois JC de. Een informatiesysteem voor de radiodiagnostiek. Medisch Contact 1985; 40: 781-3.
2. Klinkhamer AC, Valois JC de. Radiodiagnost en normpraktijk. Medisch Contact 1984; 39: 1119-21.
3. Compendium gezondheidsstatistiek Nederland 1986. CBS en ministerie van WVC. Staatsdrukkerij, 1986.
4. Eindadvies behoefteraming medische specialisten. Ministerie WVC, 1986.



# Opnamebeleid psychogeriatrische verpleeghuizen

## De negatieve gevolgen van de differentiatie

De vergeworpen differentiatie in zorgverlening binnen de psychogeriatrische verpleeghuizen wekte de verwachting 'dat het mogelijk moet zijn met een opvang, die aangepast is aan de behoefte en de mogelijkheden van de geestelijk gestoorde bejaarde, in een aantal gevallen het ziekteproces af te remmen en zelfs tot staan te brengen'<sup>1</sup>. Deze opvatting over gedifferentieerde zorgverlening heeft vaak geleid tot organisatorische veranderingen binnen het verpleeghuis waardoor er verschillende afdelingen zijn ontstaan waar patiënten met een gelijke hulpbehoefte worden gehuisvest. Klassiek is het onderscheid: *begeleidings-, verzorgings- en verpleegbehoefte*. In een aantal verpleeghuizen worden meer dan deze drie categorieën gehanteerd. Ook andere differentiatiecriteria worden gebruikt, zoals differentiatie naar leefstijl of communicatiemogelijkheden; ook zijn er afdelingen voor dubbelgehandicapten. Uiteraard is ook het geslacht een differentiatiekenmerk.

Differentiatie in zorg, uitgewerkt tot differentiatie in afdelingen waar patiënten met verschillende graden van hulpbehoefte worden verpleegd maakt – gezien het verloop van het dementieel syndroom, dat vaak gepaard gaat met een toename van de hulpbehoefte – overplaatsing van opgenomen patiënten noodzakelijk.

### BRON VAN SPANNING

Het opnamebeleid is erop gericht dat een verpleegafdeling de juiste zorg aan een patiënt kan verlenen. Bij het beschikbaar komen van een plaats, meestal door overlijden, wordt eerst gekeken of er een patiënt intern moet worden overgeplaatst. Bij opname van een patiënt van de wachtlijst wordt uitgegaan van de aard van de afdeling of de groep waar een plaats vrij is. Er zijn echter nadelen aan dit gedifferentieerde opnamebeleid verbonden. Deze nadelen treden vooral op als er wachtlijsten bestaan voor opname, een situatie die in veel regio's actueel is.

P. B. M. Robben en  
W. L. M. van Hinsbergh

*Het gedifferentieerde beleid voor opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis komt niet tegemoet aan de maatschappelijke vraag naar opname in volgorde van urgentie. Om de patiënten met de hoogst urgentie metterdaad het eerst te kunnen helpen, zal het gedifferentieerde opnamebeleid moeten worden losgelaten, menen de artsen P. B. M. Robben en H. L. M. van Hinsbergh. De eerste werkt op de afdeling Ouderen van het RIAGG Westelijk Utrecht, de tweede is verpleeghuisarts in verpleeghuis Isselwaerde te IJsselstein.*

Die nadelen zijn:

- Patiënten op de wachtlijst met een hoge urgentie kunnen niet worden opgenomen, als de patiënt door een aantal kenmerken niet in aanmerking komt voor de vrijgekomen plaats.
- De wachttijden voor de verschillende categorieën patiënten lopen uiteen en houden geen verband met de opnamebehoefte van deze patiënten. In het werkgebied van het Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) Westelijk Utrecht (RWU) werden in 1987 161 patiënten opgenomen in 9 psychogeriatrische verpleeghuizen. Mannen stonden gemiddeld 70 dagen op de wachtlijst, voor vrouwen was dit 100 dagen. De gemiddelde wachttijd, gemeten naar de mate van hulpbehoefte, liep voor de verschillende categorieën aanzienlijk uiteen. In een onderzoek in Den Haag werden ook dergelijke verschillen gevonden<sup>2</sup>.
- Het gedifferentieerd opnamebeleid is een bron van spanningen tussen het verpleeghuis en de plaatsende instantie. De plaatsende instantie wil dat de meest ur-

gente patiënt als eerste wordt opgenomen. Een extra probleem is dat de criteria voor differentiatie per verpleeghuis kunnen verschillen. De gehanteerde begrippen hebben bovendien niet steeds dezelfde betekenis.

– Soms is er ondanks de wachtlijst geen enkele kandidaat die in aanmerking komt voor het vrije bed. Er moet intern en met de plaatsende instantie overleg plaatsvinden, om de *minst ongeschikte* patiënt van de wachtlijst te vinden. Hierdoor zal een patiënt soms niet in het verpleeghuis van eerste keuze worden opgenomen. Als er geen patiënt van buiten kan worden opgenomen, moet er alsnog intern worden gezocht, zodat een bed op een andere afdeling kan worden bezet door een patiënt van buiten. Gedurende de periode van overleg staat het bed leeg.

### ENQUÊTE

Om onze regionale ervaringen te toetsen hebben we een schriftelijke enquête gehouden onder de afdelingen Ouderenzorg van RIAGG's. Van de 37 RIAGG's die indicaties stelden voor opname in psychogeriatrische verpleeghuizen en de wachtlijst beheerden (samen meer dan 4.200 opnemingen in verpleeghuizen in 1987) onderschreven er 32 de door ons gesignaleerde negatieve gevolgen van de differentiatie op het opnamebeleid. Het merendeel vermeldde dat in de eigen regio de meest urgente patiënt niet op de eerst beschikbare plaats kon worden opgenomen.

### AANBEVELINGEN

Het gedifferentieerde beleid voor opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis komt niet tegemoet aan de maatschappelijke vraag naar opname in volgorde van urgentie. Op grond van de hiervoor beschreven negatieve gevolgen van dit gedifferentieerde opnamebeleid zou regionaal moeten worden gezocht naar oplossingen die tegemoet komen aan de behoefte tot opname zoals die in de maat-

schappij wordt gevoeld. Het opheffen van gedifferentieerde afdelingen zou een te rigoreuze maatregel zijn. Opvallend is wel dat er weinig onderzoek is gedaan naar de organisatie van de zorg in psychogeriatrische verpleeghuizen.

De patiënt met de hoogste urgentie moet als eerste kunnen worden opgenomen.

Dit kan alleen als het gedifferentieerde opnamebeleid wordt losgelaten. De patiënt kan dan eventueel later worden overgeplaatst naar een passende afdeling. Naarmate er minder gedifferentieerde afdelingen zijn binnen één verpleeghuis zal dit eenvoudiger kunnen worden gerealiseerd. □

#### Literatuur

1. Luteyn F, Niemeyer J, Sipsma DH, Haar HW ter. Een differentiatie van bejaarden naar de mate van geestelijke gestoordheid. *Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie* 1972; 3: 314-26.
2. Welten JBV, Dam-van Lieshout CA ten. De verpleeghuisproblemen in een grote stad; een bericht uit de praktijk. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1987; 18: 241-4.

## Verpleeghuisgeneeskunde: een niet-specialistisch vakgebied

De verpleeghuisgeneeskunde is een generalistisch, dat wil zeggen niet-specialistisch vakgebied. Het ligt voor de hand deze stelling te beargumenteren door verpleeghuisgeneeskunde te vergelijken met specialistische geneeskunde, met name met het specialisme geriatrie. Daarmee is op het eerste gezicht veel overeenkomst; immers, beide richtingen bekommeren zich om oudere, geïnstitutionaliseerde en vaak chronische patiënten. Men zou zelfs kunnen volhouden dat de scheiding tussen beide vakgebieden kunstmatig is.

In toenemende mate kunnen verpleeghuisartsen zich daadwerkelijk laten voorstaan op kennis omtrent de oudere en gehandicapte mens. Erkend worden is echter iets anders: er is nu sinds kort een officiële registratie, maar hoe lang is daar niet op gewacht. Voeg hieraan toe dat de geriatrie weliswaar een erkend specialisme is, maar het aantal opleidingsplaatsen uiterst gering, en het wordt begrijpelijk dat geriateren in verpleeghuizen een potentieel werkterrein zien en dat sommige verpleeghuisartsen zich graag 'geriateren' zouden noemen: dan is het probleem van de erkenning voorbij, dan is men binnen de medische wereld eindelijk ook geaccepteerd. Mogelijk tegen deze achtergrond zijn er altijd verpleeghuisartsen lid geweest van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie, soms zelfs bestuurslid, zonder geriater te zijn. Omgekeerd zijn er geriateren lid van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, maar dezen zijn steeds ook verpleeghuisarts.

Het zou zo mooi zijn en zo eenvoudig: geef de verpleeghuisarts zijn titel en erkenning, geef de geriater zijn patiënten, en iedereen is tevreden. Tijdens het sym-

### Dr. J. C. van der Wulp

*En vanwege haar generalistische traditie én gezien haar specifieke aandacht voor de grenssituaties van het leven, meer dan voor de technisch-medische aspecten van de ziekte, is de verpleeghuisgeneeskunde een generalistisch vakgebied. Dit betoogt Dr. J. C. van der Wulp, verpleeghuisarts en medisch directeur van verpleeghuis 'De Samaritaan' te Sommelsdijk.*

posium 'Verpleeghuisgeneeskunde-klinische geriatrie: keuze of aanvulling?' viel deze 'oplossing' duidelijk te beluisteren<sup>1</sup>, zo niet in de lezingen, dan toch wel in de discussies. Ik wil in het volgende trachten duidelijk te maken dat er tussen verpleeghuisgeneeskunde en geriatrie weliswaar overeenkomsten zijn, maar bij nader inzien toch ook duidelijke verschillen. Daarnaast wil ik ook aangeven in welke mate beide vakgebieden elkaar kunnen aanvullen en, meer in het algemeen, in welke mate de verpleeghuisgeneeskunde een bijdrage kan leveren aan de geneeskunde als geheel.

#### HISTORIE

Het prototype van de verpleeghuisarts is de oud-huisarts die zich ging toeleggen op en zich bezighouden met de problematiek van de chronische zorgverlening. De verpleeghuisarts van het eerste uur was een echte integrale beoefenaar van de genees-

kunde en in feite een huisarts voor de verpleeghuispatiënten. Hij nam dan ook de specifieke kenmerken van de huisarts-geneeskunde mee, zoals aandacht voor het gezin (al bleek het in het verpleeghuis juist vaak zo zijn dat men niet meer in dat gezin is opgenomen!), voor de relaties, de woonsituatie, het leefmilieu.

De beroepsopvatting was die van de integrale geneeskunde, waarbij de mens werd gezien als functionerend in wisselwerking met zijn milieu en als een persoon met een geschiedenis en een toekomst<sup>2</sup>. Bij de groei van het verpleeghuiswezen heeft de verpleeghuisgeneeskunde zich uitgaande van deze opvatting verder ontwikkeld en heeft zij de traditionele basis aangevuld met de dagelijkse problematiek van het werkveld.

De geriatrie daarentegen ontstond als klinisch specialisme en heeft dan ook als achtergrond de ziekenhuistraditie. Daarin is de aandacht veel meer van lichamelijke en orgaanspecialistische aard en in hoge mate gericht op het behandelen van ziekten. Opname is in principe kortdurend, dient om iets te diagnostiseren of te behandelen, en is zeker tijdelijk: na de klinische periode hoort een andere te volgen. Nog steeds twist men over de vraag of we de ingezetenen van het verpleeghuis 'bewoners' of 'patiënten' moeten noemen; een dergelijke discussie is met betrekking tot de cliënten van de geriater onbestaanbaar.

#### ACHTERGRONDFILOSOFIE

Verpleeghuisgeneeskunde is gebaseerd op een wijze van denken die een andere is

dan die van de klinisch specialist, een wijze van denken die meer overeenkomt met die van de huisarts, al zijn ook in dat opzicht verschillen aan te wijzen. Juist het langdurige verblijf binnen de muren van het instituut, de chroniciteit van de ziekte, het in het algemeen geringe uitzicht op volledige genezing, typeren de problematiek van de verpleeghuispatiënt. Juist de aandacht voor het existentiële, voor de grenssituaties van het leven, is één van de kenmerkende aspecten van de verpleeghuisgeneeskunde. Dit zien we uiteraard ook wel bij andere specialismen (oncologie, revalidatie), maar niet zo uitgebreid, niet zo ingebed in het dagelijks leven als in het verpleeghuis; het is met recht 'zorgen aan de grens'.

Teneinde aan te geven wat het wezenlijke is van de verpleeghuisgeneeskunde maken Van Aller, Stoop en Stuit gebruik van het vanouds in de geneeskunde bestaande onderscheid tussen 'cure' en 'care'<sup>3</sup>, tussen behandeling met uitzicht op herstel zo mogelijk *ad interim*, en zorgen met de bedoeling van de bestaande situatie zoveel mogelijk te maken. 'Care' houdt dan vooral ook in: ziekteverschijnselen worden geduid in het kader van algemeen menselijk functioneren, de relatie arts-patiënt is participierend en gericht op de beleving en op subjectieve criteria van persoonlijk welzijn. De relatie tussen 'cure' and 'care' is wezenlijk een bipolariteit, die in het gehele veld van de geneeskunde is aan te treffen, maar het is gezien het patiëntenbestand belangrijk juist in het verpleeghuis zich hierop systematisch te bezinnen. Het vaststellen waar 'cure' eindigt en 'care' begint (of andersom) is een typisch probleem uit de verpleeghuisgeneeskunde. Hiertoe zal de verpleeghuisarts zich ook en vooral moeten bezighouden met de subjectieve ziektebeleving door de patiënt. In mijn proefschrift<sup>4</sup> heb ik getracht aan te geven hoe dat systematisch kan gebeuren, om zo een bijdrage te leveren aan een bewuste hantering van de bipolariteit 'cure'-'care'.

## PRAKTIJK EN WERKWIJZE

Juist het begeleidingsaspect is, in de verpleeghuisgeneeskunde zeer belangrijk. Wat de verpleeghuisarts tot generalist maakt, is dat hij hierdoor ten opzichte van de zieke en de ziekte een andere houding heeft dan de klinisch specialist. Heeft de laatste meer tot taak het stellen van de diagnose, het bepalen van de prognose, het instellen van de therapie, het inschatten van, bedacht zijn op en behandelen van complicaties, dit alles met behulp van

zijn klinisch arsenaal, de verpleeghuisarts is tot dit alles onvoldoende opgeleid en toegerust. Voor de verpleeghuisarts is juist belangrijk dat er een adequate diagnose is of wordt gesteld, dat er een therapie is of wordt ingesteld of (typisch voor het verpleeghuis) nu juist niet. De verpleeghuisarts zal, evenals de huisarts, kennis moeten hebben van symptomen en hun mogelijke betekenis, vaak ook in het kader van het verloop van een ziekte. Veel chronische ziekten hebben, met name bij ouderen, een regressief verloop. De verpleeghuisgeneeskunde zal zich, als meer ingesteld op 'care' dan de geriatrie, moeten bezighouden met kennis op het gebied van de terugval of verergering van ziekten, met de prognose, maar vooral met de vraag wanneer in te grijpen en wanneer terug te treden.

Het begeleiden van de patiënt binnen de muren van het verpleeghuis, van het instituut waar die patiënt langdurig zal verblijven, betekent dat de arts in het verpleeghuis speciale aandacht zal moeten geven aan de invloed van dat verblijf. Daarbij is kennis nodig van de wijze waarop ziekte en handicap worden beleefd en verwerkt, maar niet alleen kennis: juist in het verpleeghuis moet men kunnen meebelevend, invoelen, begrip hebben voor wat een patiënt doormaakt; Esseveld spreekt in dit verband van het 'overstijgen van de vaktechnische disciplines'<sup>5</sup>.

## VERSCHIL IN TRADITIE

Volgens Diekema ligt dit alles niet meer op het terrein van de geneeskunde<sup>6</sup>. Ik bestrijd dat: hoe kan een arts een goede dokter zijn als hij niet kan begrijpen wat zijn patiënt doormaakt? En a fortiori geldt dit voor de generalist. Juist hier komt het verschil in traditie tot uiting, maar ook juist hier zien we hoe beide beroepshoudingen elkaar niet uitsluiten, maar complementeren.

Ter illustratie het volgende voorbeeld: Een 68-jarige man was na het overlijden van zijn vrouw, twee jaar eerder, zeer depressief geworden. Daarnaast ging hij last krijgen van verminderde arteriële doorbloeding in de benen. Na enige pogingen tot vasculaire correcties bleek een onderbeenamputatie links nodig en een voorvoetamputatie rechts. Snel werd echter duidelijk dat ook een onderbeenamputatie rechts zou moeten volgen. De patiënt bleef zeer depressief en weigerde de operatie. Er volgde overleg met de verpleeghuisarts: de chirurg wilde eerst opereren, de verpleeghuisarts stelde voor patiënt eerst naar het verpleeghuis over te

plaatsen teneinde hem intensief te begeleiden en te trachten hem te motiveren voor rolstoeltraining. Dit lukte en na enige weken was patiënt zelfstandig mobiel. Toen de pijn in het rechterbeen heviger werd, volgde alsnog de onderbeenamputatie. Hierna werd de man weer teruggeplaatst naar het verpleeghuis, waar hij inmiddels gewend was en waar hij nog steeds met zijn rolstoel goed overweg kon.

## MEDISCH MANAGEMENT

Een niet onbelangrijk aspect van de verpleeghuisgeneeskunde is, dat de arts de behandeling en de begeleiding voor een deel ook uitbesteedt aan medebehandelaars: paramedici, maatschappelijk werkers, eventueel ook gedragswetenschappers of psychologen. Desondanks blijft de arts verantwoordelijk voor de behandeling, zowel in curatieve als in begeleidende zin. Hoewel het verpleeghuis ten departemente niet meer als een instituut van gezondheidszorg wordt aangemerkt, worden opname en verblijf nog steeds via medische beslissingen geëffectueerd. Zo gezien is het verpleeghuis een instrument waarvan de hantering in medische handen is, en mijns inziens ook behoort te zijn. De arts kan bepalen welke behandeling, welke begeleiding in elk afzonderlijk geval van toepassing is en hij hoort uit te maken of zulks moet gebeuren via opname, via reactivering, via verblijf, via dagbehandeling.

Dit betekent dat de arts zich zal moeten bezighouden met de wisselwerking tussen verpleeghuis enerzijds en thuiszorg en maatschappelijke dienstverlening anderzijds, en met de vraag welke plaats het verpleeghuis inneemt ten opzichte van de thuishulp of van andere instellingen als het verzorgingshuis. Voorts zal hij als coördinator van het 'therapeutische proces', in welke zin dan ook, leiding moeten kunnen geven aan de paramedische en sociale diensten. Dit alles is voor de specialist of voor de geriater, die immers in de ziekenhuissituatie werken, van veel minder belang.

Een en ander betekent mijns inziens wél, dat het hier en daar wat verguisde oude beeld van de geneesheer-directeur die ook als behandelend arts werkzaam is, nog zo gek niet is, in die zin dat de arts zo mogelijkheden heeft het verpleeghuis als instrument te hanteren. Hij moet daartoe dan ook de geschiktheid hebben: hij moet met zijn team kunnen omgaan en besprekingen weten te coördineren, hij moet zijn zorg kunnen afstemmen op de zorg

buiten het verpleeghuis. Dit maakt hem in zekere zin tot een manager, meer dan de huisarts of de specialist.

## SAMENVATTING

Bepleit wordt dat de verpleeghuisgeneeskunde een generalistisch vakgebied is. De vergelijking met de geriatrie ligt voor de hand, niet alleen vanwege diverse overeenkomsten, maar ook door mogelijke wederzijdse belangen bij zowel de verpleeghuisarts als de geriater. Bij nader inzien zijn er ook verschillen. De ver-

pleeghuisgeneeskunde heeft een belangrijke generalistische traditie. Verder is het zo dat het vaak langdurige verblijf van de patiënt in het verpleeghuis en de chroniciteit van de ziekte de verpleeghuisgeneeskunde tot een vakgebied maken waarin de aandacht voor de grenssituaties van het leven centraal staan, meer dan de technisch-medische aspecten van de ziekte zelf. Om dit mogelijk te maken en om het verpleeghuis te kunnen hanteren als een instrument van deze zorg is het zeker noodzakelijk dat de verpleeghuisarts organisatorische kwaliteiten heeft. □

## Literatuur

1. Verpleeghuisgeneeskunde/klinische geriatrie: keuze of aanvulling? Voordrachtenbundel symposium 9 oktober 1987. Utrecht: Het Zonnehuis, 1988
2. Es JC van. Patiënt en huisarts. Utrecht: Oosthoek, Scheltema & Holkema, 1974, 116.
3. Aller HL van, Stoop JA, Stuit HW. Identiteit verpleeghuis en verpleeghuisgeneeskunde. Medisch Contact 1984; 39:121-3, 149-50.
4. Wulp JC van der. Verstoring en verwerking in verpleeghuizen. Academisch proefschrift Utrecht. Nijkerk: Intro, 1986.
5. Esseveld H. Identiteit verpleeghuis een vraagstuk apart. Medisch Contact 1984; 39:690-2.
6. Diekema J. Geriatrie en verpleeghuisgeneeskunde, verschillen en overeenkomsten. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1983; 14:17.

# Psychiatrie voor ouderen

## Doelstellingen en problemen

### INTEGRALE PSYCHIATRIE

In het algemeen presenteren psychiatrische stoornissen zich bij ouderen anders dan bij personen van middelbare leeftijd. Mensen van middelbare leeftijd komen meestal zelf met klachten van 'overspannen zijn', het niet meer aankunnen van problemen in werk of privé-leven, of ze vallen veel te zwaar terug op vrij onbelangrijke lichamelijke afwijkingen. Bij ouderen begint het er vaak mee dat de betrokkene minder goed gaat functioneren in het dagelijks leven. Dat wordt dan veelal het eerst door de mensen in de omgeving opgemerkt. De stoornis kan vele oorzaken hebben, meestal zijn het er verschillende tegelijk. Multipathologie is bij ouderen meer regel dan uitzondering. Soms is een lichamelijke kwaal de belangrijkste oorzaak, soms ligt er een moeizame levensproblematiek aan ten grondslag, soms is er sprake van een beginnende psychiatrische stoornis, zoals depressie of dementie. In andere gevallen wordt de betrokkene acuut ziek en heeft zowel lichamelijke symptomen als verwardheid. Meestal wordt de patiënt dan via de lichamelijke geneeskunde behandeld. Als de verwardheid dan ook vermindert, wordt

### F. van 't Hooft

*Psychiatrie voor ouderen is een ingewikkeld vakgebied, dat door te weinig deskundigen wordt beoefend, een verbrokkelde organisatie kent en wordt beheerst door een mengeling van pessimisme en optimisme. Dr. F. van 't Hooft, zenuwarts te Zeist, ziet voor dat laatste weinig reden.*

er aan de psychische kant weinig aandacht besteed. De vraag hoe het komt dat de oudere verward is geraakt, welke persoonlijke problematiek wellicht een rol heeft gespeeld, wordt niet onder ogen gezien. Toch zijn niet alleen de manifeste verschijnselen van belang. De hele levensfaseproblematiek met alle psychosociale aspecten is medebepalend bij de benadering en beoordeling van ouderen met psychische problemen. Vele artsen, zowel huisartsen als 'lichamelijke' specialisten staan ambivalent ten opzichte van geestelijke stoornissen bij ouderen, en

wel in tweeërlei zin: 'Het zal vanzelf wel overgaan!' en ook wel: 'Het is de ouderdom, dus er is niet zo veel aan te doen!' Er wordt dan vergeten dat de oudere vaak erg onder de psychische stoornis lijdt en dat dit lijden door psychiatrische hulp zou kunnen worden verminderd.

Psychiatrie voor ouderen is integrale psychiatrie. Er is speciale kennis van lichamelijke en sociale aftakeling voor nodig, heel wat meer dus dan alleen enige kennis omtrent dementie en depressie, alsook enig inzicht in medicatie en sociale opvangmogelijkheden. Psychiatrie voor ouderen kan pas na veel (levens)ervaring en door de omgang met geestelijk gestoorde ouderen worden geleerd. Neem als voorbeeld dementie: in alle boeken staat dat dementie een stoornis is van geheugen, oriëntatie- en oordeelsvermogen. Elke psychiater voor ouderen weet echter dat het veel ingewikkelder ligt, dat het een aandoening is waar de gehele persoonlijkheid bij is betrokken en waarbij het lijden voor de betrokkene vooral wordt veroorzaakt doordat de persoonlijkheid zich verweert tegen de achteruitgang, maar daartoe niet meer op adequate wijze in staat is.

Het primaire doel van de psychiatrie voor

ouderen is niet het tot elke prijs genezen of het leven verlengen; wél het zoveel mogelijk verlichten van het vaak zware lijden van psychisch gestoorde ouderen. Daar komt bij het tonen van werkelijk begrip, het steunen bij de onvermijdelijke achteruitgang, het zo mogelijk teruggeven van de levensmoed en levensvreugde en tegelijkertijd het loslaten van het vooroordeel dat de ouderen het toch zelf niet meer merken en ook niet kunnen meebeslissen.

## BESCHIKBARE DESKUNDIGHEID

Het aantal psychiaters dat zich full-time of bijna full-time met ouderen bezighoudt, is opvallend gering. Het zijn er nog geen 40, terwijl er ongeveer 1.200 curatief werkzame psychiaters in ons land zijn. De belangstelling van jonge en aankomende psychiaters is niet zo groot, misschien door het in ons land – anders dan in een land als Groot-Brittannië – ontbreken van een belangrijk (universitair) centrum waar de psychiatrie voor ouderen in volle omvang wordt beoefend en onderwezen. Dit alles leidt ertoe dat huisartsen problemen hebben bij het verwijzen van oudere patiënten met mogelijke psychische stoornissen. Ze kunnen wel verwijzen naar algemene psychiatrische poliklinieken, of naar de afdelingen voor ouderen van een regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG). De geriatrie afdelingen van het RIAGG worden echter maar voor een klein deel bemand door psychiaters; meestal werken er 'artsen met psychiatrische belangstelling' die weliswaar sociaal-psychiatrische ervaring hebben, maar géén psychiatrische basisopleiding. Helaas wordt ook van overheidswege gestimuleerd dat verpleeghuizen poliklinische mogelijkheden openen. Verpleeghuisartsen hebben uiteraard ervaring met vooral dementieel gestoorde ouderen, maar missen veelal een opleiding in de integrale psychiatrie voor ouderen. Het verbaast mij een beetje dat in dit opzicht specialistische deskundigheid en bevoegdheid niet zo hoog wordt aangeslagen; de schuld ligt mede bij de psychiaters zelf, omdat zij dit belangrijke deel van hun vak kennelijk enigszins links laten liggen.

## VERBROKKELDE ORGANISATIE

Er zijn verschillende categorieën geestelijk gestoorde ouderen. Zij verblijven op diverse plaatsen en hebben uiteenlopende behandelaars en verzorgers, die onderling niet zoveel contacten hebben.

Te onderscheiden zijn:

a. ouderen, lijdend aan psychosen van allerlei aard, depressies, schizofreen gestoorde die op rijpere leeftijd weer decompenseren. Zij verblijven veelal in algemene psychiatrische ziekenhuizen en worden behandeld door inrichtingspsychiaters;

b. ouderen die in algemene ziekenhuizen verblijven en zijn gedecompenseerd, met vooral delirante of dementiële beelden. Zij worden behandeld door aan die ziekenhuizen verbonden algemene psychiaters.

c. ouderen met dementiële stoornissen. Zij worden gezien door huisartsen (thuis), door RIAGG-artsen (thuis en in bejaardencentra) en door verpleeghuisartsen (in verpleeghuizen), maar lang niet altijd door psychiaters.

Zo is de psychiatrie voor ouderen in ons land tamelijk verbrokkeld. Iedere behandelaar heeft de neiging te denken dat de door hem behandelde categorie ook de enige groep van belang is binnen de psychiatrie voor ouderen. De verschillende behandelaars beïnvloeden elkaar te weinig. Wat ontbreekt is niet alleen een academisch centrum van waaruit het geheel kan worden overzien en gecoördineerd, maar ook goede regionale gerontopsychiatrische poliklinieken. 'Goed' niet alleen in de zin dat er verantwoord wordt gewerkt, maar vooral in de zin dat zo'n polikliniek deel uitmaakt van een geriatrisch circuit waarin in een hecht samenwerkingsverband alle lichamelijke, psychologische, psychiatrische en sociale know-how bereikbaar is. Wanneer huisartsen nu verwijzen naar een specialist of naar het RIAGG, dan betekent dit tegelijkertijd dat bepaalde elementen van het geval worden overbelicht en andere teveel in de schaduw blijven. Een samenvattend oordeel over alle facetten van een bepaald geval wordt daarvoor vaak niet verkregen.

## PESSIMISME EN OPTIMISME

Nog niet zo lang geleden kenden de meeste artsen slechts één gerontopsychiatrische diagnose: aderverkalking, met de pessimistische prognose: 'Er valt toch niets aan te doen!' De diagnostiek is nu wat meer gedifferentieerd: ziekte van Alzheimer, multi-infarctdementie, delirante toestanden bij lichamelijke ziekten, depressies, gevolgen van moeizame levensproblematiek of psychosociale stress.

Berichten over succesvolle behandelingen hebben soms weer geleid tot over-

trokken optimisme, bijvoorbeeld berichten in de media dat een groot deel van de bewoners van psychogeriatrische verpleeghuizen, tot zelfs 30%, daar niet zou horen, althans dat bij tijdige medische behandeling het ontstaan van de dementiële verschijnselen te voorkomen zou zijn geweest. De nuchtere werkelijkheid is helaas anders. Natuurlijk komt het zo nu en dan voor, dat bij een oudere op grond van een futiel onderzoek (of zelfs dat niet eens) aan dementie is gedacht en dat hij of zij in een verpleeghuis terecht komt, maar daar blijkt dan vaak na korte tijd hoe de zaken in werkelijkheid liggen. Uit ervaringen van goede observatiecentra blijkt dat de mens de kans op herstel van dementiële ziektebeelden zeker minder is dan 5%; wel is meermalen een remissie mogelijk, bijvoorbeeld door verbetering van de lichamelijke toestand, adequate behandeling van complicerende psychopathologie (depressie, angst, dwangverschijnselen, psychosen), psychotherapie en psychosociale maatregelen.

## ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

Van de patiënten die zijn opgenomen in algemene ziekenhuizen bedraagt het percentage ouderen ongeveer 40, vaak nog meer. Ouderen kunnen in een algemeen ziekenhuis gemakkelijk psychisch decompenseren, verward raken of dementiële verschijnselen gaan vertonen. Bij ernstige lichamelijke ziekten, vooral na operaties, ontstaan nogal eens acute verwardheidstoestanden, delirante ziektebeelden, die door niet-psychiaters vaak worden beschouwd als nu eenmaal bij de ouderdom behorend of als een uiting van dementie. Helaas leidt dit gemakkelijk tot weinig gerichte sedering van de patiënt door ziekenhuisassistenten en niet tot het raadplegen van een aan het ziekenhuis verbonden psychiater, die in de behandeling van zulke toestanden ervaring heeft. Onlangs is het resultaat van een studie gepubliceerd, waaruit blijkt dat depressies bij oudere vrouwen die zijn opgenomen in een algemeen ziekenhuis niet door de behandelende specialisten worden opgemerkt, terwijl deze depressies het klachtenpatroon in belangrijke mate kunnen bepalen. In vrij veel algemene ziekenhuizen komt de psychiatrie voor ouderen onvoldoende tot haar recht.

## 'PSYCHOLOGISCHE' PROBLEMEN

Onderzoek van en zorg voor ouderen met psychiatrische stoornissen zijn voor een

deel toevertrouwd aan psychologen. Deze hebben een bijzondere inbreng omdat zij vrijwel als enigen naast de artsen zijn opgeleid in een academische discipline. Zij beschikken met hun testmateriaal over verfijnde methoden om subtiele diagnostische problemen te ontrafelen, ook doordat zij trachten de bevindingen min of meer in maat en getal weer te geven. De laatste tijd dringen dergelijke methoden door in de psychiatrische praktijk zelf, bijvoorbeeld het gebruik van gestandaardiseerde en zelfs geautomatiseerde vragenlijsten en onderzoeksmethoden. Onmiskenbaar ontstaat hierdoor een verbetering van de diagnostiek. Anderzijds treedt er ook een zekere verzakelijking van het psychiatrisch handelen op. De relatie tussen oudere en psychiater of psycholoog wordt onpersoonlijker, de afstand wordt groter. Sommige psychologen beperken zich tot deze vorm van diagnostiek. Er wordt steeds minder met ouderen gesproken over de wijzen waarop zij de verschijnselen zelf beleven over hun noden en angsten en dat is een gevaar voor de ouderenpsychiatrie. In dit kader valt het op dat in de literatuur over geestelijk gestoorde ouderen nauwelijks meer 'fenomenologische' gevalsbeschrijvingen worden gevonden, waarin wordt geschetst wat de betrokkene zelf beleeft: de beste beschrijving vinden we niet in een medisch vaktijdschrift, maar in de belletrie, te weten in Bernlefs 'Hersenschimmen'.

#### 'CURE' EN 'CARE'

Veel geestelijk gestoorde ouderen, vooral ouderen met dementiële verschijnselen, verblijven in psychogeriatrische verpleeghuizen, aangezien zij elders niet meer zijn te handhaven. Vooral in het laatste decennium is het peil, en daarmee ook de reputatie van deze instellingen duidelijk verbeterd. Wel doet een beetje de opvatting opgeld dat deze huizen uitsluitend zijn bedoeld voor 'demente bejaarden'. Na een aanvraag tot opname vragen verpleeghuisartsen soms: 'Is het dementie of is het psychiatrie?' Hier heerst het misverstand, dat dementie iets principieel anders zou zijn dan psychische gestoordheid. In werkelijkheid vinden wij bij demente bejaarden naast geheugenstoornissen vaak ook andere verschijnselen, zoals angsten, wanen, depressieve toestanden en levensfaseproblemen; vaak vertonen zij ook gedragsmoeilijkheden. Bij de benadering van deze ouderen moet men daar ook rekening mee houden.

In alle verpleeghuizen streeft men naast 'cure', dus stabilisatie en zo mogelijk verbetering van de lichamelijke en geestelijke gezondheid, naar 'care', dat wil zeggen een zo goed mogelijk leefklimaat en een persoonlijke benadering van de bewoners. De 'care' ligt voornamelijk in handen van het verpleegkundig en verzorgend personeel, vooral van het 'lagere' personeel dat wordt ingezet op de 'werkvloer', in het bijzonder dus de ziekenverzorgenden. Enige tijd geleden heeft de Vereniging voor Psychogeriatric iets bij dit personeel in beweging gebracht. Zij zijn in kleine kring erover gaan praten hoe de zorg toch vooral *het begrijpen* van de ouderen tot uitgangspunt kan krijgen en niet alleen het zorgen voor het natje en het droogje; het valt wel op dat deze beweging niet veel weerklank bij verpleeghuisartsen heeft gevonden. Helaas is er slechts in weinig verpleeghuizen sprake van een uitgebreide therapie voor dementiële verschijnselen, zoals actieve bezigheidstherapie of 'reality reorientation'; in de meeste huizen wordt er wel iets aan gedaan, maar hier en daar vermindert het om financiële redenen.

Niet alleen in verpleeghuizen, maar ook in andere instellingen waar de psychiatrische praktijk voor ouderen wordt uitgeoefend, worden we geconfronteerd met de grenzen van geneeskunde. Het gevaar bestaat, dat we verpleeghuizen maken tot – weliswaar fraai gestoffeerde – wachtkamers voor de dood, waar ouderen maandenlang zitten met een zelfde zwijgende berusting als in elke polikliniekwachtkamer. Ons hoogste doel moet niet zijn te streven naar een optimale verzorgingstoestand, maar naar een optimale begeleiding van ouderen met problemen van ouderdom en ziekte. Voor velen betekent dat begeleiding naar het onvermijdelijke einde. Vele artsen zijn zó geconditioneerd op het weghouden van de dood, dat ze zich terugtrekken als de dood werkelijk in zicht komt. De psychiatrie voor ouderen kan ons leren om deze houding te doorbreken.

#### TOEKOMST

Wat moet er gebeuren?

1. De deskundigheid op het gebied van de psychiatrie voor ouderen moet worden bevorderd door meer psychiaters zich daarin te laten bekwamen en zich daarmee te laten bezighouden.
2. Er dienen universitaire centra te komen waar de psychiatrie voor ouderen in al zijn aspecten wordt uitgeoefend, bestudeerd en onderwezen.

3. Er dienen regionale poliklinische voorzieningen te komen voor ouderen met psychische stoornissen of problemen. Deze voorzieningen dienen te zijn ingebed in een groter geriatriesch circuit.

4. Meer dan tot dusver het geval is, dient de psychiatrie voor ouderen voeling te houden met verwante disciplines, zoals de sociale psychiatrie, de verpleeghuisgeneeskunde, de geriatrie en de psychologie voor ouderen. □



# Epilepsie in de eerste helft van de 19<sup>e</sup> eeuw

## De visie van Robert Bentley Todd (1809-1860)

De geschiedschrijving van de neurologische ziektebeelden vertoont grote lacunes. Harrison en Riese publiceerden wel algemene overzichten van historische aspecten van de neurologie<sup>1,2</sup>, maar vanzelfsprekend bleven in deze werken vele details onbenoemd.

Monografieën van neurologische ziektebeelden worden weinig gepubliceerd. Epilepsie vormt daarop een gunstige uitzondering; door Temkin en Heintel zijn goede overzichtswerken geschreven<sup>3,4</sup>. Toch blijven delen van de geschiedenis van de epilepsie ook in deze studies onderbelicht. De ideeën van Todd vormen daarvan een voorbeeld. Temkin noemt Todd nauwelijks, terwijl zijn naam toch nog steeds als eponiem in de kliniek leeft (de Toddse parese, een post-ictale hemiplegie) en Heintel maakte een fout in de vermelding van de eerste publikatie waarin Todd de naar hem genoemde post-ictale toestand beschreef.

Todd was een typische representant van de neurologisch geïnteresseerde artsen uit de eerste helft van de negentiende eeuw. Zijn visie op de epilepsie en zijn eerste beschrijving van de post-ictale parese zal worden besproken tegen de achtergrond van de toenmalige kennis van dit ziektebeeld.

### NEUROLOOG AVANT LA LETTRE

Todd was hoogleraar in de fysiologie en de pathologische anatomie aan het Kings College te Londen. Samen met tijdgenoten als Moritz Heinrich Romberg (1795-1873) en Sir John Russel Reynolds (1828-1896) geldt hij als een 'neuroloog avant la lettre'. De neurologie als zelfstandig specialisme werd immers pas geïnstitutionaliseerd met de benoeming van Jean Martin Charcot (1825-1893) als hoogleraar aan de Salpêtrière te Parijs in 1882.

Zoals reeds opgemerkt was Todd de eerste auteur die de pasagère parese volgend op een insult beschreef. Heintel meende dat de eerste beschrijving van deze toestand was verschenen in een publikatie uit 1854, die als titel droeg: 'Clinical lectures on paralysis, disease of the brain, and other affections of the nervous system'. Todd had de naar hem genoemde parese echter al in 1849 gepubliceerd in The London Medical Gazette<sup>5</sup>. Deze publika-

### Dr. J. M. Keppel Hesselink

*Robert Bentley Todd was een typische representant van de neurologisch geïnteresseerde artsen uit de eerste helft van de negentiende eeuw. Zijn visie op de epilepsie en zijn eerste beschrijving van de postictale parese worden besproken door Dr. J. M. Keppel Hesselink, arts, medisch bioloog.*

tie was ontstaan naar aanleiding van de door Todd gehouden 'Lumleian lectures', die hij hield voor het Royal College of Physicians. De serie lezingen werd in hetzelfde jaar uitgegeven als afzonderlijke monografie<sup>6</sup>.

### ZIEKTEBEELD EPILEPSIE

Epilepsie is een ziektebeeld dat al bijzonder lang bekend is. In de Codex Hammurabi (17<sup>e</sup> eeuw voor Christus) wordt deze ziekte al genoemd. De ziekte kreeg in de loop van de tijd vele symptomen, waaruit valt af te lezen dat bijgeloof en angst de kennis van dit ziektebeeld lange tijd domineerden. Delasiauve noemde twintig synoniemen, waaronder morbus lunaticus, morbus herculeus, morbus demoniacus, morbus divinus, passio puerilis en morbus astralis<sup>7</sup>.

De systematische studie van epilepsie werd pas in de negentiende eeuw ter hand genomen. Enkele factoren zijn daarbij van groot belang geweest.

In het begin van de negentiende eeuw kregen de fysiologie als experimentele wetenschap en de pathologische anatomie veel invloed op het medisch denken. Ook werden er nieuwe fixatiemethoden en kleuringen ontwikkeld. Hiermee verkreeg men meer mogelijkheden bij het onderzoek naar de functie en de structuur van het zenuwstelsel. Maar ook sociaal-culturele factoren speelden een rol. Op diverse plaatsen werden pogingen ondernomen om epileptici te scheiden van geesteszieken; beiden werden in de achttiende eeuw 'verpleegd' in gestichten. Aanvankelijk waren het vooral Jean Étienne Dominique Esquirol (1722-1840) en Phil-

ipe Pinel (1755-1826), maar later ook Charcot en Sir William Richard Gowers (1845-1915) die pleitten voor aparte ziekenhuizen voor epileptici.

Deze centralisatie van patiënten werkte een snelle kennisvermeerdering in de hand. Door de betere mogelijkheden om epilepsie te bestuderen, ontstond er een revisie van oude terminologie en werden er nieuwe begrippen ingevoerd; begrippen die voor een deel ook nu nog in de epileptologie worden gehanteerd. Enkele van deze nieuw of opnieuw gedefinieerde termen waren: status epilepticus, grand mal, petit mal, absence en epileptische aura.

### PATHOGENETISCHE MODELLEN

Veel ziektebeelden werden in de negentiende eeuw opnieuw in ogenschouw genomen. Dit resulteerde onder andere in het formuleren van diverse pathogenetische modellen in het licht van de toen moderne ziekteleer. Uit de geschiedenis van de ziekte van Parkinson bijvoorbeeld blijkt dat men in de vorige eeuw de verklaring van deze ziekte zocht in afwijkingen van spieren, perifere zenuwen, het centrale zenuwstelsel of endocriene organen, zoals de schildklier, hypofyse of bijnierschlieren<sup>8</sup>. In de eerste helft van de negentiende eeuw ontstonden er ook voor epilepsie naast elkaar verschillende pathogenetische verklaringen.

Verwant met de gedachtengang uit de humorale pathologie dat epilepsie het gevolg is van te veel flegma in het hoofd, was het idee van toxinen. Epilepsie zou ontstaan ten gevolge van bepaalde toxinen in het bloed.

Een tweede theorie toonde overeenkomst met de denkwijze over de oorzaak van apoplexie. Naar analogie hiervan meende men dat epilepsie het gevolg is van congestie van de cerebrale vaten.

Een derde theorie over de oorzaak van epilepsie was de reflexopvatting van Marshal Hall (1790-1857). Dit was een negentiende eeuwse variant op het oude concept van de sympathische epilepsie. Onder sympathische epilepsie verstond men die vorm van epilepsie die ontstaat ten gevolge van aandoeningen in andere orgaanstelsels, zoals de tractus digestivus, de tractus circulatorius of de tractus

urogenitalis. Bij de reflexepilepsie volgens Hall ontstaan er convulsies naar aanleiding van aandoeningen aan de extremiteiten, bijvoorbeeld traumata. Deze convulsies manifesteren zich aanvankelijk in het aangedane lichaamsdeel en kunnen secundair generaliseren. Hall verklaarde deze vorm van epilepsie via irritatie van perifere zenuwen: door deze irritatie kan de medulla oblongata worden geprikkeld, waarna de epileptische manifestatie vanuit dit centrum ontstaat. In tegenstelling tot epilepsie, ontstaan door directe prikkeling van het centrale zenuwstelsel, de centrische epilepsie, noemde Hall deze vorm de eccentriche epilepsie. Een vierde theorie ten slotte, was de theorie dat epilepsie ontstaat ten gevolge van een aandoening in de hersenen zelf: epilepsie als hersenziekte. In de hersenen van epileptici zouden ook altijd bepaalde anatomische afwijkingen kunnen worden gevonden.

#### 'LUMLEIAN LECTURES'

Tegen de bovenbeschreven achtergrond van oude en nieuwe ideeën over epilepsie moet de visie van Todd worden geplaatst. Todd is een typische representant van de neurologisch geïnteresseerde arts, die werkte op het scheidingsvlak van twee perioden in de geneeskunde; in de eerste helft van de vorige eeuw ontstonden immers de fysiologie en de pathologie in hun moderne hoedanigheid. In teksten uit deze tijd vinden we vaak naast elkaar oude en nieuwe ideeën, zonder dat er sprake was van een definitieve synthese of een nieuwe stellingname.

Todd weidde zijn 'Lumleian lectures' aan de ziektecategorie der convulsies. Onder convulsies verstond hij: 'Alle onregelmatige spieractiviteiten die onafhankelijk van de wil verlopen en veroorzaakt worden door prikkels'. Hij onderscheidde drie soorten convulsies: choreatische, tetanische en epileptische convulsies.

Epilepsie werd door Todd gekarakteriseerd als een stoornis met perioden van bewustzijnsverlies en convulsies, die vaak worden voorafgegaan door een soort waarschuwing. Deze waarschuwing kan de vorm hebben van hoofdpijn, lichtflitsen, kleuren zien, hallucinaties, tinnitus of het horen van geluiden in het hoofd. Ook gewaarwordingen van vreemde geuren kunnen aan een aanval voorafgaan. Tijdens de aanval zelf valt de patiënt met een luide schreeuw ter aarde en vertoont trekkingen; deze trekkingen zijn soms halfzijdig. Tijdens een aanval zijn de pillen verwijfd.

Ook bestaat er een chronische vorm van epilepsie, waarbij de aanvallen elkaar in snel tempo opvolgen totdat de uitgeputte patiënt sterft. Meestal is epilepsie echter niet dodelijk. Wel tast de aandoening de zenuwkrachten aan van het gehele zenuwstelsel. De eerste verschijnselen daarvan zijn een gestoord waarnemingsvermogen en een gestoord geheugen voor recente gebeurtenissen. Uiteindelijk is er sprake van een algemeen geheugenverlies. Hoe frequenter de convulsies, hoe sneller deze deterioratie plaatsvindt. Het beloop van epilepsie is niet altijd progressief; er zijn vormen die spontaan genezen. Naast deze beschrijving gaf Todd een schets van de post-ictale toestand die we kennen als de Toddse paralyse: '... soms ontstaat een paralyse volgend op een epileptische convulsie, vooral als deze halfzijdig is. Deze paralyse van een arm, been of beide kan uren tot dagen duren, maar hersteld meestal geheel.' Todd meende dat epilepsie en 'krankzinnigheid' vaak samengaan. Deze opvatting was in zijn tijd vrij algemeen<sup>9</sup>.

Een van de meest opmerkelijke en interessante aspecten van epilepsie vond Todd de afwezigheid van afwijkingen in het centrale zenuwstelsel bij autopsie. De congestie van de hersenvaten, die sommigen als verklaring voor de convulsies aannamen, was volgens Todd slechts het gevolg van de acute dyspnoe.

Todd wilde een 'theory of epilepsy' ontwerpen en meende dat een voorwaarde voor het welslagen ervan lag in de mogelijkheid vanuit die theorie de volgende vier feiten te begrijpen: 1. het plotselinge bewustzijnsverlies; 2. het plotselinge verlies van de macht over de motoriek, gepaard met de convulsies; 3. het optreden van dergelijke aanvallen in perioden, terwijl de patiënt tussentijds gezond lijkt; en 4. waarom sommige aanvallen gepaard gaan met een 'maniakale staat' en waarom de zenuwkracht afneemt. Het is bovendien van groot belang de vraag naar de lokalisatie van het ziekteproces te beantwoorden.

Todd vond het tijdverspilling om nog in te gaan op de door sommigen aangehangen theorie dat epilepsie een aandoening van de spieren zou zijn. De symptomen wijzen duidelijk op een aandoening van het centrale zenuwstelsel. De oorzaak van de ziekte ligt niet op ruggemerniveau. Daarvoor gaf hij de volgende argumenten: a. convulsies ten gevolge van ruggemerprikkeling zijn altijd tetanisch en gaan gepaard met een opistotonus (een gegeven uit dierexperimenten); en b. in-

dien epilepsie als oorzaak een afwijking van het ruggemerg zou hebben, dan zouden eerst spierkrampen ontstaan en pas in tweede instantie bewustzijnsverlies.

Todd beklemtoonde dat hij het begrip 'medulla' zo breed mogelijk wilde opvatten en gaf er zowel een anatomische, een fysiologische als een filosofische omschrijving van. Hij maakte duidelijk dat het ging om het ruggemerg zoals de anatoom dat kent, het ruggemerg functioneel gedefinieerd, zoals Marshall Hall dat deed en het ruggemerg als de zetel van het sensorium commune, zoals Georg Prochaska (1749-1820) dat in de achttiende eeuw schetste. Deze zetel omvatte het ruggemerg samen met het intracranieel deel ervan tot aan de crura cerebri.

Op basis van de toen bekende neurologische gegevens, zoals het optreden van slikklachten bij stamaandoeningen en dergelijks besloot Todd dat de zetel van de aandoening diende te worden gevonden op het niveau van de cerebrale hemisferen of het mesencefalon. Als illustratie van zijn stelling wees hij op epilepsie die wordt veroorzaakt door tuberculomen in het cerebrum of door meningitiden. Daar dergelijke evidente afwijkingen echter niet altijd waren te vinden, realiseerde Todd zich dat een algemene theorie over de oorzaak van epilepsie niet alleen op deze feiten kon berusten. Voor de verklaring van epilepsie sloot Todd zich aan bij de hierboven besproken theorie van de toxinen.

Todd meende dat epilepsie wordt veroorzaakt door 'a state of abnormal nutrition of the brain'. De 'nervous battery' in het centrale zenuwstelsel zou worden geëxiteerd door een abnormale vloeistof. Deze vloeistof laadt het centrale zenuwstelsel op en de overmaat van de lading vloeit daarna af als een convulsie. Deze humorale hypothese werd door Todd beargumenteed op de volgende wijze:

1. Bepaalde toxinen, zoals Pruisisch zuur, kunnen in proefdierexperimenten convulsies veroorzaken.
2. Uit bepaalde experimenten bleek dat het eenvoudiger was via veranderingen in de samenstelling van het bloed convulsies te veroorzaken dan via het stimuleren van het zenuwstelsel.
3. Veelal bestaat er een relatie tussen epilepsie en nierfunctiestoornissen.
4. Vrouwen in het kraambed hebben soms convulsies; in de urine is dan eiwit te vinden.
5. Ook andere humorale ziekten zoals

jicht manifesteren zich met paroxysmen. Een ernstige jichtaanval bij ouderen lijkt wel op een convulsie.

6. Bepaalde toxinen, zoals afkomstig van mazelen, pokken, waterpokken en tyfus, kunnen eveneens epilepsie veroorzaken.

## OVERGANGSTIJD

Todd was een typische representant van een overgangstijd. Enerzijds bleef hij beïnvloed door oude denkbeelden uit de traditie van de humorale pathologie. In de sfeer van de leer der crasen trachtte

Todd de oorzaak van epilepsie te omschrijven; deze oorzaak zou liggen in een toxine in het bloed. Anderzijds sloot hij zich aan bij de toen moderne solidair pathologische traditie om de lokalisatie van het ziekteproces te beschrijven. De vraag naar de lokalisatie van de afwijking bij epilepsie zag Todd als één van de belangrijkste vragen. De zetel van het ziekteproces zou in het cerebrum en het mesencefalon liggen. Todd was naast een 'neurologisch filosoof' echter ook een kundig observator, die in een klinische les uit 1849 voor het eerst de post-ictale parese beschreef. □

## Literatuur

1. Garrison FH. History of neurology. McHenry LC (ed). Springfield: Thomas, 1969.
2. Riese W. A history of neurology. New York: MD publ., 1959.
3. Temkin O. The falling sickness. Baltimore: John Hopkins, 1971.
4. Heintzel H. Quellen zur Geschichte der Epilepsie. Bern: Huber, 1975.
5. Todd RB. Clinical lectures on paralysis, disease of the brain, and other affections of the nervous system. London Med Gaz 1849; 43:815-22; 837-46.
6. Todd RB. The Lumleian lectures for 1849. On the pathology and treatment of convulsive diseases. London: Wilson, Oglivy, 1849.
7. Dieulasiauve JF. Traité de l'épilepsie. Paris: Masson, 1854.
8. Keppel Hesselink JM. De ziekte van Parkinson. Een medisch-historische analyse van de begripsontwikkeling in verband met de ziekte van Parkinson vanaf 1817 tot 1961. Zeist: Kerckebosch, 1986.
9. Berrios GE. Epilepsy and insanity during the early 19th century. Arch Neurol 1984; 41: 978-81.



## Dagboek van een waarnemer

### 10: Waar blijft de eerste lijn?

Zondagochtend, 10.00 uur.

'Dokter, met mevrouw Leerdam, kunt u mij een injectie geven?'

'Hoezo?'

'Ik ben net van vakantie teruggekomen en moet nu elke 12 uur een penicilline-injectie hebben, en het is toch al langer dan 12 uur geleden dat ik de laatste injectie kreeg, want we hebben de hele nacht doorgereisd, dus het moet nu wel meteen . . .'

Ik krijg de neiging om te zeggen: ' . . . er zijn nog acht wachtenden voor u', want zo druk is het. Maar ik zeg dat ze mag komen met haar spullen. Het is niet de eerste keer dat me in het weekend wordt verzocht een behandelkuur voort te zetten die in het buitenland is begonnen. Dikwijls heb ik dan toch ook het idee dat behalve het verschil in gezondheidszorg, er een zekere bedrijfslust uit de behandeling elders blijkt. Wanneer mevrouw Leerdam op de stoep staat, wil ik net weggrijpen voor een spoedgeval. Ze houdt me tegen.

'Die 12 uur, het zijn er nu al 14', zegt ze, 'dat kan niet goed zijn.'

Het irriteert me, er ligt iemand met niersteenkolieken aan het andere einde van de stad. Naar wie kan mevrouw Leerdam dan toe, het zieken-

huis? Mopperend geef ik de injectie, en laat daarvoor die andere mevrouw nodeloos pijn lijden. Er zijn veel van dit soort prikjes: de hormoonkuur die het weekend doorgaat, de desensibilisatiekuur, de tetanusprik uit de serie . . .

Waar is de wijkverpleging in het weekend voor deze gevallen?

Zondagavond, 18.30 uur.

'Met Lutterade, kan ik even langskomen voor mijn kaak?'

'Wat is er met uw kaak?'

'Daar is afgelopen dinsdag een gat in geboord om een ontsteking op te heffen. Er is toen ook veel pus uitgekomen, maar ik heb het gevoel dat het nu weer dicht zit.'

Het lijkt me een geval voor de weekendtandartsdienst. Dat zeg ik dus ook.

'Ja, die heb ik ook gebeld, maar daar kon ik niet meer terecht.'

Dat is vreemd. Ik maak er geen woorden aan vuil en laat de man op het spreekuur van 20.00 uur komen. Op zondag probeer ik een spreekuur om 10.00, 14.00 en 20.00 uur te houden. Ik krijg dan het gevoel dat ik zicht op de zaak houd. Als de man komt krijg ik het volgende verhaal te horen:

Deze week was hij bij zijn tandarts voor controle. Er bleek een wortelkanaal ontstoken bij zijn voortand onder, dat werd onmiddellijk opengeboord. Hij heeft geen adviezen gekregen, geen pijnstillers, antibiotica of spoelvloeistof. Controle werd over één week afgesproken. Vandaag had hij het gevoel dat het weer dicht zat. Zijn kaak klopte en elke stap deed pijn. Hij had ook hoofdpijn. Omstreeks 18.00 uur belde hij zijn tandarts op. Hij werd verwezen naar de waarnemingsdienst. Hij vond zichzelf spoedeisend genoeg en draaide het opgegeven nummer.

'U hebt pech', zei de assistente, de dokter is net naar huis. Belt u de dienstdoende huisarts maar.' Nu staat er wel iets moois in het takenpakket over de continue zorg, maar dat is toch wat anders dan de klachten afhandelen die buiten kantooruren bij de tandartsdienst binnenkomen! Ik voel me misbruikt, niet door de patiënt, maar door de assistente van de dienstdoende tandarts. Ik maak een notitie en behandel de man. Spoelen met waterstofperoxide 3% lucht al flink op, en ik geef hem 5 ml van dat spul (in een injectiespuit, want ik vind niks anders) mee. En wat paracetamol. Daar zal de pijn wel van zakken. Morgen om 08.00 uur bij de tandarts, is het advies.

Niet alle tandartsdiensten werken zo. Een dag

eerder overlegde ik in een andere plaats met een collega tandarts over een patiënt die pijn in de kaak had, maar bij wie ik niks kon ontdekken. Deze patiënt mocht meteen komen. Zo kan het ook.

Op zaterdagmiddag wordt ik gebeld door een eerwaarde zuster Lidwien. Zij beheert, bemoeit, een soort 'Blijf van mijn lijf huis', opvangcentrum in de buurt. Ik ken haar van eerdere contacten, voor haar bewoners. Ze is een rustige, vriendelijke vrouw, die nooit opbelt voor ze de gebruikelijke huismiddelen zelf heeft geprobeerd. 'Ik ben zelf de zieke', zegt ze, 'ik heb pijn op mijn borst en op mijn rug. Het is net of er blaasjes opkomen. Het jeukt ontzettend. De temperatuur is 38,2, dus dat valt wel mee.

Maar ik voel me beroerd. Ik heb er al flanelen lappen opgelegd, maar dat helpt niet. Als u nog in de buurt moet zijn, kunt u dan even langs komen, dokter?' Voor zo'n toon smelt ik. C'est le ton qui fait la musique, geldt voor mij als voor ieder ander. Wanneer ik, toch nog uren later, bij haar kom, blijkt ze een Herpes Zoster te hebben (dit speelt in de tijd dat er nog geen Zovirax® was). Ik schrijf dan graag fysiotherapie voor: Diadynamische stroom volgens Pierre Bernard. Maar waar vind ik op zaterdagmiddag een dienstdoende fysiotherapeut? In het ziekenhuis weten ze misschien raad. Ik vraag de portier of er een dienstdoende fysiotherapeut in huis is. 'Over 10 minuten' zegt hij, 'Ze komt eraan.'

'Kan ze mij bellen?'

'Vast wel.'

Ik hoor evenwel niks. En mijn telefoon doet het, dat weet ik zeker. Dus maar eens gebeld.

'Tja', zegt de portier, 'een lastig geval.'

'Wie, ik?'

'Nee, nou ja, ziet u, de supervisie van deze stagiaire heeft het gehoord, en verboden dat u werd teruggebeld.'

'Het is niet waar?'

'Ja, want ze zijn alleen beschikbaar voor patiënten en artsen van het ziekenhuis.'

De portier, ik ken hem van toen in dat ziekenhuis werkte, schaamt zich diep. En ik, ik wens in gedachten het hoofd van de fysiotherapie een vreselijke ziekte toe. En geen bereidheid tot hulp want dat is, geloof ik, nog erger dan geen hulp krijgen. Er is in de stad waar ik op dat moment werk, geen fysiotherapeutendienst voor het weekend. Er is ook niet zoveel spoedeisende fysiotherapeutische hulp nodig, alhoewel, de sportblessures . . .! Ook hier is er maar één lijn, de eerste lijn in het weekend, de huisarts. Geen wonder dat een mens daar dol van wordt.

Op zondagmiddag belt meneer Maasdam op. Of hij even langs mag komen met zijn vrouw. Het gaat helemaal niet meer. Zijn stem klinkt bedroefd, bedrukt, verdrietig. Het is rustig, dus laat ik ze gewoon komen. Tijd moet meteen worden gebruikt in waarnemingen.

Het echtpaar is omstreeks de 55 jaar. Toen zij in de overgang kwam is het allemaal begonnen: neerslachtige buien, het allemaal niet meer zien zitten, huilbuien, zich waardeloos en nutteloos voelen. Ze weet zich met zichzelf geen raad. Hij weet het ook niet meer. Nu heeft ze Tryptizol® gekregen, maar het kan wel even duren eer dat werkt. Ze heeft ook een afspraak met de psychiater, woensdag, dat is nog drie dagen. Drie lange dagen en nachten. O, waarom ben ik niet beter opgeleid in gespreksvoering!

'Wat zit u dwars, mevrouw?'

'Ik voel me moe en ellendig, maar ik kan ook

niet slapen. Ik heb nergens zin in.'

Klassiek beeld van depressie.

'Wat vindt u wel leuk, televisiekijken, eten koken, handwerken, wandelen? Wat hebt u geprobeerd?'

'Alles.'

'U weet toch diep in uw hart dat het weer over gaat?'

'Ja, maar het duurt al zo lang, als het zo door moet gaan, dan hoeft het voor mij niet meer.'

We praten nog een tijdje. Ik kan haar wel tijd geven, maar we zitten op een verschillende golf-lengte. Ik heb haar maar twee alternatieven te bieden: spoedafpraak met de psychiater – maar dat is dan de dienstdoende, of het uitzingen tot woensdag. Dat laatste dan maar, en of ik voor nu niet even een medicijn heb om haar rustig te maken. Als ik zulke tovermiddeltjes had! Plechtig geef ik haar een tablet Meprobaat® uit mijn tas. Is het om het gebaar of om de naam van het spul, waar voor mij nog steeds 'probaat' in zit? Ze lijkt redelijk tevreden als ze weggaat. Waarom is er geen makkelijke voorziening waar een vrouw als deze, met echte problemen in het weekend terecht kan? Waar blijft maatschappelijk werk?

O, ik ken het RIAGG wel, en de sociaal psychiatische dienst, maar echt makkelijk toegankelijk zijn die niet. Ik snap ook wel dat een eenmalig gesprek weinig zin heeft, maar weinig nuttige hulp is dus vervangen door dan maar liever géén hulp. Slecht te begrijpen voor patiënten en de enige die zich overeind moet houden in deze stormen: de huisarts.



Marie-José Molledans

## Uit de Gezondheidsraad

# Preventie van infecties met Campylobacter jejuni

Op 4 december 1985 vroeg de staatssecretaris van WVC de Gezondheidsraad om advies over de preventie van infecties met Campylobacter jejuni. De bewindsman stelde: 'Met name vraag ik uw advies over methoden die de frequentie van het optreden van deze infecties kunnen terugdringen, door interventie bij de mens zelf (bij het hanteren en bewerken van vlees) dan wel bij het dier (opfof van pathogeen-vrije of -arme dieren, slachtmethoden, koelmethode en eventuele verdere bewerkingen van het slachtvlees).'

De beantwoording van de adviesaanvraag werd opgedragen aan een commissie, bestaande uit: Prof. Dr. E. H. Kampelmacher, voorzitter; Prof. Dr. M. F. Michel, vice-voorzitter; Dr. J. Oosterom, secretaris; Prof. Dr. J. P.

Butzler, Dr. H. Goossens, Prof. Dr. J. Huisman, Dr. Ir. R. W. A. E. Mulder, Dr. W. P. J. Severin, en Dr. A. C. Voeten, leden; en Dr. H. Bijkerk, Drs. J. Driessen en Dr. W. Edel, adviseurs. De commissie bracht haar advies op 10 oktober jongstleden uit. Hier volgen de hoofdlijnen.

Sinds een tiental jaren wordt de bacteriesoort Campylobacter jejuni herkend als een belangrijke ziekteverwekker bij de mens. Van alle gevallen van acute enteritis die thans in Nederland microbiologisch worden onderzocht, blijkt 8% tot 10% door deze bacterie te zijn veroorzaakt. Campylobacteriose komt derhalve vaker voor dan salmonellose en verloopt vaak niet minder ernstig. De gemiddelde

ziekteduur wordt geschat op 5 tot 7 dagen. Indien wordt aangenomen dat 5% van alle Campylobacter-infecties in Nederland bacteriologisch wordt bevestigd, kan worden berekend dat jaarlijks ongeveer 2% van de Nederlandse bevolking te lijden heeft van Campylobacter-enteritis. Afgezien van het menselijk leed dat dit veroorzaakt, is er daarom sprake van een aanzienlijke jaarlijkse economische schade door Campylobacter.

Campylobacteriose bij de mens is voornamelijk een voedselinfectie, waarbij voedingsmiddelen van dierlijke oorsprong, in Nederland vooral pluimveevlees, een belangrijke rol spelen. Dieren, waaronder landbouwhuisdieren, zijn vaak drager van grote aantallen Campylobacter-bacteriën in het maag-darmkanaal, zon-

der dat zij ziekteverschijnselen vertonen. Bij het slachten van de dieren treedt besmetting van huid en vleesoppervlakken op met bacteriën, waaronder *Campylobacter*, die hoofdzakelijk uit de darminhoud afkomstig zijn.

*Campylobacter*-besmettingen op varkenskarassen worden tijdens het koelen geëlimineerd; dit komt vooral door het drogend effect van de mechanische ventilatie die bij het koelen wordt gebruikt. Hetzelfde effect treedt waarschijnlijk op bij het koelen van karkassen van runderen, schapen en paarden, zodat ook deze bij het verlaten van het slachthuis *Campylobacter*vrij zullen zijn. Pluimveekarkassen worden vaak op andere wijze gekoeld, waardoor *Campylobacter* op pluimveevlees in leven kan blijven en zo de consument kan bereiken. Epidemiologische onderzoeken hebben een significant verband aangetoond tussen het aanraken en de consumptie van pluimveevlees enerzijds en het optreden van *Campylobacter*-enteritis anderzijds; speciaal het deelnemen aan barbecues en dergelijke bleek risico in te houden, omdat hierbij gemakkelijk overdracht van kiemen van het rauwe pluimveevlees via de handen of ander voedsel naar de mond kan optreden.

*Campylobacter jejuni* is in Nederland slechts in geringe aantallen in rauwe melk gevonden. De consumptie van rauwe melk heeft in ons land, voor zover bekend, niet tot explosies van *campylobacteriose* geleid.

*Campylobacter jejuni* is, net als *Salmonella*, van faecale oorsprong. Daarom neemt men aan dat de epidemiologische patronen van *Campylobacter* in het milieu, in de levensmiddelenindustrie en in huisgezinnen in grote lijnen vergelijkbaar zijn met die van *Salmonella*, hoewel een aantal bijzonderheden nog nader moet worden onderzocht.

## AANBEVELINGEN

In het licht van het bovenstaande doen wij de volgende aanbevelingen om het *Campylobacter*-probleem in Nederland de komende jaren terug te dringen:

1. Om goed inzicht te verkrijgen in de *Campylobacter*-problematiek in Nederland is het ons inziens gewenst in een samenwerkingsverband van deskundigen een bewakingssysteem op te zetten voor periodiek onderzoek naar het voorkomen van *Campylobacter* bij patiënten met enteritis, in levensmiddelen, bij gedomesticeerde en in het wild levende dieren en in het milieu. Een dergelijk systeem zou niet alleen voor *Campylobacter* moeten gelden, maar ook aandacht moeten besteden aan verwekkers van verwante infectieziekten als salmonellose, yersiniose en listeriose.

2. Om *Campylobacter*-infecties te voorkomen, bevelen wij aan de overdracht van kiemen van landbouwhuisdieren naar de mens te onderbreken. De kennis van de epidemiologie van *Campylobacter jejuni* is nog onvoldoende om het effect van verschillende maatregelen tot in detail te kunnen evalueren. Niettemin beschouwen wij in de huidige situa-

tie de volgende maatregelen als doeltreffend en haalbaar:

- het bevorderen van de hygiëne in slachthuizen;
- het bevorderen van de hygiëne in slagerijen;
- het decontamineren van vlees; en
- het voorlichten van de consument.

Wij menen, dat alleen een alomvattende benadering met goed op elkaar afgestemde preventieve maatregelen zin heeft. Dat betekent dat bijvoorbeeld weinig waarde valt te hechten aan een op zichzelf staande voorlichtingscampagne met betrekking tot keukenhygiëne: het *campylobacter*-probleem is te complex en de aantallen *Campylobacter*-bacteriën die in de levensmiddelenindustrie voorkomen zijn te groot, om de belangrijkste verantwoordelijkheid voor de preventie van *campylobacteriose* bij de consument te leggen.

3. Allereerst dient de hygiëne in slachthuizen en andere inrichtingen waar vlees wordt verwerkt, te worden verbeterd, onder meer door het introduceren van nieuwe slachttechnieken en het in gebruik nemen van aangepaste apparatuur. Wij menen dat voorts onder de werkers in deze bedrijfstak de kennis van hygiëne moet worden vergroot. Dit kan het best gebeuren aan de hand van identificatie van hygiënische knelpunten in het bedrijf en het daarna opstellen van een zorgvuldig hygiëneplan met inbegrip van microbiologische controles. Een dergelijke aanpak is onder andere gepropageerd door de vakgroep Voedingsmiddelen van Dierlijke Oorsprong van de Faculteit der Diergeneeskunde te Utrecht. Wat pluimvee betreft zijn systematische hygiëneplannen en opleidingen op het gebied van hygiëne in voorbereiding door de Stichting Innovatie en Profilerings Slachtpluimveesector.

4. Ook in slagerijen moet de hygiëne ons inziens sterk worden verbeterd. Aan slagers moet regelmatig terugkerende, duidelijke informatie worden verstrekt over de mogelijke aanwezigheid van ziektekiemen op vlees en vleesprodukten, de gevaren van kruisbesmetting en de hygiënemaatregelen die mogelijk zijn om deze besmetting te voorkomen. Ook in de vakopleidingen in deze sector moet aandacht aan deze onderwerpen worden besteed. Omdat *Campylobacter* vaak op pluimveevlees voorkomt, moet contact tussen pluimveevlees en ander vlees in de slagerij worden vermeden. Er moeten in de slagerij duidelijk aparte afdelingen worden gecreëerd voor roodvlees, pluimveevlees, verduurzaamde vleesprodukten en overige levensmiddelen.

5. Wij achten het doorstralen van rauw vlees, in het bijzonder van pluimveekarkassen, een veilige en betrouwbare methode om besmetting met *Campylobacter* en andere ziektekiemen te elimineren. Doorstraling van rauw vlees verdient in het bijzonder overweging wanneer het voedsel betreft voor personen met een verhoogd infectierisico.

6. *Campylobacter*-besmettingen op vlees kunnen ook worden teruggedrongen door het opbrengen van bepaalde stoffen, zoals organische voedingszuren, waaronder melkzuur, en wellicht door bepaalde koel- en vriestechieken.

Deze mogelijkheden verdienen nadere bestudering.

7. Behalve slagers zouden ook keukenpersoneel en consumenten geregeld voorlichting moeten krijgen over de mogelijke besmetting van vlees, vleesprodukten en andere levensmiddelen. Daarnaast wijzen wij op het belang van het snel verhitten en koelen van voedsel en op het gevaar van overdracht van besmettingen, niet alleen in de keukens, maar ook bij barbecues en dergelijke waar men in aanraking kan komen met rauw vlees.

8. Wij ontraden de consumptie van rauw en onvoldoende verhit vlees ten sterkste. Vlees kan niet alleen zijn besmet met *Campylobacter*, maar ook met andere ziekteverwekkers als *Salmonella*, *Yersinia*, *Toxoplasma* en *Taenia*. De consumptie van rauwe melk dient eveneens te worden tegengegaan. Ook in Nederland kan rauwe melk met *Campylobacter* zijn besmet. Bovendien is besmetting mogelijk met de verwekkers van bijvoorbeeld salmonellose en Q-koorts. In dit verband betreuen wij het dat door EG-bepalingen de mogelijkheden tot verkoop van rauwe melk op de boerderij zijn verruimd en dat deze verkoop door de invoering van de zogenaamde superheffing nog verder is gestimuleerd.

9. Met het oog op de algemene microbiologische verontreiniging van het milieu, onder andere met *Campylobacter*, is het wenselijk dat wordt gestreefd naar decontaminatie van effluënten en slib uit afvalwaterzuiveringsinstallaties. Ook ander afval, bijvoorbeeld bestemd voor compost of diervoeder, zou moeten worden gedecontamineerd voordat gebruik wordt toegestaan.

10. Mede gezien het feit dat, naast het ontdekken van het belang van *Campylobacter*-infecties, de aanverwante *Salmonella*-problematiek de afgelopen jaren onverminderd is blijven bestaan, dringen wij erop aan dat de uitvoering van de hierboven voorgestelde preventieve maatregelen op zo kort mogelijke termijn wordt gerealiseerd. □

De volledige tekst van het advies 'Campylobacter jejuni infecties in Nederland' kan tegen betaling van f 17,— worden besteld bij de Gezondheidsraad, hetzij schriftelijk (Postbus 90517, 2509 LM, Den Haag), hetzij telefonisch (070-471441).

## Arts en Recht

# AIDS-test in kader van diagnostiek

## Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege 25 augustus 1988

Een 40-jarige homofiele man met een vaste relatie heeft seksueel contact met een derde man. Er ontstaat een huidaandoening met blaasjes. Hij heeft last van jeuk. De behandelend arts deelt hem mee dat hij bloedonderzoek nodig acht. De arts legt niet uit aan wat voor soort bloedonderzoek hij denkt. De patiënt vraagt er niet naar. Tijdens het volgende consult vertelt de arts dat een AIDS-test is gedaan. De patiënt geeft geen commentaar. Vervolgens deelt de arts de (negatieve) uitslag mee. Dit geeft evenmin aanleiding tot commentaar. Enige tijd later volgt een klacht.

Er behoeft geen verschil van mening te bestaan over de vraag of de test op zichzelf, gezien het klachtenpatroon, medisch gezien geëigend was. Voor wat betreft de vraag of de patiënt hiervoor expliciet toestemming moet worden gevraagd, is er – lijkt ons – discussie mogelijk.

Het ontwerp van Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst stelt in artikel 1653d, lid 1: 'Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is telkens de toestemming van de patiënt vereist'. Lid 3 bepaalt dan dat toestemming mag worden verondersteld indien de verrichting niet van ingrijpende aard is. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft in zijn advies ter zake opgemerkt, dat niet alleen de aard van de verrichting, maar ook de mogelijke consequenties daarvan, bij deze wetsbepaling dienen te worden betrokken; daarbij is onder meer aan een AIDS-test gedacht.

Gesteld kan worden, dat deze patiënt kon vermoeden dat de arts een AIDS-test wilde laten doen en bewust niet verder heeft gevraagd of geprotesteerd. Impliciet heeft de patiënt daarmee toestemming gegeven of althans niet geweigerd. In het kader van een behandeling heeft de arts dan correct gehandeld.

Was het vroeger heel gewoon allerlei onderzoeken en bepalingen te doen zonder daarover altijd met de patiënt te overleggen, tegenwoordig komt daarin, mede onder invloed van de komende wetgeving, een kentering. Is, gezien de zwaarwegende consequentie van een eventuele

positieve testuitslag, echter niet eerder expliciete toestemming geëigend?

Het argument van het Centraal Medisch Tuchtcollege, dat de arts door niet vooraf met de patiënt te overleggen de patiënt daarmee niet tevoren heeft belast, komt niet sterk over. Achteraf is het de patiënt immers medegedeeld, inclusief de noodzaak van herhaling na twee maanden. Gezien deze specifieke casus is de uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege op zichzelf begrijpelijk. Op de lange termijn lijkt de ontwikkeling eerder de richting van de expliciete toestemming en overleg vooraf op te gaan.

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

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door D, wonende te E, appellant/oorspronkelijk klager, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te K van 31 oktober 1987, waarbij zijn klacht tegen C, dermatoloog, wonende te E, verweerder, als ongegrond is afgewezen.

Gezien de stukken, waaronder de beslissing waarvan beroep en de daarin vermelde stukken, het proces-verbaal van het verhandelde ter zitting van het college van eerste aanleg van 31 oktober 1987, het beroepschrift d.d. 14 december 1987 met bijlagen, en het verweerschrift d.d. 4 maart 1988 met bijlagen; Gehoord ter zitting van het Centraal College van 24 juni 1988 verweerder, bijgestaan door zijn raadsman Mr. G, advocaat te H, zijnde klager, hoewel behoorlijk opgeroepen, niet verschenen;

Overwegende:

1. Het beroep is tijdig ingesteld.
2. Evenals in eerste aanleg is klager niet ter zitting verschenen om de zaak mondeling toe te lichten.
3. Het Centraal College gaat uit van de volgende vaststaande feiten:
  - a. De huisarts van klager heeft klager naar verweerder verwezen met de volgende verwijsbrief: 'De heer D, 170448, heeft weer last van jeuk. Omdat zijn vriend het ook heeft dacht ik aan scabies. Gamexaan helpt (nog) niet; tevens verbaas ik mij over de blaasjes.
  - b. Verweerder kende appellant die hij eerder terzake van scabies had behandeld.
  - c. Verweerder was ermee bekend dat appel-

lant een vaste homofiele relatie had. Appellant deelde aan verweerder mee dat die relatie een derde man had meegebracht, waarmee zij beiden seksueel contact hebben gehad, waarna beiden een huidaandoening hebben gekregen. De huidaandoening van die vriend was genezen doch die van appellant niet.

d. Verweerder heeft appellant onderzocht en geconstateerd: huidinfecties op borst en armen, aanzienlijk meer dan normaal.

e. Verweerder achtte in het kader van zijn onderzoek bloedonderzoek nodig en heeft zulks aan appellant meegedeeld. Appellant heeft niet gevraagd waarop het onderzoek was gericht. Het bloedonderzoek richtte zich op lues en het AIDS-virus. De formulieren werden open meegegeven.

f. Bij een opvolgend consult op 8 mei 1987 heeft verweerder meegedeeld, dat hij het in het kader van het onderzoek noodzakelijk had gevonden een AIDS-test te laten verrichten. Toen appellant daarop geen commentaar gaf, heeft verweerder meegedeeld dat hij negatief was en dat de test na twee maanden diende te worden herhaald. Verweerder gaf het voor die test benodigde formulier open mee. Appellant heeft geen bezwaar gemaakt.

g. Op grond van het door verweerder aangevraagde bloedonderzoek is gebleken dat appellant lues had.

h. Appellant is – naar verweerder eerst na het indienen van de klacht is gebleken – analfabeet.

4. Oorspronkelijk klager verwijt de arts, dat hij een AIDS-test heeft laten verrichten zonder dat hij ervan op de hoogte was, zonder dat hij daarvoor toestemming had gegeven en dat verweerder de uitslag heeft meegedeeld zonder zich ervan overtuigd te hebben of appellant de uitslag wilde vernemen.

5. Appellant heeft een aantal grieven tegen de beroepen beslissing ontwikkeld.

Allereerst voert hij aan, dat het college in eerste aanleg geen aandacht heeft besteed aan zijn verwijt dat verweerder er zich niet van heeft overtuigd dat klager de uitslag wilde vernemen. Voorts stelt hij dat het college in eerste aanleg ten onrechte is uitgegaan van een aantal punten, te weten:

- dat het 'informed consent'-beginsel alleen van toepassing is bij (verplicht) groepsonderzoek;
- dat het 'informed consent'-beginsel daarom geen rol speelt bij individuele diagnostiek;
- dat om die reden de behandelend medicus al datgene dient te doen wat deze in het belang van een juiste diagnose nodig acht;
- dat er met name bij een onderzoek op de aanwezigheid van het AIDS-virus geen redenen zijn om daar een andere handelwijze in



acht te nemen dan bij andere ziektebeelden, zoals hepatitis B, lues of een leveraandoening. 6. Het Centraal College is van oordeel dat de bij appellant aangetroffen ernst en omvang van de huidaandoening voor verweerder alleszins aanleiding hebben gegeven bloedonderzoek te laten verrichten, gericht op lues en het AIDS-virus. Verweerder heeft gedaan wat naar de huidige stand van de wetenschap van hem mocht worden verlangd.

7. Appellant heeft er bezwaar tegen dat verweerder geen toestemming aan hem heeft gevraagd voor de AIDS-test. Kennelijk heeft appellant geen bezwaar tegen het bloedonderzoek, waar hij – door dit bij hem te laten verrichten – zijn medewerking aan heeft gegeven. Evenmin blijkt van enig bezwaar tegen het onderzoek naar lues; dit laatste onderzoek blijkt van belang te zijn geweest voor de diagnose, nu hij lues bleek te hebben.

Aangezien verweerder terecht een diagnose heeft gesteld waarbij bloedonderzoek noodzakelijk is en de patiënt daaraan medewerking heeft gegeven, mocht naar het oordeel van het Centraal College, gelet op het impliciete verzoek van klager om een juiste diagnose, verweerder ervan uitgaan dat het bloedonderzoek zich zou uitstrekken tot die gebieden die naar het deskundig oordeel van verweerder noodzakelijk waren om tot een diagnose te komen. Appellant stelt niet dat hij heeft gevraagd waarvoor het bloedonderzoek zich zou richten.

Het Centraal College kan appellant niet volgen in zijn stelling dat voor elk onderzoek een nieuwe toestemming nodig is. Indien de patiënt toestemt in bloedonderzoek en hij verder niet geïnteresseerd is waarnaar wordt onderzocht, is er geen aparte toestemming nodig voor elk onderdeel waarop het onderzoek is gericht.

8. Het Centraal College merkt nog op, dat verweerder door niet van tevoren aan appellant mee te delen dat hij naar lues en AIDS een bloedonderzoek wilde laten doen, deze niet van tevoren heeft belast.

9. Dat verweerder de negatieve uitslag heeft meegedeeld, was reeds noodzakelijk omdat een nieuw onderzoek na twee maanden noodzakelijk was. Bovendien – zo heeft verweerder ter zitting het Centraal College overtuigd – mocht hij er op grond van de reactie van appellant van uitgaan dat appellant de uitslag wilde weten.

10. In het voorgaande heeft het Centraal College uiteraard alleen een oordeel willen geven over het voorliggende geval van een individuele diagnose waarbij het onbegrepen beeld van de uitgebreide huidaandoening op borst en armen deed denken aan een menginfectie waarbij lues en AIDS een rol konden spelen.

11. Aangezien het Centraal College van oordeel is dat reeds op grond van het vorenverwogene de klacht in al zijn onderdelen ongegrond is, kan zij de overwegingen van het

college van eerste aanleg waartegen de grieven zijn gericht buiten beschouwing laten.

12. Het Centraal College acht het op grond van het algemeen belang gewenst dat deze beslissing wordt bekendgemaakt overeenkomstig artikel 13b van de Medische Tuchtwet.

13. Voor een vergoeding van de kosten die verweerder heeft gehad aan de behandeling van de zaak acht het Centraal College geen termen aanwezig.

14. Het Centraal College zal als volgt recht doen:

Rechtdoende in hoger beroep:

*Bevestigt de beslissing waarvan beroep, met wijziging van gronden;*

Bepaalt de bekendmaking van de beslissing van het Centraal College met inachtneming van artikel 13b van de Medische Tuchtwet door plaatsing in de Staatscourant en door toezending met verzoek tot plaatsing aan de redacties van het tijdschrift Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht;

Bepaalt dat aan partijen geen kosten voortvloeiende uit de behandeling van de zaak zullen worden vergoed. □

## Rapport Nederlandse Vereniging voor Allergologie

# Kwaliteitsbewaking en standaardisatie van allergeenhoudende extracten

*In de voorjaarsvergadering van 1984 van de Nederlandse Vereniging voor Allergologie werd besloten tot instelling van een Allergeen Standaardisatie Commissie. Deze commissie zou aanbevelingen moeten doen over de kwaliteitsbewaking en standaardisatie van allergeenhoudende extracten in Nederland. Het betreft extracten die worden gebruikt bij diagnostiek van door IgE gemedieerde allergie.*

De Allergeen Standaardisatie Commissie van de Nederlandse Vereniging voor Allergologie bestond uit: R. C. Aalberse, biochemicus; L. Berrens, biochemicus; J. W. Dorpema, namens RIVM; H. F. Kauffman, biochemicus, voorzitter; B. P. M. Martens, dermatoloog; J. G. R. de Monchy, allergoloog; F. Th. M. Spijksma, aerobioloog, secretaris; en A. W. van Toorenenbergen, biochemicus. De leden van de Nederlandse Vereniging voor Allergologie zijn op de huishoudelijk-

ke vergadering van 18 maart 1988 akkoord gegaan met het onderhavige rapport. Naar dit rapport werd al verwezen in het rapport over de standaardisatie van huidtests, dat in 1987 in Medisch Contact werd gepubliceerd.

### I. Uitgangspunten

1. Normeringen, te stellen vanuit de overheid ten aanzien van allergeenhoudende extracten op de Nederlandse markt, zijn dringend gewenst en mogelijk.
2. De kwaliteitsbewaking dient zowel *in vivo* als *in vitro*-technieken te omvatten.
3. De Allergeen Standaardisatie Commissie tracht een dialoog op te bouwen tussen de overheid, de gebruikers, de producenten en wetenschappers om gezamenlijk deze problematiek te bespreken en de overheid te adviseren.

### II. Technieken bij de kwaliteitsbewaking en standaardisatie

1. Als *in vivo*-techniek zal de huidtest worden

toegepast. De aanbevelingen van de Commissie Standaardisatie Huidtests dienen hierbij als platform voor de toe te passen techniek (identiteit van protocol). In samenspraak hiermee zal een keuze worden gemaakt uit: de methode-Turkeltaub (VS) (intracutaan, unit: BU); de Scandinavische methode volgens Aas (priktests, unit: HEP); combinaties van beide, respectievelijk andere internationaal geaccepteerde methodes.

2. *In vitro*-technieken. De RAST-inhibitieprocedure werd geaccepteerd als betrouwbare controle op identiteit en IgE-bindend vermogen, met een aantal beperkingen:

- a. RAST-inhibitie blijkt betrouwbaar, mits toegepast als 'in-house' controleprocedure; dat wil zeggen onder condities waar standaard en te meten batch uit vergelijkbare grondsubstanties zijn ontstaan;
- b. Naarmate standaard en te meten batches meer van elkaar gaan afwijken, dreigen de relaties ten aanzien van de componentsamenstelling en biologische activiteit af te gaan wijken. Het uitdrukken van dit type extracten in internationale eenheden lijkt weinig zinvol.

### III. Kwaliteitsbewaking en standaardisatie

1. Er dient een onderscheid te worden gemaakt tussen kwaliteitsbewaking en bijbehorende criteria, en standaardisatie. Kwaliteitsbewaking kan eerder worden ingevoerd zonder hierbij betrokken te raken in de discussies over te stellen eisen bij standaardisatie in strikte zin ((inter)nationale eenheden).

2. Het toekennen van kwaliteitscriteria aan allergeenpreparaten kan gegradeerd plaatsvinden volgens categorieën met toenemende kwaliteitsnormering. Deze categorieën zouden op de af te leveren preparaten dienen te worden vermeld. De te onderscheiden categorieën kunnen worden verdeeld in:

**Categorie I.** Registratie bij overheidsinstanties door middel van het indienen van de protocollen van bereidingswijze van de extracten. Deze protocollen dienen te omvatten:

- beschrijving van de uitgangsmaterialen (ruwe grondstofmateriaal), dat wil zeggen het eigen productieproces respectievelijk aangifte van welke fabrikant dit materiaal werd betrokken; aard en zuiverheid van het uitgangsmateriaal (pollenzuiverheid; schimmels-mycelium, medium, sporen; huisstofmijten-geïsoleerde organismen, faeces, ruwe kweekmateriaal, etc.);
- beschrijving van extractieprocessen en opzuiveringsprocedures, leidend tot het uiteindelijke marktproduct;
- aangifte van kwantiteit van het eindproduct (hoeveelheid droge stof mg/ml, eiwit/ml). Tevens dienen deze producten te voldoen aan de eisen ten aanzien van steriliteit en toxiciteit volgens de richtlijnen van het RIVM.

**Categorie IIa.** Voldoet aan de eisen volgens categorie I. Bovendien is aangegeven de graad van specifieke reactiviteit bij gebruik in de huid, dat wil zeggen: het te verwachten percentage valspositieve reacties van het betreffende preparaat in een kwalitatief en kwantitatief omschreven groep van niet-allergische personen.

**Categorie IIb.** Het preparaat voldoet aan de eisen volgens categorie I. Tevens heeft kwantificatie van de biologische activiteit plaatsgevonden in een groep patiënten met sensibilisaties tegen het product (kwantificatie aangifte volgens BU, HEP of een andere internationaal geaccepteerde eenheid; hierbij dienen testmethode en aantallen geteste patiënten te worden gemeld respectievelijk aan nader te omschrijven criteria te voldoen).

**Categorie IIc.** Voldoet aan eisen Categorie I, IIa en IIb.

**Categorie III.** Voldoet aan de eisen categorie IIc. Bovendien is het IgE-bindend vermogen gekwantificeerd met behulp van RAST-inhibitie, minimaal ten opzichte van een 'in-house' standaard. Indien mogelijk en zinvol (zie Vb) aangifte ten aanzien van Internationale Standaard.

**Categorie IVa.** Het preparaat voldoet aan de normen volgens categorie III. Tevens zijn de belangrijkste allergene componenten geïdentificeerd bijvoorbeeld door middel van immunoblot-technieken.

**Categorie IVb.** Als IVa, doch tevens zijn één of meer 'major allergens' gekwantificeerd door middel van immunochemische technieken (bijvoorbeeld CRIE of monoclonale/polyclonale antilichamen).

#### 3. Opmerkingen

Allergene extracten die op korte termijn aan de categorieën I t/m IV kunnen voldoen, zijn: graspollen, huisstofmijten (*D. pteronyssinus*, gevolgd door *D. farinae*), huidproducten van kat, alsmede berkpollen.

Men dient zich te realiseren, dat voor vele extracten het kwaliteitscriterium I en IIa het maximaal haalbare zal zijn bij gebrek aan voldoende patiënten met sensibilisaties tegen dit materiaal.

Eisen ten aanzien van toxiciteit dienen te worden gehanteerd in relatie tot de aard van het desbetreffende preparaat; zoals bij insectengiften (bijen, muggen, rupsen, etc.).

4. Uit het feit, dat in punt II.2 van dit rapport bij de omschrijving van de extractkwaliteit in de categorieën III en IV wel nadere *in vitro* gemeten eigenschappen worden aangegeven, maar geen verdere *in vivo* biologische activiteitsbepalingen, mag niet direct worden geconcludeerd dat extracten die aan categorie III of IV voldoen van betere gebruikskwaliteit zouden zijn. Het gaat dan om meer precieze karakterisering van extracten, waarvoor *in vivo* biologische activiteitsbepalingen door een te klein aantal metingen (patiënten) niet mogelijk is. Nadere karakterisering kan in het algemeen wel tot grotere mate van reproduceerbaarheid (standaardisatie) van extracten leiden.

### IV. Overwegingen

1. In onderling overleg tussen gebruikers, wetenschappelijke instituten, producenten en overheid moet overeenstemming worden bereikt over minimumcriteria, die dienen te worden aangelegd om binnen de termen van kwaliteitscategorieën te kunnen vallen. Een dergelijk overleg zou moeten leiden tot stapsgewijze vorming van gezaghebbende consensus over aan de allergeenhoudende extracten te stellen kwaliteitseisen met de daarbij behorende controle.

2. Het stadium van inventarisatie en registratie als farmaceutisch preparaat dient in samenspraak met de overheid (RIVM) in eerste instantie en op zo kort mogelijke termijn te worden gerealiseerd. Hierbij kan de procedure, zoals gehanteerd in Zweden (juli 1985) als model dienen. Er is reeds een Nederlandse commissie ex artikel 14 in contact met een Europese Commissie voor de Europese Farmacopee ten aanzien van een Europese regeling.

3. De Nederlandse Vereniging voor Allergologie zou haar leden kunnen adviseren uitsluitend

tend producten die aan de overeengekomen criteria voldoen te gebruiken.

### V. Aanbevelingen

1. Voor de praktische uitvoering van de in dit rapport gegeven aanbevelingen om te komen tot beschrijving en controle van de kwaliteit van allergeenextracten gaan de gedachten van de Allergeen Standaardisatie Commissie in de richting van een permanent geformaliseerd overleg tussen de betrokken groeperingen, met name de overheid, de gebruikers, de producenten, en vertegenwoordigers uit het wetenschappelijk onderzoek. Een dergelijk overleg zou moeten leiden tot stapsgewijze vorming van gezaghebbende consensus over de aan de vele verschillende allergeenextracten te stellen kwaliteitseisen, met de daarbij behorende controle.

2. Bij het vaststellen van regels of bij het maken van afspraken met betrekking tot kwaliteitscontrole en kwaliteitsbewaking van allergeenextracten in Nederland is het van groot belang, dat dit zo veel mogelijk geschiedt in overeenstemming met soortgelijke maatregelen in het buitenland, met name in West-Europa. □

#### Literatuur

- Aas K, Backman A, Belin L, Weeke B. Standardization of allergen extracts with appropriate methods. *Allergy* 1978; 33: 130-7.
- Aalberse RC, Leeuwen J van, Aalbers M. Monoclonal antibodies. In: Brede HD, Stevens S (eds). Regulatory control and standardization of allergenic extracts. Proc 3rd Int Paul Ehrlich-Seminar. Stuttgart: Fischer, 1985: 137-9.
- Blaauw PJ, Smithuis LOMJ. De standaardisatie van allergeenextracten. *Pharm Weekbl* 1986; 121: 630-4.
- Calkhoven PG, Aalbers M, Koshthe VL et al. Cross-reactivity among birchpollen, vegetables and fruits as detected by IgE antibodies is due to at least three distinct cross-reactive structures. *Allergy* 1987; 42: 382-90.
- Dieges PH, Monchy JGR de, eds. Skin test and RAST-inhibition procedures in the standardization of allergenic extracts. Symp Proc. Rotterdam: Allergologie AZR-Dijkzigt, 1987.
- Dreborg S, Einarsson A, Longbottom JL. The chemistry and standardization of allergens. In: Weir DM (ed). handbook of experimental immunology. 4th ed. Oxford: Blackwell, 1986, 10.1-28.
- Kauffman HF, Monchy JGR de. Standaardisatie van allergeenhoudende extracten. *Geneesmiddelenbulletin* 1988; 22: 7-10.
- Lowenstein H. Physico-chemical and immuno-chemical methods for the control of potency and quality of allergenic extracts. In: Brede HD, Going H (eds). Regulatory control and standardization of allergenic extracts. Proc 1st Int Paul Ehrlich-Seminar. Stuttgart: Fischer, 1980, 122-32.
- Malling HJ. Proposed guidelines for quantitative skin prick test procedure to determine the biological activity of allergen extract using parallel line assay. *Allergy* 1987; 42: 391-4.
- Norman PS. Why standardized extracts? *J Allergy Clin Immunol* 1986; 77: 405-6.
- Rapport Commissie Ned Ver Allergol. Standaardisatie huidtests. *Medisch Contact* 1987; 42: 1271-3. (Engelse versie: *Clinical Allergy* 1988; 18: 305-10).
- Turkeltaub PC, Rastogi SC, Baer H et al. A standardized quantitative skin test assay of allergen potency and stability: studies on the allergen dose-response curve and effect of wheal, erythema, and patient selection on assay results. *J Allergy Clin Immunol* 1982; 70: 343-52.

## Een klinische blik op de borstkas

Over de mate van betrouwbaarheid waarmee symptomen aan het licht worden gebracht

**Résumé.** Onderzocht is, in hoeverre artsen eensluidend oordelen over de aanwezigheid dan wel afwezigheid van een aantal respiratoire symptomen. Een 24-tal artsen werd verdeeld in zes groepen van vier. Elke groep onderzocht vier patiënten met duidelijk afgebakende thoraxsymptomen. De overeenstemming over afzonderlijke symptomen was in het algemeen gering. Over de hele linie bleken de vier artsen die samen in één groep zaten het slechts 55% van de keren volledig met elkaar eens te zijn. Sommige verschijnselen, zoals een piepende ademhaling ('wheezing'), werden met een grotere mate van betrouwbaarheid aan het licht gebracht dan andere, zoals de voortgeleiding van fluïsterspraak. De diagnoses op basis van de klinische bevindingen werden vergeleken met de juiste, door onderzoek gestaafe diagnoses. In 28% van de gevallen bleken de diagnoses van de artsen niet te kloppen. Hoe vaker een arts anders dan de meerderheid oordeelde over de aanwezigheid dan wel afwezigheid van een bepaald symptoom, des te groter was de kans dat de desbetreffende arts een onjuiste diagnose had gesteld. Een rangorde van thoraxsymptomen, al naar de betrouwbaarheid waarmee ze aan het licht worden gebracht, zou het onderricht in de thoraxgeneeskunde ten goede komen.

**Inleiding.** Medische handboeken en klinische docenten wijzen er slechts zelden op, dat bepaalde lichamelijke symptomen moeilijk zijn aan te tonen bij een thoraxonderzoek en niet altijd aanwezig zijn. Uit onderzoek naar de validiteit van dit soort symptomen is

gebleken dat artsen deze verschijnselen vaak heel verschillend beoordelen, hetgeen leidt tot onbetrouwbare klinische observaties bij aandoeningen van de luchtwegen<sup>1-3</sup>. Toch zouden een deskundig uitgevoerd lichamelijk onderzoek en een nauwgezet afgenomen anamnese ervoor kunnen zorgen dat de juiste diagnostische tests worden gedaan.

Bij de meeste klinische onderzoeken die iemand bij een examen moet doen, wordt van de kandidaat verwacht dat hij in staat is thoraxsymptomen aan het licht te brengen zonder te kunnen terugvallen op thoraxfoto's of de uitslagen van longfunctietests en andere onderzoeken. Het tweede deel van het examen dat men moet afleggen om te worden toegelaten als Member of the Royal College of Physicians (MRCP) is vooral bedoeld om de kandidaat te testen op zijn bekwaamheid in het afnemen van de anamnese, het doen van lichamelijk onderzoek en het aanvragen van de geeignende diagnostische tests<sup>4</sup>. Tot hun grote schrik hebben examinatoren van de Royal Colleges of Physicians nu ontdekt dat een groeiend aantal kandidaten niet beschikt over de klinische basisvaardigheden waarin het zich vóór zijn afstuderen had moeten bekwaamen<sup>5,6</sup>.

Hoe belangrijk een symptoom is om te komen tot een klinische diagnose, hangt ervan af of de aanwezigheid van dat verschijnsel (vaak in combinatie met andere symptomen) het mogelijk maakt ziektes van elkaar te onderscheiden en of mensen uit het vak eensluidend oordelen over de aanwezigheid of afwezigheid van dat symptoom. Een rangorde van thoraxsymp-

tomen naar de betrouwbaarheid waarmee ze aan het licht worden gebracht zou ons inziens het onderricht in de thoraxgeneeskunde en de klinische praktijk ten goede komen. Wij zijn daarom nagegaan in hoeverre artsen eensluidend oordelen over de aanwezigheid dan wel afwezigheid van lichamelijke symptomen bij uiteenlopende aandoeningen van de luchtwegen. De diagnoses op basis van de klinische bevindingen zijn vervolgens vergeleken met de werkelijke diagnoses.

**Onderzoekopzet.** Zes koppels van vier patiënten werden elk door vier artsen onderzocht tijdens een ochtend- of middagzitting. Geen van de patiënten maakte deel uit van meer dan één koppel. Elk van de 24 artsen onderzocht dus vier patiënten, zodat het totale aantal onderzoeken 96 bedroeg. Alle 24 artsen hadden een MRCP-diploma. De groep bestond uit 8 specialisten, van wie 6 Royal College-examinatoren, en 3 vergevorderde, 11 gevorderde en 2 beginnende assistent-geneeskundigen ('senior registrars', respectievelijk 'registrars', respectievelijk 'senior house officers'). Vijf artsen hadden minimaal drie jaar ervaring op het gebied van de ziekten van de ademhalingswegen. Alle patiënten hadden stabiele, duidelijk afgebakende symptomen en een eenduidige diagnose, die onder andere werd bevestigd door thoraxfoto's en de uitslagen van longfunctietest, arteriële bloedgasanalyse en computertomografie. De artsen waren op de hoogte van de aard van het onderzoek. Elke arts kreeg een lijst van symptomen die

moesten worden vastgesteld door middel van inspectie, palpatie, percussie en auscultatie. De symptomen werden niet nader omschreven. De artsen moesten aangeven of de symptomen aanwezig of afwezig waren en moesten vervolgens een diagnose stellen. Allen waren louter aangewezzen op hun klinische bevindingen; ze konden niet terugvallen op de anamnese van de patiënt of op andere onderzoeken.

De mate waarin de artsen het eens waren over de aanwezigheid dan wel afwezigheid van een thoraxsymptoom werd beoordeeld aan de hand van de 'mean pair agreement index'<sup>7</sup>. Als een patiënt door  $n$  artsen wordt gezien kunnen de artsen op  $n(n-1)/2$  verschillende manieren worden gepaard. Het gedeelte van de paren dat eensluidend oordeelt over de aan- of afwezigheid van het symptoom, levert een overeenkomstindex op ( $p_o$ ). Voor elk symptoom is de mate van overeenstemming over alle patiënten berekend als het gemiddelde van de waarden voor elke afzonderlijke patiënt. De waarde van deze index kan maximaal 1 bedragen (hetgeen duidt op volledige overeenstemming) en minimaal 0,33. Het probleem met deze index is dat de overeenstemming voor een deel op toeval zal berusten. Het is echter gemakkelijk aan te tonen dat, als we de proportie positieve bevindingen voor een symptoom op  $p$  stellen en als alle artsen even sterk geneigd zijn te verklaren dat het desbetreffende symptoom aanwezig is, de verwachte proportie toevallige overeenstemming gemiddeld  $p_v = p^2 + (1-p)^2$  bedraagt. Normaal gesproken wordt deze toevallige overeenstemming in de analyse verdisconteerd door het berekenen van  $\kappa^8$ :  $p_o - p_v / 1 - p_v$ . Dit is een nuttige en beknopte maatstaf voor de unanimiteit waarmee artsen verschillende symptomen beoordelen. Het resultaat is dat het ranggetal van elk symptoom bekend is: hoe hoger de kappa-waarde, hoe zekerder de aan- of afwezig-

Tabel 1. Rangorde van thoraxsymptomen naar betrouwbaarheid.

	aantal artsen binnen elk viertal dat het symptoom als abnormaal beschouwde <sup>1</sup>					kappa-waarde
	0	1	2	3	4	
verzwakte percussietoetoon ...	9	5	3	2	5	0,52
'piepen' .....	10	5	4	0	5	0,51
pleuraal wrijven .....	19	1	2	1	1	0,51
versterkte percussietoetoon ...	16	5	1	0	2	0,50
trommelstokvingers .....	13	5	2	2	2	0,45
verzwakt ademgeruis <sup>2</sup> .....	3	11	1	1	1	0,43
crepitations .....	4	4	1	8	7	0,41
'stijve borst' .....	3	6	4	3	8	0,38
cyanose .....	5	8	1	6	4	0,36
verlengd expirium .....	8	6	1	6	1	0,35
niet-palpabele hartslag .....	8	6	5	2	3	0,33
bronchiaal ademgeruis <sup>2</sup> .....	14	6	1	1	1	0,32
gebruik hulpademhalingsspijeren <sup>2</sup> .....	9	4	4	3	2	0,28
tachypnoe .....	4	4	5	7	4	0,25
verzwakte stemfremitus .....	10	5	5	3	1	0,24
voortgeleiding fluieterspraak <sup>2</sup> .....	10	9	1	1	1	0,11
versterkte stemfremitus .....	17	6	1	0	0	0,01
tracheaverplaatsing .....	15	7	2	0	0	0,01

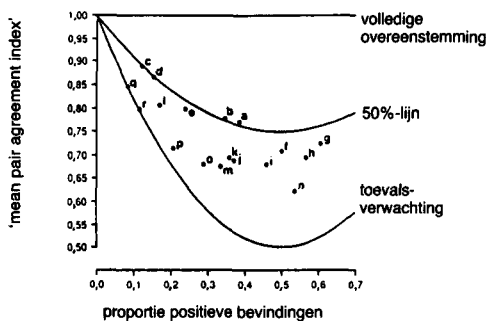
1. Aangegeven is het aantal patiënten. Als één van de artsen het symptoom niet registreerde en de andere drie wel, zijn de gegevens te vinden in kolom 0 respectievelijk kolom 4. Een 1:2-verhouding is weergegeven in kolom 1 respectievelijk kolom 3.

2. In zeven gevallen werd de aan- of afwezigheid van een bepaald symptoom door twee of meer artsen niet geregistreerd. Deze gevallen zijn niet in de tabel opgenomen, zodat niet alle rijtotalen op 24 uitkomen.

heid van het desbetreffende ziekteverschijnsel. Een probleem doet zich voor bij symptomen met een sterk afwijkende prevalentie. Voor zelden voorkomende symptomen is de kappa-waarde waarschijnlijk niet nauwkeurig geschat (omdat de verwachte overeenstemming zo hoog is). Daarom hebben wij ervoor gekozen zowel de waargenomen overeenstemming  $p_o$  als de kappa-waarde te berekenen. Kappa vertoont in zoverre overeenkomsten met een correlatiecoëfficiënt, dat een kappa-waarde van 0 duidt op een overeenstemming die niet beter is dan een toevallige overeenstemming.

**Resultaten.** Een overzicht van de frequentie waarmee de artsen in elke

Figuur. Relatie tussen de 'mean pair agreement index' en de proportie positieve bevindingen voor achttien thoraxsymptomen.



- a. verzwakte percussietoetoon
- b. 'piepen'
- c. pleuraal wrijven
- d. versterkte percussietoetoon
- e. trommelstokvingers
- f. verzwakt ademgeruis
- g. crepitations
- h. 'stijve borst'
- i. cyanose
- j. verlengd expirium
- k. niet-palpabele hartslag
- l. bronchiaal ademgeruis
- m. gebruik hulpademhalingsspijeren
- n. tachypnoe
- o. verzwakte stemfremitus
- p. voortgeleiding fluieterspraak
- q. versterkte stemfremitus
- r. tracheaverplaatsing

groep eensluidend dan wel verschillend oordeelden over de aanwezigheid of afwezigheid van een symptoom geeft tabel 1. Door de bank genomen bleken de artsen aanzienlijk in oordeel te verschillen. Wanneer we alle symptomen meerekenen, waren de vier artsen die samen een koppel vormden het slechts in 55% van de gevallen met elkaar eens (tabel 1, kolommen 0 en 4). Uit de figuren uit tabel 1 blijkt dat de overeenstemming, hoewel voor alle symptomen hoger dan de verwachte toevallige overeenstemming, geenszins volledig was (de 50%-lijn in de grafiek staat voor een kappa-waarde van 0,5). De overeenstemming was het grootst met betrekking tot de percussietoetoon, een piepen, de ademhaling en pleuraal wrijven;

voor al deze symptomen liggen de scores rond de 50%-lijn tussen toevalsverwachting en volledige overeenstemming. Voor voortgeleiding van de fluisterspraak, stemfremitus en tracheaverplaatsing liggen de scores nauwelijks boven de toevalsverwachting; daarbij moeten we wel bedenken, dat de lage scores voor stemfremitus en tracheaverplaatsing eerder komt doordat deze symptomen zelden worden gezien dan door gebrek aan overeenstemming (zie figuur). De diagnoses op basis van klinische bevindingen werden vergeleken met de juiste, door onderzoeken bevestigde diagnoses. De diagnoses van de artsen bleken in 28% van de gevallen onjuist (tabel 2). Dat de artsen niet de juiste diagnose stelden bij de twee patiënten met pleurale verdikking is echter niet verwonderlijk: deze aandoening is zonder thoraxfoto's moeilijk te diagnostiseren. In tabel 3 zijn de artsen gegroepeerd naar gelang het aantal onjuiste diagnoses dat ze hebben gesteld. Voor elke groep is aangegeven hoe vaak een arts gemiddeld als enige afweek bij een 3:1-verhouding. Hoewel het aantal artsen klein was, kwam toch het volgende beeld naar voren: hoe vaker een arts anders dan de meerderheid oordeelde over de aanwezigheid dan wel afwezigheid van een bepaald symptoom, des te groter was de kans dat de desbetreffende arts een onjuiste diagnose stelde.

**Beschouwing.** Zoals uit ons onderzoek blijkt, kunnen we er nauwelijks van op aan dat klinische verschijnselen die zouden kunnen wijzen in de richting van een borstaandoening aan het licht worden gebracht. Dat zoveel kandidaten zakten voor het tweede deel van het MRCP-examen<sup>4</sup>, komt waarschijnlijk doordat in de opleiding weinig aandacht wordt besteed aan de basisvaardigheden die nodig zijn voor het opnemen van de anamnese en het doen van lichamelijk onderzoek en doordat obscure symptomen (voor-

Tabel 2. Diagnoses die de ondervraagde artsen stelden, vergeleken met de werkelijke, met objectieve methoden gestelde diagnoses.

	diagnose van de ondervraagde artsen									
	normaal	longfibrose	chron. luchtw. obstr.	astma	pneumonec-tomie	pleura-exsudaat	pneumonie	pleurale ver-dikking	bronchiëctasie	collaps
normaal	2								1	1
longfibrose		14	2			2	2			
chron. luchtw. obstr.	1		19				2			2
astma			2	13						1
pneumonec-tomie					4					
pleuraal-exsudaat		1				8	1	1		1
pneumonie							4			
pleurale verdikking			2			1	1	3	1	
bronchiëctasie									0	
collaps							1			2
										1

al van de thorax) vaak net zoveel aandacht krijgen als verschijnselen die veel vaker voorkomen. Eén ding is zeker: we moeten ervoor zorgen dat elke student tijdens de basisopleiding en in het postacademisch onderwijs leert hoe een goede anamnese en goed lichamelijk onderzoek eruitzien; het gaat om de basis van het artsenverk. Wij zijn van mening, dat het onderwijs in de thoraxgeneeskunde ermee zou zijn gediend als met deze onderzoeksuitkomsten rekening zou worden gehouden. Bijna 23 jaar geleden deden Smyllie en medewerkers verslag van

een onderzoek waarbij negen artsen twintig patiënten met luchtwegaandoeningen onderzochten en vervolgens hun bevindingen registreerden ten aanzien van twintig verschillende lichamelijke symptomen<sup>9</sup>. Op basis van het onderzoek van Smyllie c.s. kwamen Armitage en collega's met eigen onderzoeksgegevens<sup>7</sup>. Aan de hand van deze gegevens hebben wij de kappa-waarde berekend voor de gemiddelde paarsgewijze overeenkomstindex. Ons onderzoek wees evenals dat van Smyllie uit, dat de overeenstemming met betrekking tot trommelstokvingers, verzwakte percussietoon en verzwakt ademgeruis duidelijk boven de toevalsverwachting lag, terwijl de overeenstemming bij symptomen als voortgeleiding van fluisterspraak en stemfremitus (of vocale resonantie) nauwelijks beter was dan de toevalsverwachting. Daarbij dienen we echter te bedenken dat de lage kappa-waarden in beide onderzoeken het gevolg zijn van de zeldzaamheid van stemfremitus (of vocale resonantie): in ons onderzoek was de gemiddelde paarsgewijze overeenkomstindex hoog, omdat de artsen bij 17 van de 24 patiënten unaniem van

Tabel 3. Verband tussen onjuiste diagnoses en het ontbreken van overeenstemming over de symptomen.

aantal onjuiste diagnoses	aantal artsen	gemiddeld aantal keren dat een arts als enige afweek bij een 3:1-verhouding*
0	8	3,9
1	7	5,7
2	7	7,0
3	1	9,0
4	1	19,0

\* Wanneer een symptoom door één van de vier artsen helemaal niet werd geregistreerd, is een 2:1-verhouding als een 3:1-verhouding aangemerkt.

oordeel waren dat het symptoom niet aanwezig was: hieruit blijkt wel hoe moeilijk het is de betrouwbaarheid te beoordelen van een symptoom dat niet vaak voorkomt.

Voordat we met het onderzoek begonnen heeft een van ons de symptomen onderverdeeld in drie categorieën: symptomen die betrouwbaar en distinctief werden geacht, symptomen die mogelijk betrouwbaar waren en tenslotte onbetrouwbare symptomen. Voortgeleiding van fluisterspraak werd totaal onbetrouwbaar geacht, terwijl de hartslag, een tracheaverplaatsing, het gebruik van de hulpademhalingsspieren en stemfrenitus werden ingedeeld in de categorie 'mogelijk betrouwbaar'. De overige symptomen werden als betrouwbaar gezien. Deze subjectieve analyse komt aardig overeen met de bevindingen van ons onderzoek.

Spitera MA, Cook DG, Clarke SW. Reliability of eliciting physical signs in examination of the chest. *Lancet* 1988; i: 873-5 (Clinical Practice).

#### Literatuur

1. Fletcher CM. The problem of observer variation in medical diagnosis with special reference to chest disease. *Meth Inform Med* 1964; 3: 98-103.
2. Schilling RSF, Hughes JPW, Dingwal-Fordyce I. Disagreement between observers in an epidemiological study of respiratory disease. *Br Med J* 1955; i: 65-8.
3. Koran LM. The reliability of clinical methods, data and judgements. *N Engl J Med* 1975; 293: 642-701.
4. Black D, Strong JA, Clarke DH. The MRCP (UK) part II examination. *Br Med J* 1981; 283: 313.
5. Mainland D. Changes in MRCP (UK) examination. *Br med J* 1980; 281: 231.
6. Black D, Strong JA, Shaw G. Changes in MRCP (UK) examination. *Br Med J* 1980; 281: 231.
7. Armitage P, Blendis LM, Smyllie HC. The measurement of observer disagreement in the recording of signs. *J R Statist Soc A* 1966; 129: 98-109.
8. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. New York: Wiley, 1981, 212-36.
9. Smyllie HC, Blendis LM, Armitage P. Observer disagreement in psychical signs of the respiratory system. *Lancet* 1966; ii: 412-3.

## Bezuiniging en kwaliteit van zorg

Bestaat er een verband tussen de druk op de ziekenhuizen om zuiniger te draaien en de kwaliteit van de zorg die intramuraal wordt geboden? Ook de beide schrijvers van het hier besproken artikel hebben zich die vraag gesteld. Op zoek naar een antwoord hebben zij de medische gegevens bestudeerd van in totaal 214.839 patiënten die tussen 1 juli 1983 en 30 juni 1984 opgenomen zijn geweest in alles bijeen 981 ziekenhuizen in 45 Amerikaanse staten. De exacte vraagstelling van hun onderzoek luidde: kan er een verband worden aangetoond tussen het beleid van de overheid van een bepaalde staat met betrekking tot de vaststelling van de ziekenhuistarieven, de kwaliteitseisen die de betrokken staat hanteert voor het verlenen van een zogeheten 'certificate of need', de marktwerking en de eigendom van het ziekenhuis enerzijds, en anderzijds de sterfte onder patiënten die met één of meer uit zestien nader te komen ziektebeelden in een ziekenhuis in die staat zijn opgenomen met Medicare als waarborg? Een significant verband werd gevonden tussen een verhoudingsgewijs hogere sterfte onder de aangegeven groep ziekenhuispatiënten en: a. de regels die gelden voor de aanpassing van de ziekenhuistarieven ( $p \leq 0,05$ ), b. de kwaliteitseisen voor het 'certificate of need' in de desbetreffende staat ( $p \leq 0,01$ ) en c. de mate van concurrentie tussen instellingen, met de deelname aan 'health maintenance organizations' (HMO's) als maatstaf ( $p \leq 0,05$ ). De ziekenhuizen in de staten met de strengste controle op de tariefstelling gaven een verhoudingsgetal van de feitelijke en voorspelde sterfte te zien dat 6% tot 10% hoger lag dan datzelfde getal in staten met minder strakke voorschriften op dit punt ( $p \leq 0,001$ ). Een 5% tot 6% hogere ratio van actuele en voorspelde sterfte werd voorts gevonden in ziekenhuizen

in staten met strenge eisen voor het verkrijgen van een certificaat, vergeleken bij ziekenhuizen in meer 'rekkelijke' staten ( $p \leq 0,05$ ). Tussen de sterfte onder in het ziekenhuis opgenomen patiënten en het type instellingseigendom of het aantal ziekenhuizen 'in de markt' werd geen verband aangetroffen. Pogingen om aan te tonen dat de gevonden uitkomsten ook anders kunnen worden verklaard, strandden. De uitkomsten van dit onderzoek betekenen dat men zich serieus zorgen zou moeten maken over het welzijn van patiënten die in bepaalde categorieën ziekenhuizen zijn opgenomen. Het gaat dan om ziekenhuizen in gebieden met strakke wettelijke voorschriften voor de tariefstelling en strenge kwaliteitseisen, alsook om ziekenhuizen die verhoudingsgewijs veel concurrentie van verwante instellingen in de buurt te duchten hebben. De conclusie dringt zich op, dat als vast onderdeel van programma's die zich richten op een ombuiging van de kosten en/of een versterking van de marktwerking, of ze nu van de overheid uitgaan of niet, procedures zouden moeten worden ingevoerd om de kwaliteit van de zorg te beoordelen en het resultaat van de medische bemoeienissen te controleren.

Shortell SM, Hughes EFX. The effects of regulation, competition, and ownership on mortality rates among hospital inpatients. *N Engl J Med* 1988; 318: 1100-7, Abstract.