Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Tel. 030 - 823911
MC

Redactie
prof. dr C. Spreeuwenberg, *hoofdredacteur*
mw mr J.C.M. Ankoné, *plaatsvervangend hoofdredacteur*
R.A. te Velde, *eindredacteur*
mw drs W.G. Kaltofen, *redacteur*
mw C.R. van der Sluijs, *redacteur*
drs P.G. Visch, *redacteur-verslaggever*
mw drs S.E. Wildevuur, *redacteur-verslaggever*
mw C.M. Schouten, *secretaresse*
mw M.M. Stolp, *secretaresse*
Redactieadres
Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
telefoon 030-823384

Bestuur Medisch Contact
F.N.M. Bierens, *voorzitter*
dr R.J.E.A. Höppener, *secretariaat*
dr C.J. Jonkman, *vice-voorzitter*
mw dr C. Vermeulen-Meiners
dr H.W.M. Anten
Secretariaat bestuur
Postbus 690
2900 AR Capelle a/d IJssel
Adviseurs namens het hoofdbestuur der KNMG:
mw M.H.D.J. Zwart- van der Weerd
Th.M.G. van Berkestijn

Ontwerp & prepress:
DTP-studio Diap v.o.f., Velp

Abonnementen
Voor niet-leden van de KNMG zijn de kosten voor een abonnement f 167,- (inclusief BTW); België 3.250 Bfr; overige landen per zeepost: f 287,-/per luchtpost: f 407,-; student-leden KNMG f 55,50; studenten-niet-leden f 62,50; losse nummers: f 12,50.

Abonnementen & Ledenservice
Misset uitgeverij bv
Planetenbaan 100, Postbus 1110
3600 BC Maarssen
telefoon 03465-58238 (mw. A. Toonen)
telefax 03465-54287

Advertenties
- Misset uitgeverij bv
  Planetenbaan 100, Postbus 1110
  3600 BC Maarssen
  telefoon 03465-58222/58244
  (dhr. P. Verhoeff/dhr. J.H. Fleury)
  telefax 03465-54287
- Verkoopnabewerking: 03465-58248
  (dhr. J. Alvarez) fax: 03465-54287
- Hoofd advertentie-exploitatie:
  drs Y.C.C.M. Joosten 03465-58222
- Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen geweigerd worden.

Druk
Tijl Offset, Zwolle

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

Medisch Contact wordt door Misset uitgeverij bv in licentie uitgegeven voor de KNMG.
© 1994, KNMG

Lid Nederlandse organisatie van Tijdschrift-Uitgevers (NOTU)

Jaargang 49 / 20 mei 1994

MEDISCH CONTACT

663 *C. Spreeuwenberg*
Benaderingen van preventie

665 *Ans Ankoné*
Analyse van wachtlijsten in volwassen stadium
De wachtlijsten te lijf: van botte bijl naar scalpel

667 *H.E. Oosterling-Schiereck*
Bedrijvenpoli en Riagg-bedrijfszorg. Voorrang voor bedrijven
Ook de Riagg's ondernemen commerciële activiteiten op de markt van arbeidsrelaties en verzuimbeleid. Een reden voor zorg?

669 *B.S. Hylkema*
Opname- en ontslagbeleid afdeling Intensive Care. Een concept-protocol
Een voorstel voor criteria voor begin en einde van een IC-behandeling.

674 *E.W. Roscam Abbing*
Wetgeving gezondheidszorg. Preventiewetgeving. Sociaal-medische waardering

676 *H.D.C. Roscam Abbing*
Wetgeving gezondheidszorg. Preventie en de wetgever. Preventie altijd goed?

678 *A.P.M. Los, A.H. de Vries, H.J.C. de Wit en C.Th. Smit Sibinga*
AIDS en bloedtransfusie. Tien jaar ontmoedigingsbeleid in Noord-Nederland
Op weg naar een optimaal veilige bloedtransfusiepraktijk.

681 *J.F. Meulmeester, M.L. van Weert-Waltman, F.I.M. Pijpers en H. Brouwer*
Jeugdgezondheidszorg. Een vak apart
Een professie wil gezien zijn.

En verder:
• 662 Brieven • 680 Praktijkperikel • 683 Boeken • 685 Officieel • • 686 Agenda •

K O P I J O P D I S K E T T E



Alle kopij graag op diskette (3.5" of 5.25") in Wordperfect, bij voorkeur WP 5.1, plus 1 uitdraai.
De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren. Artikelen die alles inbegrepen niet langer zijn dan 1.800 woorden hebben onze voorkeur.

Geen voet- of eindnoten gebruiken: literatuurverwijzingen en noten in superscript in de tekst en de inhoud ervan aan het eind van het artikel. Tabellen, schema's en figuren niet in de tekst opnemen, maar op een apart vel aanleveren.

IN CONTACT

Plaatsen van bijdragen in de rubriek 'In Contact' 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 wordt schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

Wordt Hippocrates geheel verlaten?

NU DE STRIJD tussen de overheid en de artsen wat is geluwd, is het wellicht tijd weer aandacht te besteden aan de betekenis die de dokter heeft voor de patiënt.

Na het behalen van het artsexamen wordt in een eed of belofte gevraagd de geneeskunde naar beste weten en vermogen uit te oefenen en wat in die uitoefening is toevertrouwd of ter kennis is gekomen aan niemand te openbaren. Dit is slechts een rest of op zijn best een samenvatting van de oorspronkelijke formulering van de eed van Hippocrates. In de oorspronkelijke tekst is opgenomen: de achting voor de leermeesters en broederlijke behandeling van zijn mannelijke afstammelingen, het doorgeven van de kunst en medische kennis zonder beloning aan collega's en niemand anders, het gebruik van de medische kennis voor het welzijn van de lijdenden zodanig als wordt goed geacht met vermijding van schade te berokkenen of onrecht te doen, geen dodelijk medicijn toe te dienen, zelfs als daarom wordt gevraagd en ook niet zo'n medicijn te noemen, geen vruchtafdrijvend middel aan een zwangere vrouw te geven, het betreden van huizen slechts voor het wel en wee van de lijdenden en geen seksuele handelingen te verrichten noch bij vrouwen noch bij mannen en geheim te houden wat tijdens de behandeling wordt gehoord of gezien.

Wanneer men op het eiland Kos in de stad het pleintje bezoekt met de boom waaronder Hippocrates wordt geacht zijn colleges te hebben gegeven, ziet men een korte dikke stam waaruit takken ontspringen die bij elkaar en overeind worden gehouden door metalen constructies. Het lijkt symbolisch te zijn voor het gedachtengoed van Hippocrates dat in deze tijd niet meer staande is gebleven. Van het gratis doorgeven van kennis aan collega's kan, behalve tijdens bijeenkomsten van wetenschappelijke verenigingen, gezien de omvangrijke voorzieningen die daarvoor zijn vereist, geen sprake meer zijn en exclusieve overdracht is al helemaal niet meer aan de orde nu de medische TV-programma's tot de meest boeiende worden gerekend, waar de leek nuttige informatie kan opdoen en de mondige patiënt zijn voordeel behalen.

De laatste jaren is de aandacht zozeer op de kosten van de volksgezondheid gericht geweest dat het belang van de patiënt daardoor wat op de achtergrond is geraakt. Door de grote financiële belangen zijn buitenstaanders zich niet alleen met de organisatie maar ook met de uitoefening van de geneeskunde gaan bemoeien. De bedrijfskunde heeft haar intrede gedaan en termen als 'marktmechanisme' en 'inkopen van zorg' illustreren hoever het denken verwijderd is geraakt van zorg als dienst aan de lijdende mens.

Dit is nog duidelijker bij de existentiële aspecten van de geneeskunde. Nadat de meetlat van het leven naast de vrucht was gehouden kon in een wet worden vastgelegd wanneer er sprake is van een 'mens' en 'het toedienen van een vruchtafdrijvend middel' wel en niet meer geoorloofd is. Dit grensverleggend denken van nooit naar mits is het gevolg van een mening of het ontbreken van een mening over wat leven is. Geleidelijk lijkt men in staat te zijn zelf een mens te scheppen, een handeling die tot op heden slechts aan God was voorbehouden, daarmee het beeld oproepend van de bouw van een wetenschappelijke toren van Babel, waarvan de top tot in de hemel reikt.

Eenmaal geworden tot heerser over het leven is het slechts een kleine stap te heersen over de dood. Het leven wordt op de weegschaal van menswaardigheid gelegd, waarbij de balans door een ander zorgvuldig wordt gecontroleerd om te voldoen aan de criteria van de wet, de Wet op de Lijkbezorging, als ware de patiënt reeds voor het leven afgeschreven, waarna een 'dodelijk medicijn kan worden toegediend wanneer daarom wordt gevraagd of zo'n medicijn genoemd'. Hoe ver is de praktijk verwijderd geraakt van de hippocratische opvatting van de beschermwaardigheid van het leven.

Opmerkelijk is, dat ogenschijnlijk minder existentiële zaken als het verbod van seksuele relaties tussen arts en patiënt en het beroepsgeheim nog wel onveranderd als essentieel worden ervaren ook in de huidige rechtspleging. Het slot van de eed van Hippocrates luidt: "Deze eed, die ik zal houden en die ik niet zal overtreden, wil ik als begeleider hebben van mijn leven en als leiding bij mijn kunst zodat ik door alle mensen erkend en gerespecteerd word. Wanneer ik deze eed toch overtreed en niet zal nakomen moge ik dan met het tegendeel gestraft worden."

Er is wel gesteld dat het aanzien van een arts wordt bepaald door het inkomen dat hij zich verwerft. Uiterlijk vertoon van welstand heeft zeker invloed, maar in wezen wordt de achting die men voor de dokter heeft bepaald door diens betrokkenheid, zorgvuldigheid en deskundigheid. De verzakelijking van de medische praktijkvoering, in de hand gewerkt door de steeds grotere rol van de techniek, de multidisciplinaire behandeling, het systeem van part-time werk en de toenemende omvang van maatschappen dreigen aan de zorg het persoonlijke element te ontnemen. De patiënt in het ziekenhuis weet niet meer wie 'zijn dokter' is, tot wie hij zich moet wenden om zijn zorgen en bange vragen te bespreken en die tijd voor hem heeft en een luisterend oor. Veel van de klachten bij het Medisch Tuchtcollege vinden hun oorzaak in gebrekkige of ontbrekende communicatie van de dokter met zijn patiënt en sommige schadeclaims

Bij de voorplaat

De arme Lazarus

Voor een minder bijbelvaste generatie zal de naam Lazarus niet zozeer met geschiedenis van Lukas 16 worden geassocieerd als wel met minder verheven zaken als lazarus zijn, oplazeren en gelazer. Voor Pieter Schut moet de term Lazarus vertrouwd zijn geweest in de betekenis van melaats (lazarusziekte, lazarushoofd, lazarusklep, lazarushuis, etc.): dat was immers de diagnose die men koppelde aan de beschrijving door 'dokter Lukas' van de man die dagelijks te vinden was aan de poort van de in purper en zeer fijn lijnwaad geklede en alle dagen vrolijk en prachtig levende rijke man. "En er was een zeker bedelaar, met name Lazarus, welke lag voor zijn poort vol zweren; en begeerde verzadigd te worden van de kruimkens, die van de tafel des rijken vielen, maar ook de honden kwamen en lekten zijn zweren." Bedelstaf en bedelnap flankeren de smekende Lazarus, terwijl twee honden (waarvan de linker artistiek weinig geslaagd) zijn zweren likken. Onzeker blijft of deze honden het beeld van de ellende van Lazarus moeten versterken of dat zij juist de verzachting brengen die de mensen Lazarus onthouden. De rijke man komt niet duidelijk in beeld; wel zijn dienstpersoneel, dat poelierswaren in culinaire bewerking serveert en zijn wijnkelder onder de feestzaal. •
(Lukas 16:19-20)

Prof.dr M.J. van Lieburg

Benaderingen van preventie

Al JARENLANG fascineert me het verschil tussen de wijzen waarop onze Britse collegae en wij het onderwerp 'preventie' benaderen. In vrijwel elk nummer van *The British Journal of General Practice* komt preventie ter sprake. Alleen al dit jaar verschenen er artikelen over screening op dementie, periodiek gezondheidsonderzoek, screening op depressie en screening van jonge kinderen op het vóórkomen van astma. Vrijwel altijd luidt de conclusie dat het bestudeerde aspect het verdient om door huisartsen te worden uitgevoerd. Opvallend is bijvoorbeeld de conclusie van een studie naar het effect van een geneesmiddel (tacitrine) op dementie:[1] "It seems likely that of those medically suitable for treatment, it may not be possible to prescribe tacrine for an appreciable proportion. Nevertheless, all potential patients should be screened as the procedures involved are not onerous and at least some of those found suitable for treatment are likely to benefit from this new approach."
In dezelfde periode ging het eerste nummer van *Huisarts en Wetenschap* over het thema 'CARA'. Ook hier wordt CARA bij jeugdigen aan de orde gesteld. De veel besproken onderdiagnostiek wordt zakelijk benaderd en over screening wordt niet gerept. Screening komt wel in het volgende nummer aan de orde, in een artikel over de diagnostische waarde van de tests op occult bloed. Het maartnummer bevat een genuanceerd commentaar bij de verschillende beleidsopties na de aanbeveling over foliumzuursuppletie voor aanstaande moeders.[2]
Er wordt nogal eens gesuggereerd dat de Britse huisartsen meer oog hebben voor preventie dan de Nederlandse. Bezoeken aan praktijken hebben me echter geleerd dat er in Groot-Brittannië evenmin sprake is van een systematisch opsporing als bij ons. Sinds het nieuwe contract worden er weliswaar meer 'health checks' gedaan, maar of nu ernstige ziekten systematisch en tijdig worden opgespoord is maar de vraag.
Binnen de Nederlandse huisartsgeneeskunde is over de aanpak van preventie een aantal stromingen te onderkennen. Ligt hier een taak voor de huisarts? En zo ja, wat behoort hier toe? En moet hij zich alleen richten op mensen die bij hem komen of ook op de gehele populatie? In de jaren zeventig heeft een aantal geëngageerde huisartsen zich tegen de toenemende individualisering verzet en zich ingezet om factoren uit de woonomgeving waarvan wordt verondersteld dat zij een negatieve invloed hebben op de gezondheid, te verbeteren. Helaas is een groot aantal onder hen gedesillusioneerd geraakt. Natuurlijk speelde daarbij de taaiheid van de materie en de praktische onmogelijkheden voor een arts om veranderingen in de sociaal-economische status van een buurt aan te brengen, een rol. Wellicht heeft ook meegespeeld dat de resultaten van preventie op populatieniveau nauwelijks terug te vinden zijn op het niveau van de concrete patiënt. Met die laatste heeft de huisarts uiteindelijk toch dagelijks van doen.
Letten huisartsen, die zich richten op individuen, nu vaak op factoren die de individuele gezondheid beïnvloeden? Geven zij adviezen geven over roken en voeding, en letten zij op bloeddruk en lipidenspectrum?

C. Spreeuwenberg

Wellicht gebeurt dit, maar niet systematisch.
Is het nu erg dat de huisarts niet zo is ingesteld op preventie? Hij laat immers niet alleen zaken liggen voor individuen, maar ook voor populaties. Hij zou zijn ervaringen met individuen toch kunnen gebruiken om gezondheidsproblemen met een mogelijke gemeenschappelijke factor tenminste te signaleren? De vraag is of het wel reëel is van artsen die zich bezig houden met individuele hulp*vragen* te verwachten dat zij systematisch tevens een ongevraagd hulp*aanbod* doen. Een aantal vooraanstaande Britse artsen wijst op de totaal verschillende positie (ook in ethisch opzicht) tussen de sociaal-geneeskundige die een preventieprogramma wil uitvoeren en de curatieve arts die zich richt op individuen.[3] Op een hulpvraag gaat een arts terecht naar beste weten in. Als hij een hulpaanbod doet, moet hij weten dat dit het beste voor de patiënt is. Daarbij komt dat het lang niet altijd doelmatig is veel energie te steken in het opsporen van risicofactoren en het preventief behandelen van individuen. Als de gehele bevolking haar eetgewoonten verandert, is dat veel efficiënter dan bij iedereen de bloeddruk en het cholesterolgehalte te bepalen. Alleen is zo'n algemene verandering niet gemakkelijk in te voeren.
De problemen rond de preventie worden goed geïllustreerd bij het advies om zwangeren extra foliumzuur te laten innemen. Onderzoek rechtvaardigt de conclusie dat zo'n maatregel het risico op neuraalbuisdefecten vermindert. Let wel vermindert, dus niet in alle gevallen voorkomt. Verandering van de voeding is niet haalbaar, dus luidt het advies een tabletje in te nemen. Wiersma verzet zich hiertegen, onder meer omdat hij niet alle vrouwen die een kind wensen tot risicogroep wil bestempelen;[4] overigens een attitude waardoor het resultaat van onze prenatale zorg zo aanzienlijk is verbeterd. Zijn argumenten zijn deels van praktische en deels van wetenschappelijke aard. Hij is wel erg somber over de haalbaarheid, het vermogen van vrouwen gedurende een half jaar een tabletje in te nemen en over de kans dat er bij ouders die toch een kind met een neuraalbuisdefect krijgen schuldgevoelens ontstaan over het vergeten van een tabletje. Een neuraalbuisafwijking is een ernstige afwijking. Is het nu zo erg om een tabletje te slikken, als daarmee 150 gevallen kunnen worden voorkomen? Als we hier nee tegen zeggen, komt aan de orde wat de bijdrage van de huisarts kan zijn. Moet hij in zijn patiëntenblad een wervend artikel schrijven waardoor vrouwen die een kind wensen tabletten gaan innemen of moet hij wachten tot hij hierover vragen krijgt? Ik zou beide wegen bewandelen.
De kritische houding van de Nederlandse huisarts ten opzichte van een collectief preventief aanbod moet worden gewaardeerd. Gelijktijdig moet deze kritische houding niet doorslaan naar fundamentalisme. De beoefening van de geneeskunde blijft een buitengewoon pragmatische aangelegenheid. Steeds weer moeten de voor- en de nadelen worden gewogen. Het wordt tijd dat huisartsen, clinici en sociaal-geneeskundigen proberen met elkaar in discussie te gaan om haalbare werkafspraken maken. Bovendien lijkt het me in de huidige tijd noodzakelijk om patiëntenorganisaties bij de besluitvorming hierover te betrekken. •

Literatuur

1. Wilcock GK, Ashworth DL, Langfield JA, Smith PM. Detecting patients with Alzheimer's disease suitable for drug treatment: comparison of three methods of assessment. Brit J Gen Pract 1994; 44: 30-4.
2. Veen WA van. Foliumzuursuppletie voor aanstaande moeders [Commentaar]. Huisarts & Wetenschap 1994; 37: 90-3.
3. Skrabanek P, McCormick J. Follies and fallacies in medicine. Glasgow: The Tarragon Press, 1990: 110.
4. Wiersma Tj. Foliumzuur voor alle vrouwen die een kind wensen: een onjuist advies. Ned Tijdschr Geneeskd 1994; 138: 317-8.



worden ingediend in de mening dat er een fout is begaan, doordat een begrijpelijke uitleg over een niet-verwijtbare complicatie achterwege is gebleven. Het is juist het menselijk contact dat de patiënt en zijn familie zo zeer als steun behoeven bij de door ziekte veroorzaakte onzekerheid.
Bij Hippocrates is sprake van *geneeskunde als kunst*. Het wezenlijke van een kunstenaar is dat hij zijn hele persoonlijkheid in zijn kunst legt. Wellicht zouden artsen weer wat meer van een kunstenaar in zich moeten hebben, waarbij het eigenbelang ondergeschikt wordt aan de uitoefening van hun kunst en hun (opnieuw) erkenning en respect ten deel zullen vallen.
In deze tijd waarin enerzijds het medisch (specialistisch) handelen aan kritisch onderzoek wordt onderworpen en anderzijds de verwachtingen zo hoog zijn gespannen dat niets meer onmogelijk schijnt, is een bezinning op zijn plaats over de positie van de patiënt en de arts. Daarbij geldt als plicht voor de patiënt alles te doen om zijn gezondheid te bewaren of te herkrijgen en voor de dokter om hem, ook op het menselijke vlak, naar beste weten en kunnen te helpen met de erkenning dat de patiënt zowel mondig als afhankelijk is.
De bestaansgrond van een arts wordt goed weergegeven door een citaat dat destijds stond geschreven op de muur van de collegezaal van inwendige geneeskunde in Leiden: "De patiënt is het middelpunt van het medisch universum om wie al onze inspanningen draaien."

Wassenaar, april 1994
dr H.L. Kalsbeek, chirurg

Het recht van een kind

IN AANSLUITING OP het artikel 'Doen of laten in de neonatologie' in Medisch Contact van 8 april jl. van prof.dr P.J.J. Sauer en dr L.A.A. Kollée, en de commentaren daarop van prof.dr J.H. Hubben en mw prof.mr H.D.C. Roscam Abbing (MC nr. 14/1994, blz. 477, respectievelijk 480 en 481), lijkt het gewenst nogmaals het recht van het kind te benadrukken, in vervolg op de aldus getitelde bijdrage in Medisch Contact van 19 maart 1993 (MC nr. 11/1993, blz. 347).
Het is niet zo dat naar mijn mening 'het belang van de patiënt *altijd* (gecursiveerd door de eerstgenoemde auteurs) wordt gediend als hij of zij in leven wordt gehouden'. Het gaat om het *recht* van het kind op leven en gezondheidszorg. Nòch de ouders, nòch de arts, nòch dezen te zamen mogen beslissen over leven en dood van het kind. Het blijkt ook dat de levensbescherming niet in alle gevallen gewaarborgd is in het gezamenlijk besluit van arts en ouders. Als voorbeeld: de zaak 'baby-Ross', waarin werd besloten tot niet-opereren van een afsluiting van de twaalfvingerige darm bij een kind met het syndroom van Down, waarop het kind stierf.
Er zal dus moeten worden gezocht naar een vorm waarbij het kind *verplicht* een onafhankelijke raadsman/vrouw toegewezen krijgt waar hetzij opzettelijke levensbeëindiging, hetzij op niet strikt medische gronden het staken van een levensreddende behandeling in het voornemen ligt. Dit punt krijgt in geen der bovengenoemde bijdragen voldoende aandacht.
Zoals gezegd mogen daarbij alleen strikt medische argumenten tellen, betrekking hebbende op de actuele en op de korte termijn te verwachten *medische* situatie. Daarbuiten vallen ongetwijfeld criteria zoals op den duur mogelijke beperkingen in zelfredzaamheid, kunnen lezen en schrijven, communicatie, creatieve ontplooiing, beleving van het gehandicaptzijn, enzovoort, kortom wat men onder 'kwaliteit van leven' zou willen verstaan. Niemand heeft het recht om een ander het recht op leven te ontzeggen op grond van diens - wat wij noemen - tekorten, van welke aard ook. Dit zou de weg betekenen tot volstrekte willekeur! •

Zeist, april 1994
mr H. van der Kolk

HULPVERLENING AAN ARTSEN

Landelijke contactpersonen

mw drs F.M. Arendsen Hein, psychologe, psychotherapeute
Psychotherapeutische Dagkliniek Veluweland, Klomperweg 175, 6741 PH Lunteren, tel. 08387-2141

R. Vecht-van den Bergh, psychiater 'Curium'
Endegeesterstraatweg 27, 2342 AK Oegstgeest, tel. 071-170661

J.J.C. Marlet, zenuwarts
Etnalaan 27, 5801 KA Venray, tel. 04780-81610

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

dr J. Pols
Cederlaan 4, 9401 RC Assen, tel. 05920-14731 ('s avonds)

prof. dr M.M.W. Richartz
Postbus 88, 6200 AB Maastricht,tel. 043-685330

prof. dr W.J. Schudel
AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010-4633227

dr M.J. van Trommel, psychiater
Terbregselaan 18, 3055 RG Rotterdam, tel. 010-4610750

K. Visser, psychiater
Middelstraat 9, 5176 NH Den Moer, gem. Loon op Zand, tel. 04245-9550

J.M. Komen, huisarts
Prof. Lorentzstraat 13, 7557 AV Hengelo (Ov.), tel. 074-439046 / 074-912131

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

Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 01859-12292

Werkgroep Den Haag, tel. 070-3504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3463449

De wachtlijsten te lijf: van botte bijl naar scalpel

Analyse van wachtlijsten in volwassen stadium

Ans Ankoné

"De kamerleden vertrouwen uw informatie niet. Bij het vorige regeerakkoord werd op grond van de gesignaleerde wachtlijsten nog 2,2 miljard extra in de gezondheidszorg geïnvesteerd. Dat zal nu niet meer lukken: het effect ervan is namelijk anno 1994 nog steeds niet te vast te stellen. In de komende jaren moet er vijf à zes miljard worden bespaard. Als u niet met goede informatie komt zal de overheid grijpen naar een rampenscenario."

BOVENSTAANDE DREIGENDE boodschap komt van plaatsvervangend directeur-generaal Volksgezondheid drs A.H.C. Annink, en is ingegeven door zijn analyse van de programma's van de politieke partijen. Bezuinigingen zijn niet nieuw, wèl wordt de manier waarop ze worden doorgevoerd bouder en worden de bedragen waar het om gaat hoger. Het verzet daartegen groeit echter ook. Menige nota eindigt met de conclusie: indien de overheid niet meer geld beschikbaar stelt, niet meer handen aan het bed toelaat, de specialisten in dienstverband dwingt, etc., zullen de wachtlijsten onaanvaardbaar toenemen. De waarschuwing is in de trant van: je geld of je leven. Is het werkelijk zo dramatisch? Kennelijk wel. Een overheid als de Nederlandse die wordt beoordeeld op het sociale gehalte van haar beleid was altijd zeer huiverig voor het nemen van krasse maatregelen die mogelijk de solidariteit aantasten. Maar daarin is verandering gekomen. Premier Lubbers beweerde dat onze maatschappij ziek is, terwijl onze gemiddelde leeftijd toch nog steeds stijgt. Gezondheid beschouwen wij als het hoogste goed. De mogelijkheden om dit hoogste goed te bereiken zijn, door onze vindingrijkheid, de laatste decennia aanzienlijk gestegen en onze eis daarvan profijt te trekken navenant. De hoop op langer en gelukkiger leven is onbegrensd. Geluk is namelijk, volgens de 17e-eeuwse politiek filosoof Thomas Hobbes "een onophoudelijk voortgaan van de begeerte". Schaarste in de gezondheidszorg is een luxe-probleem geworden. Maar ook schaarste uit luxe moet worden opgelost. Cultuurfilosofen leggen hier een relatie met de beschaving: beschaving betekent goed beheren van schaarste. Maar hoe? En door wie?

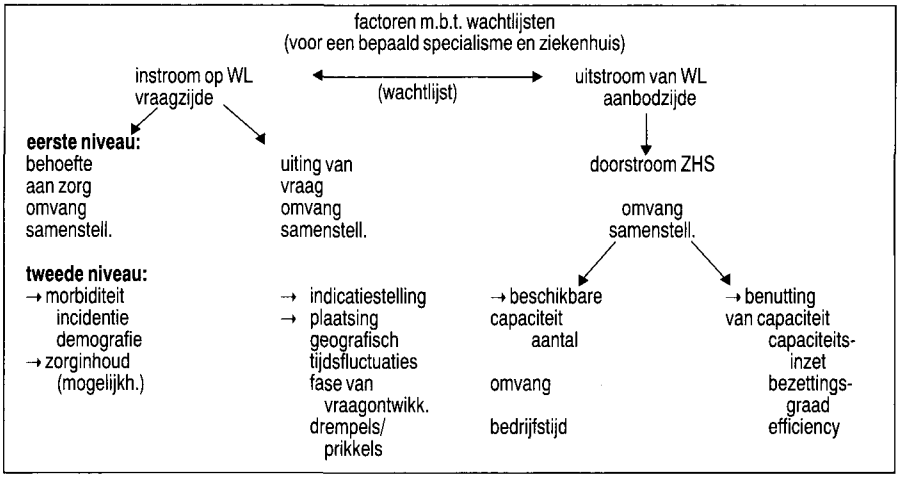
Ook andere wachtlijsten

De Gezondheidsraad constateert in zijn jaaradvies gezondheidszorg 1992-1993: "Wachtlijsten met een te lange wachtduur komen op veel zorgterreinen in ons land voor."
De overheid heeft zich tot nu toe vooral de wachtlijsten in de 'care'-sector aangetrokken. Verruiming van budgetten en capaciteit voor verpleeghuizen en zwakzinnigenzorg houdt nieuwe wachtlijsten voor gehandicaptenzorg, psychogeriatrie en thuiszorg niet langer tegen. De 'klassieke' wachtlijsten in de 'cure'-sector (orthopedie, staaroperaties en cardiologie) zijn uitgebreid met nieuwe: voor electieve chirurgie, hulpmiddelen en bestralingen, en inmiddels ook voor consulten, met name bij de psychiater, maar ook bij de internist en de neuroloog. Toch zijn de burgers voor al deze vormen van hulp verzekerd; zij hebben er - indien geïndiceerd - recht op en de zorgplicht van de verzekeraar maakt dit recht zelfs afdwingbaar. De vraag is wel: op welke termijn?
"Niet-wachten betekent het hebben van een forse overcapaciteit", zegt prof.dr D. Post. Structurele maatregelen om te lange wachtlijsten tegen te gaan zijn alléén geboden als voldaan is aan de voorwaarden dat de zorgverleners doelmatig werken, specialisten en ziekenhuizen goed samenwerken, en de wachtduur - met het oog op onnodige gezondheidsschade - onaanvaardbaar lang zijn, stelt de Gezondheidsraad.
Dàt het veld wachtlijsten signaleert intimideert ook de overheid niet langer, zolang ze althans niet objectief in aard, maat en getal kunnen worden aangeduid. De Gezondheidsraad meent dat daarvoor gerichter wetenschappelijk onderzoek moet worden gedaan. Verder zal veel medisch-besliskundig onderzoek van de grond moeten komen, vooral om prioritering van patiënten op de wachtlijst beter mogelijk te maken.

Ingewikkeld onderzoek

Het fenomeen 'wachtlijst' komt al sinds 1976 in de Nederlandse literatuur voor. Opmerkelijk is overigens dat alle landen met een gesloten budgetsysteem schaarste signaleren in de vorm van wachtlijsten. De diverse veldpartijen schuiven elkaar graag de schuld in de schoenen voor het ontstaan van wachtlijsten: verzekeraars, ziekenhuizen noch verzekeraars ondervinden genoeg prikkels om ze te bestrijden, de overheid veroorzaakt te krappe budgetten waardoor niet aan de zorgplicht kan worden voldaan, ziekenhuizen zijn slecht georganiseerd, het (overheids)beleid versnipperd, vraag en mogelijkheden te groot. Is meer geld dan toch de oplossing? Leenen meent: "Meer geld betekent een verdere ontwikkeling van de medische technologie, een vergroting van het aanbod en van de vraag."[1]
Inmiddels is er meer onderzoek gedaan. De mening van de Gezondheidsraad, dat wachtlijstonderzoek vooral een opdracht voor de aanbieders is, wordt bevestigd door de arts-onderzoeker drs A.P.M.G. Kroonen cs.[2] Wachtlijsten zijn namelijk sterk gebonden aan lokale en regionale situaties en blijken aanzienlijk te verschillen, zowel in omvang, aard en ontwikkeling, als in de tijd, concludeert Kroonen. Slechts voor sommige specialismen, zoals oogheelkunde en orthopedie, is er bijna overal sprake van wachtlijsten.
Kroonen, die een dissertatie voorbereidt over wachtlijsten, en anderen menen echter dat de oorzaken en daarmee de oplossingen van wachtlijsten zó divers zijn, dat deze in onderlinge samenhang moeten worden bekeken. De volgende zeer summiere omschrijving geeft wellicht enige kijk op de veelomvattendheid van deze materie.
Er moet eerst een inventarisatie en classificatie plaatsvinden van de factoren die voor een bepaald specialisme in een bepaald ziekenhuis meespelen. Vervolgens moet naar een instrumentarium worden gezocht om deze factoren te kunnen

objectiveren en te kwantificeren (*figuur*). Bovendien moet deze meting voortdurend worden geactualiseerd om de ontwikkeling van de wachtlijst te kunnen anlyseren. De materie blijkt bijzonder moeilijk in kaart te brengen. Factoren beïnvloeden elkaar: een lange wachtlijst kan er immers ook toe leiden dat de capaciteit beter wordt benut. Bovendien vertonen de factoren onderlinge samenhang: bij een tekort aan OK-tijd leidt elk extra dagdeel OK-tijd tot een grotere doorstroom. Zodra een andere factor meer beperkend werkt heeft de factor OK-tijd echter geen invloed meer op de doorstroom, aldus Kroonen. Vandaar de noodzaak de factoren te classificeren. Dit karwei wordt echter bemoeilijkt doordat zowel factoren aan de vraag- als factoren aan de aanbodzijde, zoals morbiditeit, zorginhoudelijke mogelijkheden, budgettaire beperkingen en arbeidsvoorwaarden en indicatiestelling, doorgaans landelijk gelden. Factoren betreffende de instroom op de wachtlijst (behoefte, indicatie) zijn nog onvoldoende geoperationaliseerd en over patiëntenstromen in verhouding tot adherentie is nog onvoldoende bekend.
Het analysemodel van Kroonen is, met macro-, meso- en micro-componenten, directe en indirecte beïnvloedende factoren, weliswaar zeer accuraat opgesteld, maar wellicht door het ontbreken van passende informatie nog niet zo operationeel. Hoewel Kroonen overtuigd is van het nut van zijn analysesysteem voor het opsporen van knelpunten en het evalueren van effecten van getroffen maatregelen, is het de vraag of ziekenhuizen en specialisten daar nu wel de tijd voor kunnen nemen.



'Pilot-study'

Veel ziekenhuizen en specialisten hanteren een eigen vorm van wachtlijstregistratie en hier en daar is men zelfs overgegaan tot centrale registratie in de regio of tot mengvormen. Door de wisselende betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens is aggregatie evenwel moeilijk.
Het NZi heeft onlangs een 'pilot-study' ingericht om tot standaardisatie van gegevens te komen met als doel de gegevens te kunnen aggregeren waarmee beleidsinformatie op het niveau van een specialisme, instelling, regio en op den duur landelijk mogelijk wordt. De gegevensset die hierbij wordt gebruikt is tamelijk eenvoudig te classificeren en bestaat uit acht elementen: patiëntenidentificatie, specialisme, aandoening, behandelwijze (poli, dagverpleging, poliklinische), begin wachtduur, uiterste behandeldatum, einddatum wachtduur en reden beëindiging wachtduur.
De mogelijkheden van een dergelijke registratie gaan het nut van wachtlijstregistratie ver te boven. Vergelijking tussen de werkelijke wachtlijst en het uiteindelijk aantal behandelde mensen, zou tot betere opnameplanning kunnen leiden. Drs E.A.A. Broers, bedrijfskundig onderzoeker en adviseur bij het NZi, meldt ook het belang van de signaalfunctie. Hij is van mening dat mensen tegenwoordig gewend zijn aan wachtlijsten, zoals zij gewend zijn aan de ochtendspits. Slechts afwijkingen in de wachttijden zouden het signaleren waard zijn. Huisartsen en patiënten willen gewoon weten waar ze aan toe zijn, zodat ze eventueel naar uitwijkmogelijkheden kunnen zoeken, zoals een privé-kliniek of een bedrijvenpoli.
Het overstijgende nut van gestandaardiseerde wachtlijstregistratie is vooral dat hiermee eenduidige informatie over het bedrijf wordt verkregen, hetgeen noodzakelijk is voor operationele en strategische doeleinden. Standaardisatie heeft echter voor ziekenhuis en specialist ook onbedoelde neveneffecten, zoals informatievoorziening aan derden en geautomatiseerde registratie van alle wachtlijstpatiënten in Nederland. Een bedrijf laat zich nu eenmaal niet graag in de kaart kijken: bij onderhandelingen met verzekeraars heeft men graag nog iets 'in de achterzak'. Het oplossen van wachtlijsten vereist echter samenwerking.

Wachtlijsten oplossen betekent ook verwijzen naar een andere specialist

Verplichte solidariteit

De Ziekenfondsraad heeft geadviseerd tot een informatieplicht voor alle instellingen. De overheid roept al lang om eenduidige informatie. De regionale experimenten vereisen goede registratie. ZAO Zorgverzekeringen in Amsterdam heeft samen met andere leden van de Meandergroep en Nationale Nederlanden een wachtlijstinformatielijn geopend ten behoeve van collectieve contracten. Daarnaast worden regionale informatielijnen opengesteld voor huisartsen. "Dit scenario mikt op een niet vrijblijvende uitbouw van de goede relaties met zorgaanbieders", maant drs J.G.M. Hendriks, manager sector zorg van ZAO. "Hierin is structureel geen plaats weggelegd voor outsiders op de regionale markt, zoals privé-klinieken." De wachtlijstinformatie wordt aan de bedrijfsverenigingen doorgegeven, hetgeen volgens Hendriks een attitudeommekeer bij de ziekenhuizen teweeg zal brengen.
De Amsterdamse ziekenhuizen geven maandelijks wachtlijstinformatie door aan ZAO, het Academisch Ziekenhuis van de VU zelfs al 'on line'. De drie Amsterdamse hartcentra voeren een centrale wachtlijst en centrale indicatiestelling voor openhartoperaties. Op deze wijze hoopt ZAO onaanvaardbaar lange wachtlijsten op een sociaal aanvaardbare manier terug te dringen.
Daarnaast wordt een en ander opgetast in het WIS-project (wachtlijstinformatiesysteem), dat in het kader van Volksgezondheid Transparant door WVC wordt gesubsidieerd. Dit project wordt geleid door een stuurgroep ZAO, het Oosterscheldeziekenhuis, Bazis, Coopers & Lybrand en het VU-Ziekenhuis. De resultaten van dit project worden periodiek teruggekoppeld naar een klankbordgroep van koepelorganisaties, waarin ook de LSV participeert.
De wachtlijsten worden stevig aangepakt, met een samenwerking en inzet die de overheid tot voorbeeld zou kunnen strekken: daar wordt bijvoorbeeld het ouderenbeleid zo versnipperd gevoerd dat het nauwelijks van de grond komt. •

Literatuur

1. Leenen HJ. Het Ziekenhuis 1990;18:786-88.
2. Kroonen APMG, Roscam Abbing EW. Wachtlijsten en belangen. Medisch Contact 1993; 48: 1401-4.

Bedrijvenpoli en Riagg-bedrijfszorg

Voorrang voor bedrijven

H.E. Oosterling-Schiereck

Ook de Riagg's ondernemen commerciële activiteiten op de markt van arbeidsrelaties en verzuimbeleid. Anders dan bij de activiteiten van de Stichting Bedrijvenpoli lijkt de ontvangst hier welwillend. Of is er toch reden voor zorg?

HET VALT TE HOPEN dat het ziekenhuis Rijnstate en de betrokken collegae zich nog eens bedenken", zegt Spreeuwenberg in Medisch Contact van 11 februari jl.[1] Zich bedenken voor zij met de Stichting Bedrijvenpoli in zee gaan, bedoelt hij. De bedrijvenpoli is het initiatief van een aantal grote bedrijven. Zij huren via deze stichting rechtstreeks ziekenhuisfaciliteiten en specialistische hulp in het Arnhemse ziekenhuis Rijnstate. Deze werkwijze kent volgens Spreeuwenberg te veel nadelen en maatschappelijke gevaren. Hij noemt: het passeren van de huisarts als poortwachter, de aantasting van de keuzevrijheid van de patiënt-werknemer, het opdrijven van de kosten, de extra belasting van specialisten en verplegend personeel, de consequenties voor budgettering van het ziekenhuis en premiestelling van de ziektekostenverzekering en een dreigende tweedeling in de gezondheidszorg.

Het maandblad van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, De Gazet, behandelt in het aprilnummer het thema 'GGZ en arbeid'.[2] Daarin is volop aandacht voor diverse variaties op de formule van de Stichting Bedrijvenpoli, maar dan gesitueerd in de AGGZ. In navolging van de Stichting Riagg-Bedrijfszorg, een initiatief van drie Noordhollandse Riagg's, ontstaan diverse vormen van commerciële Riagg-dienstverlening aan bedrijven. Dit betreft diensten als een serie hulpverleningsgesprekken met medewerkers die om psychische klachten (dreigen te gaan) verzuimen. De ontvangst van deze commerciële ondernemingen in De Gazet is welwillend: zij worden gepresenteerd als pioniers, die de moeizame relatie tussen Riagg's en de sector arbeid verkennen en doelmatig aanpakken.

Curatieve sector en arbeid

De moeizame relatie tussen de 'curatieve sector' (huisarts, specialist) en de collega's bij arbodienst of bedrijfsvereniging is onderwerp geweest van de KNMG-conferenties 'Artsen en arbeidsongeschiktheid'.[3,4] De ontbrekende samenwerking tussen verzuimbegeleider en hulpverlener in de curatieve sector draagt bij aan onnodige verlenging van arbeidsverzuim. Bovendien belemmert zij activiteiten ter preventie van verzuim. Aan de zijde van verzuimbegeleiders bestaat veel onvrede over de tijd die doelloos verstrijkt bij het wachten op informatie of als gevolg van wachttijden in de zorg. Deze ergernissen, versterkt door de kosten die ermee gepaard gaan, vormen de achtergrond van initiatieven als de Stichting Bedrijvenpoli.

Conferentie 'AGGZ en arbeid'

Ook in de AGGZ ontbreekt bij de hulpverleners een vanzelfsprekende oriëntatie op de arbeidssituatie en het mogelijke verzuim van de cliënt. De samenwerking met bedrijfs- of verzekeringsartsen verloopt evenmin vlot en er bestaan wachttijden voor bepaalde vormen van hulpverlening bij Riagg's. In navolging van het succes van de KNMG-conferenties is bij de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) een vergelijkbaar project gestart. Net als bij de KNMG-conferenties is een brede stuurgroep samengesteld met vertegenwoordigers van Riagg's, bedrijfsverenigingen, arbodiensten, werkgevers, werknemers, patiënten, onderzoek en beleid. De stuurgroep bereidt een conferentie voor met als doel de samenwerking te verbeteren tussen Riagg en arbodienst of bedrijfsvereniging bij preventie, verzuimbegeleiding en reïntegratie. Deze commerciële activiteiten van Riagg's op het terrein van arbeid en geestelijke gezondheid hebben de aandacht van de stuurgroep.

Verschillende ontvangst

Omdat beide sectoren (de medisch-somatische en de AGGZ) kampen met dezelfde knelpunten wat betreft hun relatie tot arbeid en ziekteverzuim van patiënten, is de uiteenlopende reactie op deze commerciële oplossingen opvallend. Bij beide soorten initiatieven suggereren de betrokkenen dat het mes aan twee kanten snijdt. Het bedrijf en de werknemer worden snel en doelmatig geholpen met een passend hulpaanbod en tegelijkertijd wordt de reguliere zorg ontlast.

Het initiatief van de Stichting Bedrijvenpoli heeft veel te maken met de discussie over wachttijden in de zorg. Wachten op behandeling kan de periode van het arbeidsverzuim verlengen. De werkgever calculeert dat de kosten van een medische ingreep opwegen tegen de kosten van het arbeidsverzuim. Door speciale regelingen tussen werkgever en specialist ontstaat een beeld van voorrang en privileges voor werknemers. Waar werknemers vóórgaan moeten anderen (ouderen, niet-werkenden) wachten. Deze tweezijdigheid gaat maar gedeeltelijk op. Pas waar wachttijden significant zijn - bij Orthopedie bijvoorbeeld - lonen deze initiatieven de moeite. In die gevallen bestaat veelal een gebrek aan specialisten. Deze schaarse artsen kunnen om het gewin wel zeven dagen per week gaan werken, maar over de kwaliteit rijzen dan enige vragen. De extra uren die voor de bedrijvenpoli worden gewerkt moeten toch ergens vandaan komen.

Historie Riagg-bedrijfszorg

De aantrekkelijkheid van de hulpverlening die de Riagg-bedrijfszorg biedt, ligt voor bedrijven maar gedeeltelijk in de snelheid van het aanbod. Belangrijker lijkt de toespitsing op het bedrijf, het maatwerk. De hulpverlening is gericht op snelle werkhervatting en beperkt zich tot de relatie tussen de psychische klacht en het werk. Daarnaast presenteren de commerciële Riagg-zusters zich als deskundiger op het terrein van arbeidsgerelateerde psychische problematiek. Zij maken de geconstateerde gebreken van de grote Riaggzus te gelde.

De Riagg's zijn geleidelijk naar deze situatie gegroeid. De preventieafdelingen van sommige Riagg's kenden het thema 'GGZ en arbeid' al sinds het eind van de jaren zeventig. Dat betrof activiteiten ter ondersteuning van WAO-platforms en arbodiensten of gericht op dagbesteding en arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten. Het aandachtsveld verschoof de laatste jaren van doelgroepgericht werken naar preventieve interventies op bedrijfsniveau (omgaan met stress op de werkplek).[5] Daarmee deden de eerste 'betaalde diensten' hun intrede. De Riagg's vonden het zelf niet gepast dat diensten aan bedrijven werden aangeboden ➡

vanuit een AWBZ-gefinancierde organisatie. Anderen (organisatieadviseurs, vrijgevestigde psychologen, scholingsinstituten, enz.) opereerden immers ook op deze markt (valse concurrentie). Bovendien had dit aanbod niet de prioriteit binnen het toch al zwaar belaste Riagg-budget. De Riagg kreeg meer 'zware' en complexe hulpvragen van haar cliënten; de budgetten dienden daaraan te worden besteed.

In het verlengde van deze commerciële preventieactiviteiten ontstonden de vraag naar en het aanbod van individuele gevalsbehandeling voor werknemers met psychische klachten. Verwijzing naar de Riagg voor deze diensten verliep volgens de bekende knelpunten: wachttijd, beperkte belangstelling van de curatieve collega's voor de arbeidssituatie van de cliënt en moeizame communicatie met de verzuimbegeleider. De klacht dat de cliënt 'kwijt' is na verwijzing naar de Riagg klinkt ook in arbodiensten en bedrijfsverenigingen. Het commerciële aanbod groeit derhalve uit van preventieve - veelal groepsgerichte - activiteiten naar individuele gevalsbehandeling van (arbeidsgerelateerde) psychische klachten. Deze diensten zijn in de meeste gevallen inmiddels ondergebracht bij aparte rechtspersonen. De medewerkers van de Riagg's zijn bij beide organisaties in dienst.

Verschil in beoordeling

Tot dusverre lijken de commerciële Riagg-initiatieven niet zorgwekkend. Zij lijken sterk op het andere aanbod op de markt van arbeidsrelaties en verzuimbeleid. De AGGZ is vertrouwd met commerciële dienstverlening en ontwikkelt dit ongehinderd, naast het reguliere AWBZ-gefinancierde hulpaanbod. Wellicht hangt de reactie op de bedrijvenpoli slechts samen met onwennigheid met 'de markt'? Maakt de context van de wachtlijstproblematiek en de discussie over specialistenvergoedingen dat initiatief zwaarwegender dan vergelijkbare zaken in de AGGZ? Of zijn de produkten in de AGGZ zo anders dat elke vergelijking mank gaat?

Die verklaringen lijken te simpel en doen de fundamentele discussiepunten die Spreeuwenberg tegen de Stichting Bedrijvenpoli oppert te kort. Zijn bezwaren gelden grotendeels ook voor de Riagg-Bedrijfszorg-varianten:

- Rechtstreekse verwijzing naar en financiering van de hulpverlening roept vragen op over de keuzevrijheid van de werknemer: de keuze of hulpverlening gewenst is (werknemers dienen volgens vele CAO's mee te werken aan spoedig herstel), de keuze voor de vorm van hulpverlening, bij welke hulpverlener. Bij psychische klachten ligt die vrijheid mogelijk gevoeliger dan bij bijvoorbeeld orthopedische hulp.
- De rechtstreekse verwijzing wordt ook hier ingegeven door bedrijfseconomische argumenten: voorkomen of beperken van verzuim, beter functioneren van de werknemer. Gezien vanuit de wereld van scholing en 'human resource management' klinkt dat wellicht acceptabel, vanuit het hulpverleningsperspectief roept het vragen op over prioriteiten en mogelijk medicaliserende en individualiserende tendensen.
- De verschuiving van op de bedrijfssituatie gerichte preventieactiviteiten naar individuele behandeling van werknemers versterkt de bezorgdheid voor individualisering van psychische (arbeidsgerelateerde) klachten. Binnen de Riagg's was de koppeling tussen preventie en curatie altijd moeilijk te realiseren. Of dat in deze commerciële context wel zal lukken is zeer de vraag.
- De vertrouwelijkheid in de hulpverlener-cliëntrelatie en het daarmee verband houdende beheer van dossiers, het verstrekken van informatie aan arbodienst, werkgever of bedrijfsvereniging, dienen aan hoge eisen te voldoen gezien de korte lijnen tussen deze betrokkenen en ieders belangen.
- Het accent op arbeidsgebonden problematiek doet geforceerd aan. Juist psychische klachten hebben veelal meerdere achtergronden of zijn onderhevig aan invloeden uit verschillende bronnen (werk, privé, persoonlijkheid). Het isoleren van de arbeidsgebonden klachten van de persoonlijke klachten of problemen in de thuissituatie roept vragen op over de kwaliteit van het hulpaanbod.
- Dezelfde vragen zijn al geopperd toen het ging over de kwaliteit van het hulpaanbod van de Riagg, namelijk daar waar te weinig oog is voor de arbeidssituatie (kwaliteit, verzuim) van de cliënt. Nu lijkt de deskundigheid inzake GGZ en arbeid juist buiten het reguliere Riagg-aanbod te worden ontwikkeld en geconcentreerd. Wie via de voordeur van de Riagg binnenkomt ontbeert die deskundigheid. Of wordt de cliënt wellicht - als de arbeidssituatie mede een rol speelt - doorverwezen naar de commerciële praktijk?
- Het gebruik van Riagg-Bedrijfszorg-varianten is onderwerp voor collectieve verzekering van ziektekosten en kan effect hebben op de premiestelling of - via een omweg - op het budget van de Riagg.
- De tweedeling in de zorg klinkt ook hier door, zeker waar het de wachttijden betreft. De commerciële dienstverlening wordt verkocht met het argument dat de werknemer snel wordt geholpen, zodat de problematiek niet verergert. Dat argument geldt eveneens voor de andere wachtenden bij de Riagg. Ook in de AGGZ heerst schaarste; de hulpvraag nam de laatste tien jaar onevenredig toe ten opzichte van menskracht en budgetten.[6]

De tweedeling in de zorg klinkt ook hier door

Samenwerking via bedrijfszorg

De stuurgroep van de NVAGG-conferentie over AGGZ en arbeid staat voor de opdracht de communicatie tussen de Riagg en de sector arbeid te verbeteren. In eerste instantie wordt gedacht aan de communicatie met de reguliere Riagg-hulpverleners.

De commerciële nevenactiviteiten van de Riagg's vertroebelen het zicht op de werkelijke knelpunten. Wellicht kunnen deze initiatieven bijdragen aan oplossingen: als voortrekkers voor de 'gewone' Riagg, als wegbereiders naar grotere deskundigheid en betere samenwerkingsrelaties. Deze kanttekeningen geven aan dat die weg enige nadere bezinning behoeft. De stuurgroep heeft een flinke klus voor de boeg op weg naar een hopelijk pittige en kritische discussie tijdens de conferentie over AGGZ en arbeid. •

drs H.E. Oosterling-Schiereck,
ministerie van WVC, directie Algemeen en Internationaal Volksgezondheidsbeleid
Deze bijdrage is geschreven op persoonlijke titel.

Noten

1. Spreeuwenberg C. Voorrang voor bedrijven? Medisch Contact 1994; 49: 183.
2. GGZ en arbeid. Themagedeelte van De Gazet, nr 4, april 1994.
3. Buys PC, Mossink WGL. Artsen en arbeidsongeschiktheid, van knelpunten naar oplossingen. Medisch Contact 1993; 48: 459.
4. Ankoné A. Sociaal-medische begeleiding met een onafhankelijk arts als middelpunt. Actueel over de tweede conferentie 'Artsen en arbeidsongeschiktheid'. Medisch Contact 1993; 48: 1517-8.
5. Kaay HJJ. AGGZ-preventie en arbeid, een praktijk in ontwikkeling. LOP-reeks, Landelijk Centrum GVO, Utrecht, februari 1992.
6. Achtergronden van stress en burn-out bij GGZ-werknemers. Lezing op studiedag 'Werken in de GGZ', door prof.dr W. Schaufeli, 22 april 1994.

Opname- en ontslagbeleid afdeling Intensive Care

Een concept-protocol

B.S. Hylkema

ER IS DRINGEND BEHOEFTE aan een protocol 'Opname- en ontslagbeleid Intensive Care'. Niet alleen binnen de IC-gelederen, maar ook daarbuiten wordt om verschillende redenen (kwaliteit, capaciteit, grenzen aan zinnig medisch handelen) uitgezien naar criteria voor begin en einde van een IC-behandeling. In de KNMG-nota 'Selectie van patiënten, met name op de Intensive Care' en in het rapport 'Aandacht voor kwaliteit op Intensive Care-afdelingen' wordt het een eerste vereiste genoemd dat voor elk ziekenhuis een opname- en overplaatsingsbeleid IC wordt geformuleerd, met expliciete aandacht voor selectiecriteria, procedures en eindverantwoordelijkheid.[1,2]
Tot dusverre zijn er geen landelijke richtlijnen op dit punt. In de literatuur wordt niet meer dan hier en daar een algemene aanbeveling gevonden. Zelfs de richtlijnen van de Amerikaanse Society of Critical Care Medicine (1988, voorgenomen herziening in 1993) geven weinig méér.[3] In het 'groene boekje' van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care leest men,[4] dat "vaste indicaties niet zijn te geven", behalve "bedreiging van één van de vitale functies: cardiaal, circulatoir, respiratoir, cerebraal dan wel renaal". Ook in andere rapporten, zoals het 'Advies Planning Intensive Care' van het College Ziekenhuisvoorzieningen en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en in de studie 'Kwaliteit, doelmatigheid en organisatie van IC-afdelingen in Nederland' zoekt men tevergeefs naar opname- en ontslagcriteria.[5,6]
Onlangs verscheen het CBO-rapport 'Advies Organisatie en Werkwijze op IC-afdelingen' van een werkgroep die (onder meer in vervolg op de bovengenoemde KNMG-nota) als opdracht kreeg advies uit te brengen over de medisch-inhoudelijke criteria voor opname en ontslag op afdelingen voor intensive care.[7] Het is teleurstellend, dat in dit rapport aan die concrete vraag vrijwel volledig wordt voorbijgegaan: er worden slechts enkele algemene en organisatorische opmerkingen over gemaakt. Ziekenhuizen en IC-afdelingen kunnen hieruit nog geen eigen richtlijnen of protocol destilleren.
Het hierna volgende resultaat van een poging om tot een concreet en uitgewerkt protocol te komen wordt aangeboden ter discussie of om te worden gebruikt als basis voor een eigen protocol. Uitgegaan is van de situatie zoals die in ons ziekenhuis (Medisch Spectrum Twente, fusie 1988 van 'De Stadsmaten' en 'Ziekenzorg') is: een all-round IC-afdeling voor patiënten van zowel snijdende als niet-snijdende ('surgical' versus 'medical') vakken. De recovery-afdeling is alleen berekend en ingesteld op zeer korte 'passagetijden' (van stabiele patiënten) en is bovendien 's avonds en 's nachts gesloten; de functie 'intensive and extended recovery' of post-operatieve IC is sinds jaar en dag ondergebracht bij de IC-afdeling. Zo is - met varianten - ook de situatie in verreweg de meeste ziekenhuizen. De coronary care is, zoals in alle grote(re) ziekenhuizen, separaat van de IC-afdeling en blijft hier dan ook buiten beschouwing, evenals intensive care na hartchirurgie en speciële pediatrische intensive care.

Concept-protocol opname en ontslag afdeling Intensive Care

I. Inleiding

Het is zeer gewenst *geschreven uitgangspunten* te hanteren met betrekking tot de indicatiestelling voor behandeling en verpleging op een IC-afdeling:

a. voor de IC-medewerkers, artsen en verpleegkundigen. Zij moeten het zoveel mogelijk eens zijn over de vraag: "Welke patiënten hebben - tot welk moment - baat bij en recht op opname op de IC-afdeling?";
b. voor het ziekenhuis als geheel, zowel de voor de artsen die patiënten voor intensive care 'aanbieden' als voor de verpleegkundigen van afdelingen waarmee 'overplaatsingsverkeer' is. Ook voor het ziekenhuismanagement is het goed enig inzicht in deze materie te krijgen.

Een geaccepteerd protocol kan een basis zijn voor rationeel gebruik van IC-capaciteit en is voor de intensivist en de verpleegkundigen een belangrijke steun in de rug bij discussies over opname of overplaatsing, vooral bij drukte (bijna volle afdeling of schaarste/ziekte verpleegkundigen). Als er een goed opname- en ontslagbeleid is èn als bovendien in het gehele ziekenhuis wordt gewerkt aan een 'klimaat' waarin grenzen aan het medisch handelen op verstandige en gevoelvolle wijze structureel worden gehanteerd, zullen capaciteit- en triage-problemen beperkt blijven tot het onvermijdelijke.
Het gaat overigens niet alleen om capaciteit, maar minstens evenzeer om het vermijden van onnodige of zelfs misplaatste medische maatregelen bij patiënten voor wie die maatregelen geen extra kansen

c.q. geen extra gezondheidswinst (meer) kunnen bewerken.
c. als uitgangspunt voor landelijke richtlijn of consensus, om te komen tot duidelijkheid ten aanzien van een juist gebruik van beschikbare IC-faciliteiten, om vergelijking mogelijk te maken en om eventueel structurele capaciteitsproblemen beter te kunnen vaststellen;
d. ter onderbouwing van eventueel verdergaande regionalisering, echelonnering en daarmee toekenning van bevoegdheden, budgetten en personele formatie, ook bij kwesties van uitbreiding of rantsoenering;
e. als middel voor interne en externe kwaliteitscontrole, zeker wanneer er ook opleiding plaatsvindt.

II. Inhoud protocol

A. algemene omschrijving van taak en functie van de IC-afdeling binnen een ziekenhuis;
B. opnamecriteria: indeling in patiëntencategorieën, specificaties;
C. ontslagcriteria c.q. criteria voor het beëindigen van intensive care;
D. procedures: wie beslist en hoe wordt dit geregeld?

A. Taak en functie IC-afdeling

A. De IC-afdeling is de *verzamelplaats* van patiënten bij wie de noodzaak bestaat tot *intensieve en continue verpleegkundige en medische zorg, bewaking en meestal ook behandeling*, in verband met een te kort schieten (of een verhoogde kans daarop in korte tijd) van één of meer vitale functies, met name ademhaling, bloedsomloop en centraal zenuwstelsel. Daarbij wordt gebruik gemaakt van technische hulpmiddelen die op een niet-IC-afdeling niet of niet verantwoord kunnen worden gebruikt en is een gespecialiseerd team aanwezig. De verpleegkundige-bed-ratio is aanzienlijk hoger dan op een 'gewone' verpleegafdeling.

B. Opnamecriteria

Er kunnen verschillende indelingen van IC-behoeftige patiënten worden gemaakt:
- acute, onvoorziene IC-behoefte
  * niet-OK-gebonden*
  * OK-gebonden (na ongeplande ingrepen of in verband met complicaties tijdens of direct na een operatie)
- IC-behoefte volgens planning = OK-gebonden (na electieve chirurgie)

òf
- intensive care
  * niet OK-gebonden
  * niet meer OK-gebonden (langer dan 2 etmalen na operatie)
- 'intensive recovery'
  * geplande post-operatieve IC (in principe tot de volgende ochtend, zelden 2 etmalen)
  * ongeplande post-operatieve IC (ongeplande grote chirurgie of gepland met complicaties)

In de uitwerking ontlopen deze twee indelingen elkaar niet veel. Een IC-afdeling kan voor één van de twee kiezen, bijvoorbeeld ten behoeve van een afdelingsjaarverslag, voor inzicht in planning, etc. De hierna volgende specificatie kan uit beide indelingen volgen.

Indicaties voor opname op de IC-afdeling

I. Niet OK-gebonden intensive care (altijd ongepland)
- na reanimatie, vooral indien patiënt (nog) geïntubeerd/beademd is;
- coma e.c.i., coma met opgehelderde oorzaak (bijvoorbeeld intoxicatie, mening(o-encefal)itis, keto-acidose, coma hepaticum, subarachnoïdale bloeding), met (dreigende) circulatoire of respiratoire insufficiëntie;
- na trauma: enkelvoudig (trauma capitis, met name contusio cerebri en/of ernstig aangezichtsletsel; stomp thoraxletsel en/of buikletsel, vooral met (dreigende) circulatoire of respiratoire insufficiëntie) of multipel (zie ook IIB);
- shock (niet-cardiogeen, of cardiogeen-met-beademingsindicatie);
- sepsis of vermoede sepsis, met (dreigende) circulatoire en/of respiratoire insufficiëntie;
- respiratoire insufficiëntie (acuut of 'acute-on-chronic'), manifest of dreigend, bij primair pulmonale of primair extrapulmonale (bijvoorbeeld neurologisch: coma, verlammingen, status epilepticus, etc.) aandoeningen, inhalatie van toxische dampen, aspiratie, etc., met hypoxemie en/of dreigende uitputting, ook indien beademing nog niet geïndiceerd is;
- oligo-/anurie, tenzij het een stabiele patiënt betreft bij wie reeds de indicatie tot intermitterende dialyse is gesteld;
- diversen, zoals hypertensieve crise, eclampsie, hypothermie, extreme elektrolytstoornissen; behandeling met fibrinolytica (anders dan voor een myocardinfarct); potentiële orgaandonor.

II. Intensive and extended recovery ('post-operatieve intensive care')

A. Gepland, al dan niet met beademing, na electieve grote chirurgie, zoals:
- grote vaatchirurgie: aorta + takken, carotiden, langdurige perifere bypasses bij matige algehele conditie;
- grote buikchirurgie (al dan niet thoraco-abdominaal): (sub)totale maagresectie, oesofagus-/cardiaresectie, rectum-amputatie, cystectomie met u.i.c.stomie, uitgebreide debulking;
- long-operaties of andere ingrepen met geopende thorax;
- craniotomieëen en andere ingrepen met risico's 'hoog' in het CZS;
- kaakoperaties met intermaxillaire fixatie, commando-resectie;

tevens 'minder grote' ingrepen (bijvoorbeeld sigmoïdresectie) bij patiënten met een verhoogd risico, met name cardiopulmonaal.

B. Ongepland: na grote spoedingrepen, al dan niet buiten kantoor- c.q. recoveryuren, zoals:
- spoed-laparotomieën (met name perforaties, bloedingen);
- spoedcraniotomieën (boorgaten, etc.);
- meervoudige of grote chirurgie na trauma, etc.,

tevens na (al dan niet geplande) operaties die 'tegenvallen' of uitgelopen of gecompliceerd zijn, of waarbij tijdens de ingreep of kort nadien onvoorziene problemen zijn opgetreden, zoals aspiratie, hypoxemie, bloeddrukdalingen, ritmestoornissen, reïnterventies wegens grote bloedingen, etc.

Van deze categorie (IIB) zullen veel patiënten langer dan een etmaal IC-behoeftig blijven: 'niet meer OK-gebonden intensive care'.

Deze lijst is niet te beschouwen als uitputtend en dwingend-per-diagnose, maar veeleer als een indicatieve categorieënlijst. De hierna volgende overwegingen (tot aan D. Procedures) zijn overigens fundamenteler dan welke lijst ook.

Als *algemeen criterium* moet tevens gelden - vooral voor de patiënten in categorie I is dit aan de orde - *dat voor de patiënt redelijkerwijs profijt mag worden verwacht* van een IC-behandeling en -verpleging. Wanneer dit onduidelijk is (en dat is niet zelden het geval) kan het een goede gang van zaken zijn een patiënt op de IC-afdeling op te nemen om de tijd te nemen om te zien of intensive care op zijn plaats is of niet: het voordeel van de twijfel.

Getalsmatige criteria, hoe aantrekkelijk schijnbaar ook (bijvoorbeeld een ondergrenswaarde voor de systolische of de gemiddelde arteriële bloeddruk, pH, PaO2, diurese, hartfrequentie, ademfrequentie, serum-K, etc. of een bovengrenswaarde voor ademfrequentie, bloeddruk, pH, PaCO2, hartfrequentie, serum-K, etc. en zelfs een grenswaarde van bijvoorbeeld de coma-score, APACHE-score of trauma-score) *zijn ongeschikt*, omdat veel patiënten die wel degelijk IC-behoeftig zijn niet aan zo'n criterium voldoen, een geïsoleerd getal zelden alleen bepalend is ➡

*'OK-gebonden': patiënt komt naar IC vanaf OK (of Recovery).

en vaak niet alle getallen voorhanden zijn bij een eventuele spoedoverplaatsing.

Obligaat IC-behoeftig zijn:
- patiënten met een endotracheale tube, al dan niet beademd;
- patiënten die beademd (moeten) worden;
  en patiënten die
- inotropica, vaatverwijders of antiaritmica per infuus krijgen;
- invasieve hemodynamische bewaking behoeven, of
- continue hemofiltratie (moeten) ondergaan.

Stabiele, niet (meer) beademde, patiënten met een tracheacanule (tracheostoma) hoeven niet om reden van het tracheostoma alleen op een IC-afdeling te blijven. Wèl moet er dan uiteraard in het ziekenhuis tenminste één (niet-IC) afdeling zijn waar patiënten met een tracheostoma adequaat kunnen worden verpleegd.

Voor intensive care komen niet in aanmerking:
a. patiënten voor wie geen continue zorg, bewaking en/of behandeling nodig is, met andere woorden patiënten die geen duidelijk verhoogde kans hebben op te kort schieten (in korte tijd) van een vitale functie;
b. patiënten voor wie redelijkerwijs geen profijt mag worden verwacht van intensive care, omdat de patiënt
   - stervende is, of
   - geen reële kans op overleven heeft, òf
   - misschien wel enige kans op overleven heeft, maar met een schrijnend gebrek aan gezondheid, zonder perspectief.[8]

Soms (niet zelden) is er onvoldoende tijd of overzicht geweest vóór overplaatsing naar een IC-afdeling en blijkt pas enige tijd later dat de bovenstaande situatie b het geval is, of ontstaat die situatie na verloop van tijd. Dan zal alsnog moeten worden besloten de intensive care te limiteren (in tijd en/of intensiteit) of te staken. Het is noodzakelijk bij patiënten met twijfelachtige kansen en vooruitzichten dagelijks de kansen en de limieten te her(be)zien en daaraan de consequenties te verbinden in termen van wel of niet voortzetten van (maximale) intensive care.
Gesprekken hierover met de familie of andere naasten, reeds zo vroeg mogelijk (namelijk zodra er twijfel is aan zin en kansen) zijn een essentieel element in de besluitvorming. Een gesprek met de patiënt zelf (in principe natuurlijk altijd eerste keus) is onder de gegeven omstandigheden (veelal beademing) meestal nauwelijks mogelijk.

C. Ontslagcriteria

(Zie ook hierboven, a en b)
Een patiënt is niet meer IC-behoeftig wanneer vitale functies zonder ondersteuning voldoende stabiel zijn en de kans dat deze (opnieuw) te kort gaan schieten niet meer verhoogd is.
Het betreft niet altijd een strikt 'medische' indicatie: er kan soms een goede 'verpleegkundige' indicatie zijn om een patiënt na een lange kritieke fase nog even (één of enkele etmalen) te stabiliseren op de IC-afdeling, totdat de patiënt rijp is voor een niet-intensieve verpleegafdeling; dit betreft vooral passieve, nog spierzwakke patiënten die langere tijd beademd zijn geweest, met matige slik- en hoestfunctie. Het bij afnemende/toenemende druk op de bedbezetting minder streng respectievelijk strenger hanteren van ontslag-indicaties (zeker niet altijd onterechte) betreft veelal de hierboven bedoelde categorie (waaruit dan ook nogal eens heropnames na 'eigenlijk te vroege' overplaatsing voortvloeien).

'Limited intensive care'
Afspraken als *niet reanimeren*,[9 10] *niet beademen* en *niet reïntuberen* hoeven geenszins in te houden dat een patiënt niet op de IC-afdeling mag worden opgenomen of dat hij van de IC-afdeling moet worden overgeplaatst. Intensieve zorg en behandeling met bepaalde aangegeven grenzen kan zeer zinnig zijn.
'Indicaties' om te abstineren van intensive care zijn in principe:
- onafwendbaar overlijden, in deze ziektefase;
- (dreigende) 'persistent vegetative state', of anderszins zeer ernstige, doorgaans post-hypoxische of post-traumatische, blijvende cerebrale schade (in dezelfde acute fase ontstaan);
- complicaties van een onoplosbaar/onbehandelbaar basislijden;
- te verwachten spoedige nieuwe complicaties of terugval na moeizaam verlopen(de) huidige IC-episode, met te verwachten overlijden, zo niet in deze fase, dan in een spoedig volgende;
- te verwachten onrevalideerbare toestand van de patiënt na eventueel overleven van huidige IC-episode, doordat er geen lichamelijke en/of geestelijke veerkracht meer zal zijn om te herstellen;
- de combinatie van ernstige twijfel van het behandelend team aan de zin van intensieve behandeling en wens van patiënt dan wel familie (van niet-bekwame patiënt) om de IC te staken.

Elke IC-afdeling behoort een gestructureerde handelwijze te hebben met betrekking tot het bespreken, besluiten en effectueren van een limiterend of abstinerend beleid.
Bij een besluit om intensieve behandeling (eventueel de gehele behandeling) te staken moet het vervolg daarop voldoende en tijdig overdacht en besproken zijn, onder andere ten aanzien van de verlichting van lijden, alvorens het besluit wordt geëffectueerd.
Een patiënt die stervende is na staken van intensieve behandeling kan doorgaans beter niet meer naar een andere afdeling worden overgeplaatst, maar op de IC-afdeling blijven - waar dan alle zorg, verlichting van lijden en begeleiding plaatsvindt - tenzij de patiënt of de familie anders wil, er een lang(er)durende relatie op een andere afdeling is of het stervensproces langer gaat duren dan uren tot enkele dagen en de IC-afdeling niet meer een geschikte plaats heeft of is. Ook deze vorm van stervensbegeleiding is een essentieel onderdeel van intensive care.

D. Procedures

Er is nationaal en internationaal overeenstemming over de wijze waarop een IC-afdeling medisch bemand en geleid moet worden. Dit houdt in dat er een 'intensivist' moet zijn (met waarneming op 24-uurs basis) die een belangrijk deel van zijn tijd beschikbaar is voor de IC-afdeling en die in elk geval als coördinator van het medisch beleid optreedt. De beslissing een patiënt op te nemen op de IC-afdeling wordt genomen door de (dienstdoend) intensivist, in overleg met de (aanbiedende) hoofdbehandelaar. *Er kan geen patiënt worden opgenomen buiten de intensivist om.* De intensivisten hebben daartoe een mandaat van de medische staf nodig.

Spoedaanbieding
In geval van een *spoedaanbieding* (vanaf acute-opvangafdeling of vanaf een verpleegafdeling) uit het eigen ziekenhuis, is het sterk aan te bevelen dat de intensivist indien mogelijk even ter plekke gaat kijken vóórdat de patiënt wordt geaccepteerd voor opname op de IC-afdeling: een acute IC-aanbieding is soms een paniek- of verlegenheidsaanbieding en in dergelijke gevallen kan door meedenken en adviseren een onnodige of misplaatste IC-opname worden voorkómen.

Spoedoperaties
Spoedoperaties waarbij post-operatieve IC nodig zal zijn worden in een zo vroeg mogelijk stadium besproken met de intensivist, zo mogelijk door de operateur voor hij begint, anders zo spoedig mogelijk daarna door de anesthesioloog.

Electieve operaties
Electieve operaties met voorzienbare noodzaak tot post-operatieve IC moe- ➡

ten ruim (minimaal 24 uur) tevoren op de IC-afdeling of bij de intensivist worden aangemeld, door de operateur.
Melding vooraf van een electieve ingreep houdt níet in dat er een 'claim' ligt op een bed. Door spoedopnames of onverwachte verslechtering van een patiënt van wie overplaatsing verwacht was, kan een bed nooit gegarandeerd worden op grond van een 'claim'.
Electief geopereerde patiënten bij wie tijdens de ingreep of op de Recovery een toestand ontstaat waardoor IC nodig lijkt worden door de anesthesioloog besproken met de intensivist, die dan eventueel nog even op de Recovery komt kijken.
Wanneer het zich 's middags laat aanzien dat wellicht niet alle electieve operaties (met te verwachten IC-consequenties) van de volgende dag zullen kunnen doorgaan in verband met plaatsgebrek, waarschuwt de intensivist de desbetreffende operateur èn anesthesioloog zo tijdig mogelijk en wordt een definitief beslismoment afgesproken.

Bij een volle IC-afdeling en bij een bijnavolle IC-afdeling-met-hoge-werkdruk beslist de intensivist, in overleg met de verpleging, of er iemand 'af' of 'bij' kan. Vóór hij eventueel een patiënt vervroegd van de IC-afdeling af overplaatst, neemt hij contact op met de primaire behandelaar, die instemt òf goede argumenten heeft om dit niet te doen. Wanneer collegiaal overleg niet tot vlotte overeenstemming leidt, beslist de intensivist. Uiteraard zal in dit soort situaties een zo groot mogelijke souplesse èn openheid moeten worden opgebracht door 'aanbieder' c.q. primaire behandelaar en intensivist.
Goede planning, goed overleg en duidelijke afspraken kunnen onaangename situaties tot een minimum beperken. •

Aanhangsel

bij Protocol opname- en ontslagbeleid afdeling Intensive Care

Hoe te voorkómen dat de IC-afdeling te vaak vol ligt?

Te voorkomen is dat de IC-afdeling te vaak vol ligt:
a. door een duidelijk en kritisch opname- en ontslagbeleid;
b. door zoveel mogelijk te anticiperen op een volgende, nog niet concrete, patiënt. Dus bij een volle IC-afdeling (zodra het laatste bed belegd is) zo spoedig mogelijk reeds beslissen òf er iemand vervroegd 'af' kan en zo ja wie, in het geval van een volgende spoedaanbieding: deze vorm van vooruitdenken heeft niet alleen grote organisatorische voordelen, maar kan ook helpen *voorkómen dat een concrete patiënt tegen een concrete andere patiënt moet worden afgewogen*.

Bij grote druk op de bedbezetting kan worden besloten, dat een patiënt die men eigenlijk pas de volgende ochtend had willen overplaatsen 'goed genoeg' is om nog 's avonds of 's nachts te worden overgeplaatst. Het verdient sterk aanbeveling dat de "dagploeg" deze patiënt(en) in principe reeds aanwijst - vóór dienstwisseling - en zowel met de oorspronkelijke hoofdbehandelaar als met de over- of terugnemende afdeling(en) hierover reeds contact opneemt. Soms kan het beter zijn deze aangewezen patiënt(en) al direct over te plaatsen, om spoedoverplaatsingen 's nachts zoveel mogelijk te vermijden;
c. door een goede OK-planning, goed overleg intensivisten, snijdend specialisten en anesthesiologen;
d. door regio-overleg over traumaopvang en mogelijke overplaatsingen naar IC-afdelingen in andere ziekenhuizen in de regio. Er moet structureel en incidenteel goed contact zijn tussen de intensivisten per regio. Zeer tijdig contact is gewenst, soms zelfs bij voorkeur vóórdat een overplaatsingskwestie direct actueel is. Waar nodig of gewenst kan een viditel-systeem (mits voortdurend actueel gehouden!) dienen ter doorlopende globale bedbezettingsinformatie;
e. door structureel één (over)bed leeg te houden, 'boven de formatie'. De overbed-status moet dan wel goed gedefinieerd en bekendgemaakt èn consequent gehanteerd worden (dan nog blijft dit een systeem dat niet in elke situatie zal voldoen).

Triage

De twee extreme situaties waarin het belang van een patiënt direct zou moeten wijken voor dat van één bepaalde andere patiënt, zijn typisch:
1. Voor het laatste bed worden gelijktijdig twee acute patiënten aangemeld met een 'harde' indicatie. Wie van de twee wordt opgenomen?

of

2. Voor een IC-afdeling die vol is wordt een acute patiënt aangemeld. Moet één van de 'liggenden' wijken en, zo ja, wie?

Tot dusverre is in Nederland de situatie niet zo geweest dat artsen direct op leven en dood moeten kiezen tussen twee patiënten. De keus is op dit moment niet: "Wie laten we doodgaan?", maar: "Wie vervoeren we naar een IC-afdeling die wèl plaats heeft?" of: "Bij wie nemen we het risico van een onbewaakte afdeling?"
Wel komt het natuurlijk min of meer geregeld voor dat er maatregelen moeten worden genomen die niet sympathiek en eventueel niet geheel zonder risico zijn (zoals vervoeren naar elders of te vroeg overplaatsen naar een niet-IC-afdeling). Alleen al daarom is het noodzakelijk om met o(n)verdachte en controleerbare criteria te werk te gaan.

Algemene criteria*

- Spoed gaat vóór electief.
- "Wie ligt, gaat vóór" (waarbij geldt: wie op de OK ligt en een IC-indicatie heeft, wordt geacht op de IC-afdeling te liggen).
- Volgorde van aanmelding ("Eerst gemeld, eerst gemaald").

Medische criteria

- Behandeling gaat vóór bewaking c.q. harde (obligate) indicatie gaat vóór minder harde indicatie.
- 'Full intensive care' gaat vóór 'limited intensive care' (tenzij er een obligate indicatie is bij de laatste).

Leeftijd is *als medisch criterium* niet bruikbaar, alleen al omdat leeftijd als getal nauwelijks voorspellende waarde heeft voor de uitkomst van intensive care.
'Kans op succes' van een IC-behandeling kan als triagecriterium pas een rol spelen als men werkelijk in de situatie is van een actuele leven-of-dood-keuze tussen twee patiënten. 'Kans op overleven zónder intensive care' kan bij niet-obligate IC-indicaties een bruikbaar criterium zijn.

Sociale criteria

Artsen, ook IC-artsen, zijn voorlopig niet bereid om op sociale gronden het belang van één patiënt tegen dat van een ander af te wegen. Dat geldt zeker voor *sociale status* (belang voor derden, belang voor maatschappij, aanzien, verdienste, etc.), maar ook voor *leeftijd als sociaal criterium*.
Voor het criterium *eigen schuld* (aandoening in hoge mate toe te schrijven aan riskante leefgewoonte dan wel riskant of 'slecht' gedrag) gaan wel stemmen op, met sterkere en zwakkere argumentaties, maar geaccepteerd is dit zeker (nog?) niet. In veel gevallen lijkt de casus bij tweede beschouwing aanzienlijk minder duidelijk dan bij eerste.

Loten

Loten is laatste-keusmethode om tot een 'beslissing' te komen, wanneer rustig overleg niet tot een gemeenschappelijke keuze-op-grond-van-argumenten leidt.
Een besluit om te abstineren mag nooit (versneld) worden genomen onder de druk van beddennood. *Reden te meer om een dagelijkse gewoonte te maken van 'voortbehandelingsbeslissingen'.*
Ingeval van *overplaatsing* naar elders mag specialisatiegraad en uitrusting van de IC-afdelingen een rol spelen, met andere woorden de vraag of een bepaald 'geval' elders even goed, beter of slechter kan worden be- ➡

* Regels en criteria gelden altijd 'in principe'. Er moeten uitzonderingen kunnen worden gemaakt, mits goed en controleerbaar, dus achteraf toetsbaar.

Harde individuele criteria niet universeel op te stellen

In 'Opname- en ontslagbeleid afdeling Intensive Care' beschrijft collega Hylkema een concept-protocol voor opname en ontslag dat naar zijn mening als uitgangspunt zou kunnen dienen voor landelijke consensus of als basis voor een eigen protocol. Het protocol omvat vier delen:
A. algemene omschrijving van de taak en functie van intensive care;
B. opnamecriteria;
C. ontslagcriteria;
D. procedures.
De CBO-werkgroep 'Advies Organisatie en Werkwijze op IC-afdelingen', die ook de opdracht had opname- en ontslagcriteria op te stellen, heeft zich in eerste instantie uitsluitend bezig gehouden met de algemene omschrijving van de taak en functie (A) en deels met de procedures (D). De reden daarvoor is, dat er zeer grote verschillen bestaan in de mogelijkheden van behandeling tussen IC-afdelingen van verschillende ziekenhuizen. Voordat men opname- en ontslagcriteria voor IC-afdelingen kan vaststellen moet men eerst weten wat IC-afdelingen zijn. Vele afdelingen die de naam Intensive Care dragen zijn in feite high care afdelingen. Het behoeft geen betoog dat de opname- en ontslagcriteria voor intensive care en high care geheel verschillend zijn. Maar ook voor IC-afdelingen zijn er belangrijke verschillen in opname- en ontslagbeleid, als gevolg van lokale verschillen in patiëntenpopulatie, de beschikbaarheid van 24-uurs recovery, de aanwezigheid van 'step-down'-faciliteiten, de (on)mogelijkheden van de verpleegafdelingen en capaciteitsproblemen van de IC-afdeling. Harde individuele criteria voor opname en ontslag zijn daarom niet universeel op te stellen. De door collega Hylkema gegeven indicaties voor opname op de IC-afdeling zijn in deze context dan ook een weerspiegeling van de situatie in het ziekenhuis Medisch Spectrum Twente, waar de auteur werkzaam is. De bruikbaarheid voor andere ziekenhuizen (en ICU's) blijft echter beperkt.
Vanzelfsprekend dient het uitgangspunt te zijn, dat patiënten van de IC-behandeling baat moeten hebben en terecht wijst collega Hylkema op de onwenselijkheid van het uitvoeren van belastende onnodige handelingen; overigens neemt een behandeling op een IC-afdeling hierbij géén uitzonderingspositie in. De noodzaak van een goede coördinatie (door een gemandateerde ICU-coördinator/intensivist) wordt door vrijwel iedereen benadrukt. Formele organisatorische afspraken ten aanzien van opname, behandeling en ontslag zijn zonder twijfel noodzakelijk en dienen in ieder ziekenhuis aanwezig te zijn. Belangrijk is hierbij te komen tot goede regionale afspraken waarbij de intensive care-faciliteiten optimaal worden benut.

Namens de commissie die het 'Advies Organisatie en Werkwijze op Intensive Care afdelingen' formuleerde,

prof.dr C.J. van der Linden,

prof.dr L.G. Thijs en

dr C.P. Stoutenbeek

handeld. De intensivist besluit, de aanbieder gehoord hebbende en de eventuele hoofdbehandelaar van een eventueel over te plaatsen patiënt geraadpleegd hebbende.

Met dank voor hun kritisch commentaar aan dr A.J.J. Woittiez, internist te Almelo, P.J. van Hoorn, anesthesioloog, en R. Schimmel en P.M. Brummelhuis, IC-verpleegkundigen te Enschede.

dr B.S. Hylkema,

internist, Medisch Spectrum Twente, Ziekenhuis Enschede

Noten

1. Medisch Contact 1990; 45 (15): 497-500.
2. Regionale Inspecties Volksgezondheid Noord-Holland, Friesland, Groningen, Limburg (1991).
Zie ook: Medisch Contact 1992; 47 (5): 147-50.
3. SCCM, 1988.
Ook gepubliceerd in Crit. Care Med. 1988; 16 (8).
4. Intensive Care voorzieningen in Nederlandse Ziekenhuizen. Uitgave NVIC 1987; herziene uitgave 1991 (waarin deze paragraaf is vervallen!).
5. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer 1988.
6. D. Reis Miranda en J.F.A. Spangenberg, FRICE Groningen, 1992.
7. CBO, 1993.
8. B.S. Hylkema, Beademen en bedenken. De middelen en het doel: ethische afwegingen in Intensive Care. Medisch Contact 1985; 40 (39): 1185-90.
9. B.S. Hylkema, 'To be or not to be resuscitated'. Medisch Contact 1991; 46 (43): 1273-5.
10. Beleid 'Niet-Reanimeren'. CBO, 1991.

AUTO-EMBLEEM



DIT TWEEZIJDIG *te gebruiken artsen-auto-embleem is op veler verzoek tot stand gekomen om in voorkomende gevallen de reden van parkeren op een bepaalde plaats kenbaar te maken.*
Dit embleem is naast het bekende raam-embleem van plakplastic voor de leden van de Maatschappij Geneeskunst gratis verkrijgbaar bij de afdeling ledenbemiddeling der KNMG, postbus 20051, 3502 LD / Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon: 030-823911.



Preventiewetgeving

Sociaal-medische waardering

E.W. Roscam Abbing

In de curatieve sector moet bezinning nodig blijven over de wenselijkheid van de verschillende vormen van bevolkingsonderzoek. Hierbij moet men niet alleen oog hebben voor de mogelijke bezwaren, maar ook voor de te behalen gezondheidswinst op subpopulatieniveau.

DE MEESTE ARTSEN zijn curatief werkzaam. Daarom is de op preventie gerichte wetgeving bij praktizerende medici verhoudingsgewijs minder bekend. Dat geldt niet voor de al eerder in deze serie behandelde Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken, waarmee de behandelend arts wel regelmatig te maken heeft. De relatieve onbekendheid met de overige preventiewetgeving gaat niet op voor de vele sociaal-geneeskundig werkzame medici. Zij, althans een deel van hen, komen door de aard van hun werk deze vaker wetten tegen.

Binnen het geheel van op preventie gerichte wetgeving is waarschijnlijk - naast de al genoemde Wet infectieziekten - voor de curatief werkend arts de Wet op het bevolkingsonderzoek (1992) het interessantst, omdat deze handelt over secundaire preventie (vroegtijdige opsporing van nog niet manifeste aandoeningen) die nogal eens kan zijn ingepast in de curatieve praktijk. Daarom zal ik in het bijzonder aandacht aan deze wet besteden.

Toch is het goed erop te wijzen, dat er op het terrein van de preventie veel meer wetgeving bestaat. Zo heeft iedereen wel eens gehoord van de Arbowet (Arbeidsomstandighedenwet 1980), die onder meer tot doel heeft de arbeid zo min mogelijk schadelijk te doen zijn voor de gezondheid. Misschien iets minder bekend is de Wet collectieve preventie van 1990, waarin gemeentebesturen wordt opgedragen de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de collectieve preventie te bevorderen. Tevens dienen gemeenten (afzonderlijk of samen met andere) gezondheidsdiensten in stand te houden met in ieder geval als taak de bestrijding van infectieziekten en van gezondheidsrisico's bij jeugdigen. Deze wet legt in feite een over de jaren heen gegroeide en van Rijksoverheidswege financieel gestimuleerde situatie van een het hele land dekkend netwerk van gemeentelijke gezondheidsdiensten vast. Voor de practicus, die al contacten onderhield met de GGD betreffende infectieziekten en schoolgezondheidszorg, is er door die wet niet zo veel veranderd.

Alvorens hier in te gaan op de Wet op het bevolkingsonderzoek, lijkt het mij nuttig eerst iets te zeggen over het waarom van regels op het terrein van preventie in het algemeen.

Regels voor preventie

Het wezenskenmerk van collectieve preventie is dat het gaat om een ongevraagd en openbaar aanbod. Ofschoon wij in het maatschappelijk verkeer heel veel (commercieel geïnspireerd) ongevraagd aanbod kennen, impliceert een aanbod met gezondheidsclaims een bijzondere verantwoordelijkheid. Tegen die achtergrond is het begrijpelijk dat al snel wordt gevonden dat bij de regulering of zelfs de uitvoering van preventie die bijzondere verantwoordelijkheid door een democratisch gecontroleerde instantie moet worden gedragen, dus door de overheid. Bijkomende overwegingen voor een bijzondere gemeenschapsverantwoordelijkheid zijn:

- de noodzaak van een afweging tussen groeps- en individuele belangen (bijvoorbeeld tussen volksgezondheid en individuele gezondheid);
- de bijzondere overheidsverantwoordelijkheid voor de zwakkeren in de samenleving voor wie preventie soms juist extra betekenis kan hebben;
- de overheid heeft de voorkeur indien dwang of drang in beeld komen (bijvoorbeeld quarantaine, controle op gebruik veiligheidsgordels).

Dergelijke overwegingen impliceren nog geen noodzaak voor de overheid de preventie zelf uit te voeren. Dikwijls kan zij volstaan met het geven van regels en soms ook geld. Een andere veel voorkomende betrokkenheid betreft het pleidooi van overheidswege voor preventie, bijvoorbeeld door middel van een officiële nota. In plaats van geld of regels wordt in zulke gevallen alleen het overheidsgezag in stelling gebracht. De effectiviteit van zo'n aanpak wordt doorgaans wel aanzienlijk groter indien deze gepaard gaat met een stimuleringsfinanciering en uiteraard nog groter indien ook een dwingende regeling wordt opgelegd, al is naleving lang niet altijd verzekerd. Men denke aan de zo frequent verzuimde aangifteplicht betreffende infectie- en beroepsziekten.

Algemene eisen aan bevolkingsonderzoek

Wat betreft de algemene eisen aan bevolkingsonderzoek worden altijd de tien criteria van Wilson en Jungner aangehaald. Deze hebben meer gezag door hun bekendheid en leeftijd (al uit 1968) dan door hun consistentie. Het betreft een mengsel van enerzijds juridisch-ethische normen en anderzijds ook technische en medische criteria. Enigszins ingekort en geparafraseerd komen zij erop neer dat voor een programma van vroege opsporing moet gelden, dat:

- het om een belangrijk gezondheidsprobleem gaat;
- een zinvol vervolg op de opsporing in de vorm van een behandeling of begeleiding mogelijk moet zijn;
- er faciliteiten moeten zijn voor diagnose en behandeling;
- de op te sporen ziekte een herkenbaar latent of vroeg-symptomatisch stadium moet hebben;
- er een geschikte screeningstest moet zijn;
- deze test voor de doelgroep acceptabel moet zijn;
- er voldoende kennis moet zijn over het natuurlijk beloop en de ontwikkeling van latent naar manifest;
- duidelijk moet zijn wanneer mensen als patiënt worden behandeld en wanneer niet;
- de kosten en baten van vroege opsporing en eventuele daaropvolgende behandeling worden afgewogen tegen de totale kosten en baten van de gezondheidszorg;
- de vroege opsporing een continu proces is en niet eenmalig.

In het kader van het op verzoek van de staatssecretaris van WVC door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in februari 1994 uitgebrachte 'Juridisch-ethisch beoordelingskader preventie' ➔

zijn aan deze criteria nog toegevoegd:
- De tijd tussen test en uitslag en tussen uitslag en vervolgdiagnostiek en/of behandeling moet zo kort mogelijk zijn.
- Het oproepsysteem mag mensen niet beperken in hun vrijheid al dan niet aan het onderzoek deel te nemen.
- Er moet adequate informatie worden verstrekt over voor- en nadelen van deelname.
- Voorlichting van het publiek mag gericht zijn op de bevordering van brede toegankelijkheid van het bevolkingsonderzoek; zij mag echter geen morele druk tot deelname inhouden.
- Het onttrekken van gegevens uit de screening ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek dient met nadrukkelijke toestemming te geschieden, tenzij de screening van meet af aan aan de betrokkenen is gepresenteerd als een wetenschappelijk onderzoek.

Voor de praktizerend arts zitten in deze lijst van criteria vele herkenbare medische overwegingen. Voor de jurist is het enigszins een ratjetoe van feitelijke en normatieve zaken. Zoals we zullen zien, ontsnapt ook de wetgever niet aan dit gemengde karakter.

Wet op het bevolkingsonderzoek

Toen op 29 oktober 1992 de Wet op het bevolkingsonderzoek, als een in Europees verband uniek fenomeen, in het Staatsblad verscheen was daaraan een lange geschiedenis van voortdurend wisselende standpunten op het continuüm voorafgegaan met als ene uiterste de mening, dat een veel stringentere regeling geboden is, en als andere uiterste dat elke regeling in dit verband overbodig is. De uiteindelijk gerealiseerde wet neemt, zoals men mag verwachten, tussen die extremen een middenpositie in: bevolkingsonderzoek is vrij, tenzij het gebruik maakt van ioniserende straling, gericht is op kanker of op ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is. In deze gevallen is het onderzoek vergunningsplichtig. Naast de in de wet opgenomen eisen waaraan een aanvraag voor vergunning moet voldoen, kunnen bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) nog nadere regels worden gesteld. Eveneens bij AMvB kan worden geregeld welke eisen moeten worden gesteld aan de toestemming voor participatie van minderjarigen aan het onderzoek. Een AMvB die dergelijke en nog enkele andere zaken regelt is in voorbereiding. Waarschijnlijk zal deze op zijn vroegst eind 1994 in werking treden. Pas dan kan de wet operationeel worden.

Waardering van de wet vanuit de praktijk

Lang niet elke praktizerend arts zal betrokken zijn bij het opzetten van een bevolkingsonderzoek. Toch zal menig arts kunnen worden geconfronteerd met vragen van zijn patinten over de wenselijkheid al dan niet mee te doen aan een bevolkingsonderzoek. Wordt het nu door de komst van de wet gemakkelijker op zulke vragen te reageren? Op het eerste gezicht lijkt het dat onderzoek waarmee wat mis zou kunnen zijn onder de vergunningenplicht valt en - als de wet wordt nageleefd - dergelijk onderzoek alleen met een vergunning kan bestaan en derhalve er geen ongewenst bevolkingsonderzoek zou kunnen voorkomen. Die conclusie is, gezien het sobere en terughoudende karakter van de wet, ongefundeerd. Niet direct schadelijk onderzoek, maar wel degelijk met een onduidelijk positief effect of met andere gebreken, zal in de toekomst kunnen blijven voorkomen. Wat dat betreft heeft de wet dus het risico schijnzekerheid op te roepen. Een soms aanwezige legalistische of formalistische houding bij artsen zou door de wet kunnen worden versterkt, met als uitingsvorm de redenering: onderzoek dat niet vergunningsplichtig is of dat wel een vergunning heeft gekregen is dus goed. Daar zou men tegenover kunnen stellen dat zo'n wet met een systeem van vergunningenverlening juist tot nadenken over bevolkingsonderzoek stimuleert. Immers, er zullen ongetwijfeld naar aanleiding van al dan niet geweigerde vergunningen openbare debatten worden gevoerd.

Ik meen dat in de curatieve sector in verband met de betrokkenheid bij de uitvoering van bevolkingsonderzoek of met het oog op advisering over deelname van de patiënt wel degelijk bezinning nodig blijft over de wenselijkheid van de verschillende vormen van dergelijk onderzoek. Daarbij hoop ik, dat er niet alleen oog zal zijn voor de mogelijke bezwaren en onvolmaaktheden, maar ook voor de mogelijk te behalen gezondheidswinst, vaak niet op individueel maar op(sub)populatieniveau. Een uitputtende opsomming van mogelijke bezwaren en gebreken, zoals in toetsingskaders verwoord, mag uiteraard het doel van de screening niet vertroebelen. Tegen de achtergrond van de grondwettelijke plicht van de overheid de volksgezondheid te bevorderen, zou een al te stringente beperking van mogelijkheden voor bevolkingsonderzoek contraproduktief zijn. Wetgeving echter die bijdraagt aan het scheiden van het kaf van het koren, zal op termijn de publieke waardering en ook die door artsen van bevolkingsonderzoek alleen maar vergroten.

Zoals al gezegd kan de wet niet alle schiftingsproblemen oplossen. Eén probleem verdient bijzondere aandacht. Ook bij bevolkingsonderzoek is de overgang van de experimentele fase naar de algemene toepassing moeilijk. Het komt in de praktijk nogal eens voor dat bevolkingsonderzoek in de loop der jaren kwalitatief steeds beter wordt en dat het in het begin, niet alleen door aanloopproblemen, maar ook door nog onvolmaakte technische faciliteiten en onvoldoende training en routine eigenlijk te kort schiet. Theoretisch kan men goed verdedigen dat men een bevolking niet mag blootstellen aan aanvankelijk nog onvolwaardig onderzoek. Met zo'n standpunt ontneemt men zich echter de te verwachten mogelijkheid dat de resultaten geleidelijk aan steeds beter zullen worden. Mij lijkt een beperkte wissel op de toekomst in deze gevallen te verdedigen. •

prof.dr E.W. Roscam Abbing,
sociaal-geneeskundige

> *Het oproepsysteem mag mensen niet beperken in hun vrijheid al dan niet aan het onderzoek deel te nemen*

> *Wetgeving die bijdraagt aan het scheiden van het kaf van het koren, zal op termijn de publieke waardering en ook die door artsen van bevolkingsonderzoek alleen maar vergroten*

Noten

Wet collectieve preventie volksgezondheid. Staatsblad 300, 25 mei 1990.

Wet op het bevolkingsonderzoek. Staatsblad 611, 29 oktober 1992.

Gevers JKM. Wet op het bevolkingsonderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd 1994; 138 (14): 729-31.

Roscam Abbing HDC. (Collectieve) preventie, regelgeving en de rechtspositie van het individu. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1991; 6: 338-49.

Juridisch-ethisch beoordelingskader preventie. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, februari 1994 (publikatie 6/94).



Preventie en de wetgever

Preventie altijd goed?

H.D.C. Roscam Abbing

De Wet bevolkingsonderzoek biedt een afgewogen regeling ter bescherming van de bevolking tegen ondeugdelijk onderzoek. Het hangt af van het vergunningenbeleid of deze bescherming in de praktijk daadwerkelijk vorm krijgt.

GEZONDHEIDSBEVORDERING door middel van preventieve activiteiten is een van oudsher erkende overheidsverantwoordelijkheid. Door vaccinatie, bevordering van gezond gedrag, vroegtijdige onderkenning van risicofactoren en opsporing in een vroeg stadium van (erfelijke) aandoeningen kan ziekte worden voorkomen en belangrijke gezondheidswinst worden behaald. De algemene beginselen inzake rechten van de patiënt (informatie, toestemming, geheimhouding, inzagerecht en dergelijke) zijn van toepassing bij preventieve activiteiten.

Deze activiteiten zijn niet zonder problemen. De drang die van het aanbod van preventie uitgaat kan op gespannen voet staan met de individuele zelfbeschikking. Preventie kan een bedreiging zijn voor de persoonlijke levenssfeer en het niet gebruik maken van aangeboden mogelijkheden kan sociaal verwijt of gevolgen in de ziektekostensfeer uitlokken. De uitkomst van deelname aan preventieve opsporingsmogelijkheden kan een belemmering vormen voor de toegang tot belangrijke maatschappelijke voorzieningen, zoals werk en verzekering. Van preventie kan een onnodig medicaliserend en zorgafhankelijk effect uitgaan.

Preventie moet?

Preventieve maatregelen kunnen door de overheid wettelijk verplicht worden gesteld. Tot op heden is de overheid hierin terughoudend geweest. Dergelijke wetgeving raakt aan de lichamelijke integriteit, is een vorm van vrijheidsbeperking en van overname van individuele verantwoordelijkheid waartoe deugdelijke motieven aanwezig moeten zijn. De Wet immunisatie militairen kent een vrijstellingsmogelijkheid. De polio-epidemie van 1993 heeft de discussie doen oplaaien over invoering van verplichte vaccinatie, doch daarvan is afgezien vanwege de niet voldoende aangetoonde noodzaak en de twijfelachtige doeltreffendheid van een dergelijke ingrijpende maatregel. De Warenwet kent de mogelijkheid met het oog op de volksgezondheid toevoegingen aan levensmiddelen verplicht te stellen, doch onder strikte voorwaarden en met een vrijstellingsbepaling. Hoewel zij aan modernisering toe is, onder andere met het oog op het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en vereiste van een behoorlijke procesgang), kent de besmettelijke ziektewetgeving een aantal mogelijkheden tot verplichte maatregelen bij de individu, doch daarvan wordt spaarzaam gebruik gemaakt. Dit neemt niet weg dat de aandacht voor verplicht te stellen beperkende maatregelen in verband met overdraagbare besmettelijke ziekten zal toenemen onder invloed van de vrije verkeersdoeleinden van de Europese Unie (toerisme, zakenreizen) en de intergouvernementele samenwerking (Justitie en Binnenlandse zaken) gericht op het vreemdelingenbeleid. Uitbreiding van de huidige lijst van ziekten of gebreken op grond waarvan toelating van onderdanen uit andere lidstaten of van buiten de Europese Unie kan worden geweigerd, is verre van ondenkbaar. Dit kan vervolgens leiden tot de druk verdergaande beperkingen in de vreemdelingenwet in te voeren op titel van bescherming van de volksgezondheid in plaats van de besmettelijke ziektewetgeving te gebruiken. De te verwachten intensivering van toezicht op en controle van infectieziekten in de Europese Unie zal druk op de privacy en lichamelijke integriteit tot gevolg hebben. Bij de herziening van de besmettelijke ziektewetgeving moet hier een passend antwoord op worden geven.

Bevordering door de wetgever

Geen preventie zonder aansturing: gemeenten zijn ingevolge de Wet collectieve preventie volksgezondheid van 1990 verplicht zorg te dragen voor de totstandkoming van, continuïteit in en afstemming van activiteiten op het terrein van de collectieve preventie, met inbegrip van uitvoerende verantwoordelijkheden voor de infectieziektebestrijding (waaronder de preventie van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen) en ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg. De wet beoogt een structuur- en financieringskader te bieden voor de bewaking en bevordering van de gezondheid voorzover daarbij sprake is van collectieve vraagstukken en om een brug te slaan tussen collectieve preventie en curatieve gezondheidszorg. Bekostiging van in de wet aan de gemeenteraad opgedragen taken verloopt via het gemeentefonds. De overheid kan initiërend en stimulerend optreden via specifieke uitkeringen. Epidemiologie neemt in de wet een belangrijke plaats in. Zonder gezondheidsgegevens heeft de gemeenteraad onvoldoende inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking en kan deze onvoldoende inspelen op reële behoefte aan activiteiten op het vlak van collectieve preventie. De wet gaat uit van vrijwilligheid bij de gegevensverstrekking, zij het dat deze bij Algemene Maatregel van Bestuur verplicht kan worden gesteld. Vanwege het open karakter van deze mogelijkheid zal het de verstrekking van gegevens in niet tot de persoon herleidbare vorm moeten betreffen. Duidelijkheid hieromtrent is uit een oogpunt van privacy-bescherming van de individu geboden. Dit mede gelet op de geheimhoudingsplicht van hulpverleners in de gezondheidszorg en de toekomstige wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, die - behoudens wettelijk voorschrift - uitgaat van het principe van toestemming bij verstrekking van medische persoonsgegevens aan derden.

De wet geeft een juridische basis aan gemeentelijke gezondheidsdiensten en formuleert enkele minimumeisen. Bij invoering van het bij de Tweede Kamer aanhangige wetsvoorstel kwaliteit van zorginstellingen ligt het uit een oogpunt van overzichtelijkheid, uniformiteit en daardoor betere kwaliteitsgaranties voor de hand deze diensten onder het regime van die wet te brengen. De evaluatie van de wet (1993) geeft hiertoe alle aanleiding: geconstateerde niveauverschillen en diversiteit in taakvervulling zijn niet alleen terug te voeren op lokale omstandigheden. Ook de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, eveneens aanhangig bij de Tweede Kamer, zou van toepassing moeten zijn. Zonder complementaire wetgeving ➡

kan de wet niet effectief zijn op het punt van medewerking vanuit private instellingen en personen aan activiteiten in het kader van collectieve preventie. Zo is bijvoorbeeld een regeling in de wettelijke (basis)verzekering ziektekosten nodig om te voorkomen dat er door gebrekkige financieringsmogelijkheden belemmeringen ontstaan voor continuïteit van essentieel geachte vormen van preventieve zorg.

Bescherming door wetgever

Geheel anders van aard is de Wet bevolkingsonderzoek (1992). Deze wet is bedoeld om de bevolking te beschermen tegen gevaren voor de gezondheid inherent aan bepaalde vormen van bevolkingsonderzoek. Wettelijke garanties voor de naleving van essentiële regels van medisch handelen, voor het in acht nemen van rechten van de patiënt en voor de validiteit van de gehanteerde methoden in termen van veiligheid, doeltreffendheid en doelmatigheid moeten de bevolking bescherming bieden. Hiertoe is bij bevolkingsonderzoeken te meer aanleiding omdat er geen klacht is, geen patiënt en geen verzoek om hulp. Bevolkingsonderzoek kan diep ingrijpen in de persoonlijke levenssfeer en kan maatschappelijke consequenties hebben voor de betrokkene. De wettelijke definitie van bevolkingsonderzoek is ruim: ieder aanbod van geneeskundig onderzoek aan (een categorie van) de bevolking, gericht op het (mede) ten behoeve van de te onderzoeken persoon opsporen van bepaalde soort ziekten of risico-indicatoren. Het hoeft niet om een gezondheidsbelang te gaan, ook een algemeen aanbod van medisch onderzoek voor een gezondheidsverklaring voor rijbewijs, werk of verzekering kan er onder vallen. Een ander voorbeeld is een aanbod van een werkgever voor een door een bedrijfsgeneeskundige dienst te verrichten medische check-up. Niet onder de wet valt het medisch onderzoek als onderdeel van een sollicitatieprocedure of van de risico-inschatting ter verkrijging van een verzekering: het element van aanbod ontbreekt. Andere voorbeelden van onderzoek die onder de definitie vallen zijn prenatale screening naar het syndroom van Down en de triple-test. Overigens is de afbakening tussen preventief onderzoek in het kader van een individueel hulpverleningsproces en een bevolkingsonderzoek met een programmatisch karakter (bijvoorbeeld screening voor een stofwisselingsziekte) niet steeds helder. Op zichzelf is dit niet zo bezwaarlijk. Een ruimhartige toepassing van de wet is in het belang van de consument.

De wet kent een vergunningenstelsel voor bepaalde vormen van potentieel risicovol onderzoek. Het betreft thans (uitbreiding via een spoedprocedure is mogelijk) onderzoek met behulp van ioniserende straling, bevolkingsonderzoek naar kanker en onderzoek naar ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is, in welk geval slechts in bijzondere omstandigheden een vergunning zal worden verleend. Dit laatste is een inperking van de mogelijkheid van bevolkingsonderzoek die zeker te rechtvaardigen is als men denkt aan voorspellend genetisch onderzoek dat informatie oplevert over een later te ontwikkelen ernstige niet behandelbare ziekte of aandoening. In dat licht is het wetsvoorstel Keuringen van D66 evenzeer consequent: waar het gaat om bescherming van essentiële individuele rechten is er geen aantoonbare reden voor betere bescherming van de individu bij bevolkingsonderzoek dan bijvoorbeeld bij medisch onderzoek voorafgaande aan een verzekering die voor het maatschappelijk functioneren voor betrokkene van belang is. Het vrijheidselement tot deelname aan dergelijk onderzoek ontbreekt vrijwel. Voor zover prenataal onderzoek naar een ernstige afwijking onder de wet valt, met als optie zwangerschapsafbreking, is discussie mogelijk over vergunningverlening. Een enge interpretatie van 'behandeling of preventie' (met uitsluiting van zwangerschapsafbreking), zoals tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel naar voren is gebracht, ligt mijns inziens niet voor de hand, is juridisch minder juist en zou onnodig tot problemen aanleiding kunnen geven. Zowel de onderzoeksmethode als de uitslag moet uiteraard wel worden getoetst op risico voor de individu. Doorslaggevend criterium bij de beoordeling van een verzoek om vergunning is dat het te verwachten nut van het onderzoek moet opwegen tegen de risico's voor de gezondheid (inclusief de geestelijke) van de te onderzoeken persoon. Overige criteria zijn dat het bevolkingsonderzoek moet voldoen aan wetenschappelijke maatstaven en in overeenstemming moet zijn met wettelijke regels voor medisch handelen. Beide criteria lijken vanzelfsprekend, behoren tot de professionele standaard en tot de plicht te handelen als goed hulpverlener. Ook zonder die bepaling zijn de beroepenwetgeving en de regels met betrekking tot de rechten van de patiënt van toepassing.

Bevolkingsonderzoek met alleen een wetenschappelijk oogmerk valt niet onder de wet. Te denken valt aan epidemiologisch onderzoek met eerder voor een bepaald doel afgenomen en bewaard gebleven lichaamsmateriaal. Is er sprake van vergunningplichtig bevolkingsonderzoek dat tevens wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de geneeskunst is, dan is er de mogelijkheid nadere eisen te stellen aan informatie, toestemming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Betreft het bijvoorbeeld geneeskundig onderzoek in het kader van een epidemiologisch onderzoek dat mede in het belang van de deelnemer is, waarbij de testuitslag in principe aan betrokkene wordt medegedeeld, dan valt het onderzoek onder de wet. Groot voordeel van deze ruime werkingssfeer is dat een preventieve toetsing bij vergunningplichtig onderzoek voorkomt dat individuen onder drang deelnemen aan een bevolkingsonderzoek waarbij belangen van wetenschappelijk onderzoek een rol spelen, maar waarvan de deelnemers eerder nadan voordeel kunnen hebben. Betreft het een vergunningplichtig bevolkingsonderzoek met daaraan gekoppeld wetenschappelijk onderzoek in de zin van de toekomstige Wet medische experimenten, dan is alleen de Wet bevolkingsonderzoek van toepassing. Dit is uit een oogpunt van vermijding van een dubbel toetsingsregime en ter bevordering van eenheid in beleid bij vergunningplichtig bevolkingsonderzoek een juiste keuze. Daarnaast zouden evenwel de bepalingen inzake de rechtspositie van de proefpersoon in de Wet medische experimenten bij invoering daarvan onverkort van toepassing moeten worden verklaard.

De Wet bevolkingsonderzoek biedt een afgewogen regeling ter bescherming van de bevolking tegen ondeugdelijk onderzoek. Het zal afhangen van het vergunningenbeleid of deze bescherming in de praktijk daadwerkelijk vorm krijgt. •

mw prof.mr H.D.C. Roscam Abbing,
hoogleraar gezondheidsrecht, Rijksuniversiteit Utrecht

Literatuurlijst

Dute JCJ. De wetgeving ter bestrijding van infectieziekten. Nijmegen: Ars Aqui Libri, 1994.

Leenen HJJ. Maatschappelijke en ethisch-juridische aspecten van bevolkingsonderzoek. Stichting toekomstbeeld der techniek. Techniek en preventief onderzoek 1973; 4: 33-9.

Gevers JKM. Gemeentebestuur en openbare gezondheidszorg: de Wet collectieve preventie gezondheidszorg. De Gemeentestem no. 6957: 8-12.

Gevers JKM. Wet op het Bevolkingsonderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd 1994: 729-31.

Roscam Abbing HDC. Voorkomen is beter dan genezen. In: Terugblik en vooruitzien, vijf jaar vakgroep gezondheidsrecht. Rijksuniversiteit Limburg. Serie onderzoeksrapporten 1987; (4): 1-15.

Roscam Abbing HDC. (Collectieve) preventie, regelgeving en de rechtspositie van het individu. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1991; (6): 338-49.

Smid H. Naar een wettelijke regeling voor bevolkingsonderzoek. Medisch Contact 1990; 45 (1): 9-10.

AIDS en bloedtransfusie

Tien jaar ontmoedigingsbeleid in Noord-Nederland

A.P.M. Los, A.H. de Vries, H.J.C. de Wit en C.Th. Smit Sibinga

Na ruim tien jaar 'ontmoedigingsbeleid' en acht jaar anti-HIV-tests op donorbloed met het oog op een veilige bloedtransfusiepraktijk bekijken de bloedbanken in Groningen en Friesland of dat beleid heeft gewerkt.

BEGIN JAREN TACHTIG werd duidelijk dat het AIDS-virus (HIV) via bloed overdraagbaar is. Het werd daarom noodzakelijk bloeddonors te informeren over AIDS en de risicofactoren die een rol spelen bij de overdracht van het virus om de veiligheid van de bloedtransfusietherapie voor patiënten te kunnen waarborgen. Donors bij wie er sprake is van een risicofactor wordt daarom sinds 1983 dringend verzocht van het geven van bloed af te zien en zich als donor te laten uitschrijven: het zogeheten ontmoedigingsbeleid.

Het verzoek zich te laten uitschrijven kan op uiteenlopende wijze aan een donor worden gericht. De bloedbanken in Nederland kunnen beschikken over voorlichtingsmateriaal, uitgegeven door de Federatie van Nederlandse Rode Kruis Bloedbanken. Dit kan worden gebruikt om donors te informeren of kan (inhoudelijk) als basis dienen voor het ontwerpen van eigen voorlichtingsmateriaal. Bloedbanken zijn in principe vrij in de keuze van de vormgeving van hun voorlichtingsmateriaal en de wijze waarop zij de donors informeren. De Bloedbank Friesland gebruikt sinds april 1983 voor het informeren van donors over risicofactoren een folder met de letterlijke tekst van de folder van de federatie, echter met een vormgeving in huisstijl. De donors bij de Bloedbank Groningen-Drenthe krijgen sinds april 1983 voorlichting door middel van een informatiebrief waarin de risicofactoren voor overdracht van HIV worden genoemd. Zowel de folder bij de Bloedbank Friesland als de informatiebrief bij de Bloedbank Groningen-Drenthe worden vóór donatie persoonlijk aan de donor overhandigd met het verzoek de inhoud goed door te lezen.

Vanaf medio mei 1985 wordt elke bloeddonatie getest op antistoffen tegen het AIDS-virus. Ook hierover wordt bij de beide noordelijke bloedbanken de bloeddonor voorafgaand aan de donatie geïnformeerd.

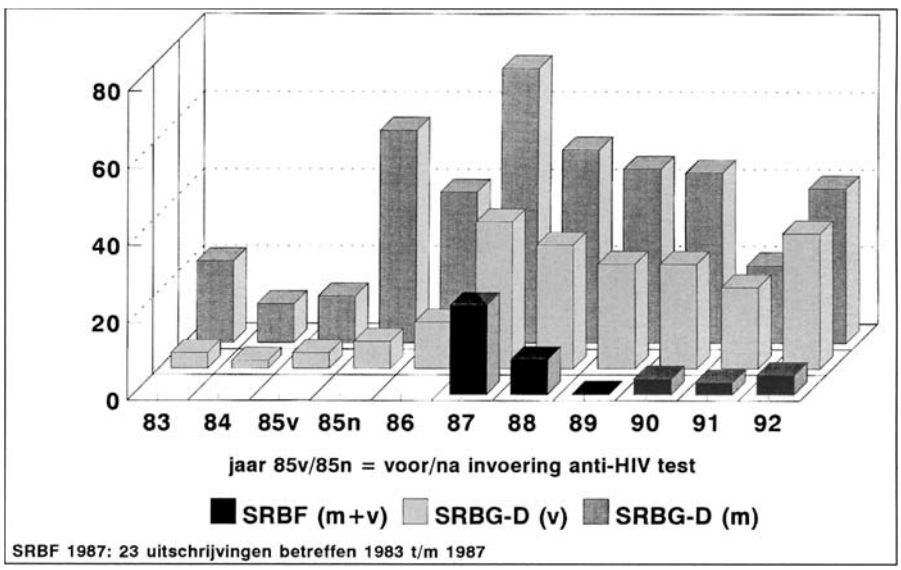
Resultaten ontmoedigingsbeleid

Van april 1983 tot medio mei 1985

In deze periode kon het donorbloed nog niet worden getest op anti-HIV. Een dringend verzoek aan donors met een risicofactor om geen bloed te geven was dus het enige middel om overdracht van het AIDS-virus via donorbloed te voorkomen. In deze periode hebben zich bij de Bloedbank Groningen-Drenthe 53 donors (43 mannen, 10 vrouwen) laten uitschrijven vanwege een risicofactor *(figuur 1)*. Deze donors hebben expliciet aangegeven dat er sprake was van een risicofactor. Verder is er in deze periode een aanzienlijk aantal (meer dan duizend donors) uitschrijvingen geweest op eigen verzoek van de donor zonder dat er een reden werd genoemd. Mogelijk waren bij deze groep ook donors bij wie sprake was van een risicofactor, maar dit is achteraf niet aan te tonen. Het is wel opvallend dat het aantal donors dat (per jaar gezien) zich bij de Bloedbank Groningen-Drenthe heeft laten uitschrijven op eigen verzoek en zonder opgaaf van reden in de jaren '83-'85 beduidend hoger is geweest dan het aantal in de jaren '86-'93 (niet in de figuur weergegeven).

Bij de Bloedbank Friesland zijn de redenen van de uitschrijvingen in deze periode niet in detail bijgehouden. De donors konden zich zonder opgaaf van reden laten uitschrijven. Er was in de periode '83-'85 bij de Bloedbank Friesland overigens geen sprake van een opvallend groot aantal uitschrijvingen.

Figuur 1. Uitgeschreven vanwege risicofactor SRBG-D en SRBF, 1983-1992.



SRBF 1987: 23 uitschrijvingen betreffen 1983 t/m 1987

Van mei 1985 tot heden

Medio mei 1985 is bij de Bloedbank Groningen-Drenthe en de Bloedbank Friesland de anti-HIV-test in gebruik genomen. Elke donatie wordt sindsdien getest. Informatie over de anti-HIV- test is opgenomen in het informatiemateriaal van beide bloedbanken.

Bij de Bloedbank Groningen-Drenthe is er na de invoering van de test een aanzienlijke toename geweest van (mannelijke) uitschrijvingen vanwege een risicofactor (figuur 1, 85n). Over de periode 1986 en later was het aantal uit-

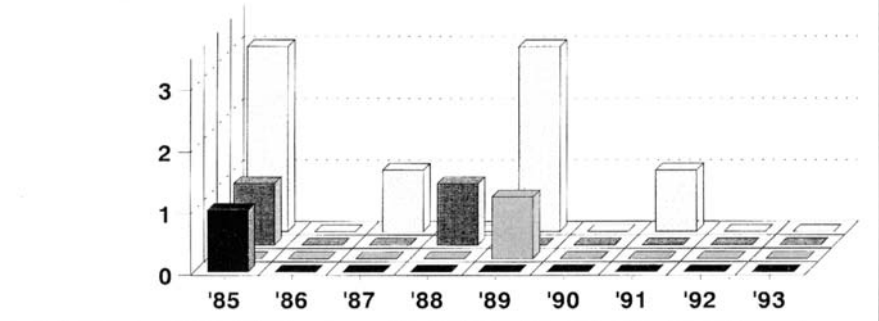
schrijvingen vanwege een risicofactor bij deze bloedbank hoger dan bij de Bloedbank Friesland, alhoewel er bij beide sprake was van een enigszins dalende lijn.
Bij de Bloedbank Friesland zijn de uitschrijvingen vanwege een risicofactor eerst vanaf 1987 in getal bijgehouden. Van 1983 tot en met 1987 betrof het 23 uitgeschreven donors.

Testresultaten anti-HIV

Mei 1985 tot heden

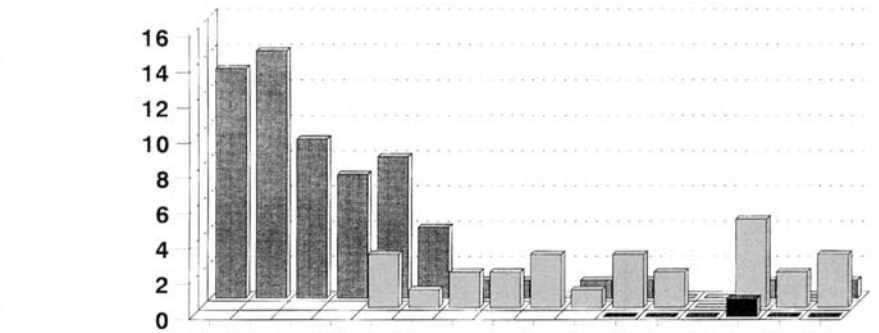
In het eerste testjaar (1985) zijn bij de Bloedbank Groningen-Drenthe vier donaties anti-HIV-positief bevonden (*figuur 2*). Het betrof drie (2m, 1v) actieve donors (act) en één nieuwe aanmelding (nw). De desbetreffende donors zijn over deze testuitslag in een persoonlijk gesprek geïnformeerd en voor verdere consultatie naar hun huisarts verwezen.
Bij de Bloedbank Friesland bleek in het eerste testjaar (1985) één persoon (man) die zich als nieuwe donor had aangemeld bij de donorkeuring anti-HIV-positief te zijn. Deze persoon heeft echter nooit daadwerkelijk bloed gegeven. Toen de bloedbank hem wilde informeren over de testuitslag, bleek het opgegeven adres onjuist te zijn en was de persoon niet meer te traceren. Het aantal positief gevonden donaties blijft zeer laag.
Bij de Bloedbank Groningen-Drenthe werd in 1987 één anti-HIV- positieve donatie gevonden. Het betrof een mannelijke donor die vóór de invoering van het ontmoedigingsprogramma en de anti-HIV-test voor het laatst had gegeven. In 1988 werd één donatie positief bevonden. Het betrof een jonge vrouwelijke donor die zich voor het eerst aanmeldde en tevoren geen bloed had gegeven. Er bleek achteraf sprake te zijn van een risicofactor bij de partner.
In 1989 zien we bij de Bloedbank Groningen-Drenthe drie positieve donaties (seroconversies) van actieve donors (act). Het betrof hier drie mannelijke donors, bij wie achteraf sprake was van een duidelijk aantoonbare risicofactor die door de donors echter niet als zodanig is opgevat en niet door hen werd aangegeven tijdens of na de keuring. Alle drie waren reeds langere tijd donor en tevoren negatief in de anti-HIV- screeningstests. Onderzoek naar een mogelijke besmetting van voorgaande donaties heeft geen aanwijzingen voor overdracht van HIV opgeleverd.
In 1989 werd de eerste en tot op heden enige positieve donatie bij de Bloedbank Friesland aangetoond. Het betrof een seroconversie van een jonge vrouwelijke donor van wie eerdere donaties níet positief waren bevonden.
In 1991 is bij de Bloedbank Groningen-Drenthe één positieve donatie aangetoond: een tevoren seronegatieve bekende mannelijke donor bij wie anamnestisch geen risicofactoren konden worden vastgesteld.

Figuur 2. HIV-positieve donors SRBG-D en SRBF '85-'93 (gemiddeld respectievelijk 59.000/ 40.000 donaties per jaar).



	'85	'86	'87	'88	'89	'90	'91	'92	'93
SRBG-D (act)	3	0	1	0	3	0	1	0	0
SRBG-D (nw)	1	0	0	1	0	0	0	0	0
SRBF (act)	0	0	0	0	1	0	0	0	0
SRBF (nw)	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Figuur 3. HBsAG-positieve donors SRBG-D en SRBF '78-'93 (gemiddeld respectievelijk 59.000/ 40.000 donaties per jaar).



	'78	'79	'80	'81	'82	'83	'84	'85	'86	'87	'88	'89	'90	'91	'92	'93
SRBG-D (act)	13	14	9	7	8	4	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1
SRBG-D (nw)					3	1	2	2	3	1	3	2	0	5	2	3
SRBF											0	0	0	1	0	0

HIV-besmette donaties

Van mei 1985 tot en met 1993 zijn bij de Bloedbank Groningen-Drenthe ruim 540.000 donaties getest. In totaal zijn 10 bevestigd positieve testresultaten gevonden, waarvan 4 seroconversies. Dit betekent dat de totale incidentie 0,0018% bedraagt; de seroconversie-incidentie bedraagt 0,0007%. In deze periode zijn per jaar ruim 90.000 eenheden bloedprodukten getransfundeerd, afkomstig van gescreende donaties. Over de periode mei 1985 tot en met 1993 gaat het om meer dan 750.000 getransfundeerde eenheden. Van deze bloedprodukten is vanuit de klinieken géén terugrapportage geweest betreffende vastgestelde besmettingen.
Bij de Bloedbank Friesland gaat het om ruim 225.000 geteste donaties over die periode. De totale incidentie (tevens seroconversie incidentie) bedraagt ➡

0,0004%. Het aantal bloedprodukten afkomstig van deze gescreende donaties bedraagt meer dan 400.000. Ook van deze getransfundeerde eenheden is er géén terugrapportage geweest betreffende vastgestelde besmettingen.

HBsAg-testresultaten

Omdat pas in 1985 kon worden beschikt over een anti-HIV- test zijn er geen gegevens bekend over de prevalentie van HIV-besmetting onder de donorpopulatie voor die tijd. Het is daarom niet mogelijk de prevalentie van HIV-besmetting in de donorpopulatie vóór de invoering van het ontmoedigingsbeleid te vergelijken met die ná invoering. Het is derhalve ook niet mogelijk het effect van het ontmoedigingsbeleid op de prevalentie van HIV in de donorpopulatie getalsmatig te onderbouwen.

Omdat er echter sinds 1983 op seksueel risicogedrag is gewezen (ontmoedigingsbeleid) is het interessant na te gaan hoe het verloop is geweest van de testresultaten van een andere test op een virale besmetting die seksueel overdraagbaar is (SOA), namelijk die op HbsAg (hepatitis B-virusbesmetting). Deze resultaten zijn al vanaf 1978 geregistreerd bij de Bloedbank Groningen-Drenthe; ze zijn weergegeven in *figuur 3*.

Hier is duidelijk een drastische afname te zien van het aantal aangetoonde besmettingen na 1983, het jaar waarin het ontmoedigingsbeleid van kracht werd. Deze gegevens maken het aannemelijk te veronderstellen dat het ontmoedigingsbeleid ook heeft geresulteerd in een afname van HIV-prevalentie onder de donorpopulatie, die uiteindelijk heeft geleid tot het betrekkelijk lage prevalentiecijfer na de invoering van de anti-HIV-test in mei 1985.

Bij de Bloedbank Friesland is over de jaren '88 tot en met '93 slechts sprake van één positieve HbsAg-test.

Discussie

Wanneer de resultaten van het ontmoedigingsbeleid (figuur 1) en de testresultaten van zowel de anti-HIV-test als van de HbsAg-test (figuren 2 en 3) naast elkaar worden gelegd, dan lijkt het ontmoedigingsbeleid het prevalentiecijfer van anti-HIV in de donorpopulatie in gunstige zin te hebben beïnvloed, alhoewel het effect van het ontmoedigingsbeleid niet exact is vast te stellen door het ontbreken van gegevens vóór de invoering van de anti-HIV-test.

Het ontmoedigingsbeleid moet nog steeds worden gezien als een noodzakelijke beleidsmaatregel van bloedbanken om de basis te leggen voor een veilige bloedtransfusiepraktijk. Door het bestaan van een tijdsperiode dat besmetting met HIV nog niet aantoonbaar is met de anti-HIV test - 'window-fase' - is het ontmoedigingsbeleid beslist niet overbodig.

Uit de gepresenteerde resultaten blijkt verder dat de bloedbank bij de uitvoering van het ontmoedigingsbeleid moet blijven streven naar verbetering van de informatie aan de donor. Het is immers achteraf niet na te gaan of de informatie betreffende risicofactoren door donors bewust is genegeerd of ontkend, dan wel of de informatie verkeerd is geïnterpreteerd c.q. verkeerd is begrepen. De informatie moet duidelijk en eenduidig zijn. Daarnaast moet de donor door de informatie bewust worden gemaakt van de eigen verantwoordelijkheid voor de veiligheid van de bloedtransfusiepraktijk. Als er sprake is van een risicofactor, moet dit zonder meer leiden tot het stoppen met het geven van bloed.

Het ontmoedigingsbeleid moet nog steeds worden gezien als een noodzakelijke beleidsmaatregel om de basis te leggen voor een veilige bloedtransfusiepraktijk

Conclusies

Een zorgvuldig uitgevoerd ontmoedigingsbeleid met adequate informatie aan de donor, gecombineerd met de anti-HIV-test op het donorbloed, is vooralsnog de beste garantie die de bloedbanken kunnen bieden aan de ontvanger van bloedprodukten: de patiënt.

Uit de gepresenteerde gegevens blijkt dat het ontmoedigings- en testbeleid heeft geresulteerd in de verstrekking van veilige en verantwoorde bloedprodukten ten behoeve van de bloedtransfusiepraktijk. •

A.P.M. Los,

A.H. de Vries,
Stichting Rode Kruis Bloedbank Groningen-Drenthe

H.J.C. de Wit,
Stichting Rode Kruis Bloedbank Friesland

C.Th. Smit Sibinga,
Stichting Rode Kruis Bloedbank Groningen-Drenthe

P R A K T I J K P E R I K E L

Ingehouden

Een meisje van 15 jaar wordt naar de gynaecoloog in het academisch ziekenhuis verwezen met verdenking op een steeldraai van een ovariumcyste. Bij de operatie wordt deze diagnose bevestigd en wordt de cyste verwijderd. Patiënte wordt na de opname door de huisarts thuis bezocht; ze maakt het weer prima. Enige maanden later krijgt de huisarts een kopie van een brief van een homeopathisch arts aan de gynaecoloog. "Na uw verwijzing zag ik uw patiënte met persisterende buikpijnklachten ... Ik gaf haar colocynthis 200K 2 korrels. Dit is een middel bij buikklachten, met name bij ovariumcystes en tevens bij aangezichtspijn, beide veroorzaakt door ingehouden ergernis." De betrokken specialist gebeld. Hij had haar niet verwezen. "Maar, collega, u weet hoe dat gaat. Ik had haar niets meer te bieden en de moeder bleef aandringen op verdere maatregelen en toen heb ik natuurlijk alternatieven zoals acupunctuur en homeopathie ter sprake gebracht." Misschien is het schrijven van een praktijkperikel wel een goede methode om geen last te krijgen van mijn ingehouden ergernis. Mijn verbijstering is er niet minder door geworden; zouden wij echt allemaal dezelfde basisopleiding hebben gevolgd?

Korte door artsen geschreven signalementen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie.

Jeugdgezondheidszorg

Een vak apart

J.F. Meulmeester,
M.L. van Weert-Waltman,
F.I.M. Pijpers en H. Brouwer

Voor een effectief preventiebeleid is samenwerking noodzakelijk van de jeugdgezondheidszorg met de eerste en tweede lijn. Erkennen van elkaars deskundigheid is hierbij een voorwaarde.

HET IS OPMERKELIJK dat anno nu preventie nog steeds wordt gezien als een verlengstuk van de curatie, terwijl theoretisch gezien het omgekeerde meer voor de hand zou liggen. Zo constateren Bangma en Haartsen,[1] dat GGD's en huisartsen een soortgelijke taakstelling hebben ten aanzien van preventie. Individuele preventie kan daarom worden uitgevoerd door huisartsen, waardoor GGD's zich kunnen beperken tot het verzamelen en beschikbaar stellen van epidemiologische gegevens en zo nodig voorlichting geven. In het bijzonder ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg komen Bangma en Haartsen tot krasse uitspraken. Zij stellen dat de directe individuele contacten het best kunnen worden verzorgd door wijkverpleegkundigen, die daarover rapporteren aan huisartsen. Eens in de zoveel jaar controleert de huisarts het werk van de verpleegkundigen door kinderen zelf te onderzoeken. Op deze wijze kan de jeugdarts zich bezighouden met epidemiologie, waarbij het onduidelijk is over welke gegevens kan worden beschikt en waar deze vandaan komen.
Een dergelijke innoverende gedachte over samenwerking in de jeugdgezondheidszorg lijkt meer te berusten op de wens de huisarts de centrale figuur van onze gezondheidszorg te laten zijn dan op een onderbouwde visie op volksgezondheid, sociale geneeskunde in het algemeen en de jeugdgezondheidszorg in het bijzonder. Daarnaast lijkt de integrale geneeskunde, waarbij het zieke individu in relatie tot zijn omgeving (gezin, werk en dergelijke) wordt beschouwd en aan het bedrijven waarvan de huisarts - terecht - behoefte zou hebben, te worden verward met de sociale geneeskunde, waarbij de wisselwerking tussen groepen mensen en hun omgeving centraal staat voor zover die relevant is voor hun gezondheid.[2,3] In het laatste geval gaat het om gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming van in principe groepen gezonde mensen en betreft het een ongevraagd aanbod van preventieve activiteiten. Wat betekent dit voor de inhoud en organisatie van de jeugdgezondheidszorg?

Jeugdgezondheidszorg

'Jeugdgezondheidszorg' is een begrip dat wordt gebruikt zowel voor het systeem van preventieve gezondheidszorg voor kinderen en jongeren als voor één van de taken van de sociale geneeskunde. De jeugdgezondheidszorg als systeem heeft als doel jeugdigen van 0 tot 24 jaar en hun ouders zodanig te ondersteunen, dat die jeugdigen zich lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk optimaal kunnen ontwikkelen om als kind en volwassene zo goed mogelijk te functioneren. Hierbij staat de eigen verantwoordelijkheid van jeugdigen en hun ouders voor de gezondheid centraal. De Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG) verwoordde deze doelstelling in haar beleidsplan;[4] in grote lijnen wordt zij ook onderschreven door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) en de Landelijke Vereniging voor GGD's (LVGGD).[5-7] De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) biedt hiertoe een wettelijk kader voor de jeugdigen van 4-19 jaar.[8] Samengevat is deze zorg gericht op het bevorderen van gezondheid, het voorkomen of vroegtijdig opsporen van afwijkingen, het bewaken en/of beveiligen van een gezonde ontwikkeling.
Het verwezenlijken van deze doelstelling vraagt om een actieve benadering, waarbij vele middelen beschikbaar zijn, zoals gezondheidsvoorlichting, oudercursussen, schoolgezondheidsbeleid, advisering, buurtnetwerken, individueel periodiek onderzoek, deelname aan de toelatings- en begeleidingscommissie in het speciaal onderwijs. Het gezondheidsbeleid dat in dit kader wordt gevoerd dient te zijn gebaseerd op inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking op basis van epidemiologisch onderzoek.[9]
Jeugdgezondheidszorg is een interdisciplinair zorgsysteem. In dit werkveld zijn artsen werkzaam naast en samen met vele andere disciplines, zoals gezondheidsvoorlichters, pedagogen, verpleegkundigen, epidemiologen en anderen. Jeugdgezondheidszorg betekent dan ook: samenwerking zowel binnen als buiten de gezondheidszorg. De uitvoering is nauw afgestemd op andere voorzieningen voor jeugdigen, zoals de jeugdhulpverlening en het onderwijs. Binnen de gezondheidszorg is afstemming tussen de jeugdgezondheidszorg, de eerste (huisartsen) en de tweede lijn (kinderartsen, Riagg-medewerkers en anderen) belangrijk om de continuïteit van zorg te garanderen. Dit wordt ook vanuit de wet gestimuleerd.[8,9] Het werk van de arts in de jeugdgezondheidszorg wordt dus gekenmerkt door begrippen als 'groepsgerichte benadering' (wijk/buurt, klas/school, leeftijdsgroep, groepen met soortgelijke problematiek), 'gestandaardiseerd werken', 'continuïteit en longitudinaliteit van zorg van individuele kinderen' en 'samenwerken'.

Samenwerking jeugdgezondheidszorg en curatieve zorg

Kijken we naar de samenwerking tussen artsen in de jeugdgezondheidszorg en huisartsen en kinderartsen ten behoeve van de continuïteit van zorg, dan liggen er veel mogelijkheden. De terugkoppeling van epidemiologische gegevens over kinderen naar huisartsen in een regio kan inzicht geven in de gezondheidsrisico's van de omgeving van kinderen in een bepaalde praktijk. Huisartsen en kinderartsen kunnen betrokken worden bij het ontwikkelen van protocollen voor het vroegtijdig opsporen van afwijkingen of bij andere gezondheidsinterventies. Vaak wordt bij het opstellen van een protocol het traject na het verwijzen, dus buiten de jeugdgezondheidszorg, onderbelicht. Het met elkaar eens zijn over verwijscriteria is een belangrijke voorwaarde om bij interventies vertraging te voorkomen. De lage organisatiegraad van huisartsen bemoeilijkt dit proces;[10] hierdoor worden initiatieven afhankelijk van het enthousiasme van enkele huisartsen en jeugdartsen. Zo kan er in sommige regio's veel ➡

schoons bloeien, terwijl er in andere nooit iets van de grond lijkt te komen.
Het elkaar deskundigheid betwisten bevordert de samenwerking niet. Ouders en kinderen betalen hiervoor de tol. De huisarts kan juist als deskundige op het gebied van de gezondheid van het gezin een belangrijke rol spelen in het vervolgtraject van preventie. Omgekeerd kan de informatie over de klas of school van de kant van de jeugdgezondheidszorg de huisarts of kinderarts ondersteunen bij de begeleiding van een ziek kind. Waarom zou een huisarts of kinderarts geen advies vragen aan een GGD, als hij bepaalde voorlichting of folders in zijn praktijk wil verspreiden? Helaas wordt dit laatste pad door huisartsen slechts incidenteel bewandeld.
Vanzelfsprekend heeft de huisarts een rol bij de case-finding, maar de systematische opsporing van ziekte(n) of afwijkingen behoort te gebeuren op het niveau van de bevolking, wil het effect hebben op de volksgezondheid. Het actief bereiken van nagenoeg alle individuen van een bepaalde bevolkingsgroep is daarvoor noodzakelijk. Zoals de huisarts zijn 'kunst' heeft in het genezen van het individu, zo behoort een instelling voor openbare gezondheidszorg haar 'kunst' te vinden in het maximale bereik van goed opgezette preventieprogramma's en het hierdoor gezondheidswinst behalen.
Voor dit laatste is niet alleen kennis van het individu voldoende, maar is kennis over (het gedrag) van bevolkingsgroepen essentieel. Preventieprogramma's mogen niet afhankelijk zijn van een geïnteresseerde beroepsbeoefenaar, maar moeten een integraal onderdeel zijn van een (landelijk) volksgezondheidsbeleid. Huisartsen en sociaal-geneeskundigen c.q. andere volksgezondheidsdeskundigen moeten daarbij wel de grenzen van hun eigen deskundigheid in het oog houden en over de wijsheid beschikken zo nodig anderen in te schakelen. Door vertrouwd te raken met elkaars deskundigheid, worden de grenzen van de eigen deskundigheid duidelijker en wordt samenwerking vanzelfsprekend.
In de curatieve geneeskunde zijn artsen vrij autonoom. Zij werken op grond van professionele bekwaamheid en professionele conventies. Artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg doen hun werk als werknemer van een publiek- of privaatrechtelijke organisatie. Zij hebben zich echter verbonden aan de doelstellingen van de organisatie waar ze werken. Deze organisatie is in beginsel verantwoordelijk voor de samenstelling en ontwikkeling van het takenpakket van de artsen die zij in dienst heeft. Prioriteiten in de jeugdgezondheidszorg worden in principe democratisch (door de maatschappij) bepaald.[11] De vraag naar kwaliteit maakt dat er op een heldere en welomschreven wijze verantwoording moet kunnen worden afgelegd. Daartoe dient er inzicht te zijn in de gezondheidstoestand van de bevolking en in de effectiviteit van maatregelen. Met het beperkter worden van de middelen wordt de vraag naar effectiviteit steeds stringenter gesteld. Wat wordt geboden zal onderbouwd moeten zijn en kan dus niet afhankelijk zijn van individuele beroepsbeoefenaren.[11]

De huisarts kan juist als deskundige op het gebied van de gezondheid van het gezin een belangrijke rol spelen in het vervolgtraject van preventie

Afstemming thuiszorg/ kruisorganisaties en GGD's

De ontwikkelingen in en rond de jeugdgezondheidszorg van de laatste jaren geven wel reden tot bezorgdheid over de financiering van de zorg, maar niet over de inhoudelijke onderbouwing van en het vormgeven aan de zorg. Juist deze laatste aspecten krijgen de laatste jaren veel aandacht.[6 10 12 13] De jeugdgezondheidszorg past zich aan veranderingen in de maatschappij aan, niet alleen naar inhoud maar ook naar vorm.[11] Het aanstaand overleg van de twee landelijke koepels, LVT en LVGGD, die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de zorg om te komen tot een basispakket jeugdgezondheidszorg waar elk kind in Nederland recht op heeft, moet in dit licht worden gezien. Nog niet eerder leken de voorwaarden voor afstemming en professionalisering van het werkveld zo gunstig, zowel op landelijk als op regionaal niveau.[14-16] De stap om te komen tot één programma voor heel Nederland voor de jeugdgezondheidszorg van 0- tot 19-jarigen lijkt steeds kleiner te worden. De essentie daarbij is dat er een actief aanbod van preventieve zorg is met garanties voor continuïteit dat zich richt op de gehele groep jeugdigen. Hierdoor kunnen bepaalde subgroepen met een verhoogd risico voor een omschreven gezondheidsprobleem die meer aandacht nodig hebben, worden geïdentificeerd. Voor een goede inschatting van het risico is het zien van het individu als deel van een groep essentieel.
In dit kader willen wij stilstaan bij de uitvoerende organisaties, in het bijzonder bij de secties Ouder- en Kindzorg van de thuiszorg/kruisorganisaties en de afdelingen Jeugd(gezondheids)zorg van GGD's. Verschillen tussen beide organisaties hangen voor een deel samen met de levensfase van doelgroep (thuiszorg/kruisorganisaties: jonge kinderen en hun ouders; GGD's: schoolgaande kinderen en adolescenten, in mindere mate ouders), maar ook met de voorgeschiedenis van de organisaties.[10] Zo ligt bij jonge kinderen meer de nadruk op het individuele onderzoek door de grotere kans op het opsporen van afwijkingen/ziekten die bepalend zijn voor de rest van het leven; denk aan congenitale heupluxatie of amblyopie. Bij de oudere jeugd is bijvoorbeeld het interveniëren op schoolniveau een meer geëigende aanpak om een ongezonde leefstijl te voorkomen. Juist deze overgang van een individugerichte naar een meer groepsgerichte benadering is een aanpassing aan de ontwikkeling van kinderen. In dit licht bezien is het ook vanzelfsprekend dat gezondheidsvoorlichting en epidemiologie meer ontwikkeld zijn binnen GGD's dan binnen de kruisorganisaties.
De voorgeschiedenis van de organisaties heeft daarnaast geleid tot andere verschillen. Zo staan de kruisorganisaties van oudsher meer een verpleegkundige benadering voor, een benadering waarin de medische discipline van ondergeschikt belang is. De GGD's, en daarvóór de schoolartsendiensten, zijn van oorsprong meer gedomineerd door de medische discipline. De ontwikkelingen van de laatste decennia hebben in beide organisaties geleid tot functionele substitutie, dat is: uit het geheel aan taken die aanvankelijk integraal door de arts werden uitgevoerd, worden taken geïsoleerd die beter of goedkoper door anderen kunnen worden gedaan.[11] In de jeugdgezondheidszorg voor jonge kinderen betreft deze substitutie vooral overdracht van taken van ➡

Preventieprogramma's, of het nu om vroege opsporing, voorlichting of beleidsadvisering gaat, dienen systematisch, gestructureerd, planmatig en dus programmatisch van opzet en uitvoer te zijn

artsen aan verpleegkundigen. In de GGD's betreft de substitutie naast verpleegkundigen ook andere disciplines, zoals voorlichtingsdeskundigen of epidemiologen. Bij sommige kruisorganisaties is onder meer door te ver doorgevoerde substitutie de medisch inhoudelijke inbreng tot een minimum gereduceerd.[10] Daarbij laten bovendien de kleine tot zeer kleine dienstverbanden van de consultatiebureau(huis)artsen weinig ruimte voor deskundigheidsbevordering. Hierdoor kan gemakkelijk de indruk ontstaan dat de jeugdgezondheidszorg er wel even kan worden bijgedaan. Dit leidt tot verkeerde conclusies over vakinhoud en organisatie.

Conclusie

Preventie is een taak van elke geneeskundige, ongeacht zijn werkplek. Case-finding, individuele gezondheidsvoorlichting en de omgeving van de patiënt mede in ogenschouw nemen is onderdeel van integrale geneeskunde. In het doorlopend traject van secundaire preventie speelt de curatieve zorg, met name de huisarts in de thuissituatie, een belangrijke rol. Preventie is echter meer: zij vraagt om een actieve gezondheidsbescherming en -bevordering.

Preventieprogramma's, of het nu om vroege opsporing, voorlichting of beleidsadvisering gaat, dienen systematisch, gestructureerd, planmatig en dus programmatisch van opzet en uitvoer te zijn. Een dergelijke systematische preventie kan alleen vanuit een organisatie worden geboden die daartoe de nodige (multidisciplinaire) deskundigheid in huis heeft. Inzicht hebben in de gezondheidstoestand van jongeren is meer dan het optellen van individuele onderzoeken of screenings. Gezondheidsbevordering is meer dan het geven van individuele voorlichting.

Samenwerking van de jeugdgezondheidszorg met de eerste en tweede lijn is een conditio sine qua non voor effectieve preventie, echter wel op voet van gelijkwaardigheid en met erkenning van elkaars rol en specifieke deskundigheid. •

dr J.F. Meulmeester, MPH,
jeugdarts-epidemioloog

M.L. van Weert-Waltman,

F.I.M. Pijpers,

H. Brouwer,
jeugdartsen

Literatuur

1.Bangma P, Haartsen AB. De GGD en de preventie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Medisch Contact 1994; 49: 331-3.

2.Rengelink H. Hebben sociaal-geneeskundigen een boodschap aan public health? Voordracht LVSG-congres Utrecht maart 1994.

3.Doeleman F, Zielhuis RL. Een afbakening van het veld van de sociale geneeskunde. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1969; 47: 527-9.

4.De jeugdgezondheidszorg in 2000. Beleidsplan 1990. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, 1990.

5.De ouder- en kindzorg binnen de thuiszorg. Een plan van aanpak voor de jaren 1992-2000. Beleidsnota. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1992.

6.Winter M de, Balledux M, Mare J. Jeugdgezondheidszorg tegen het licht. Den Haag: Vuga, 1992.

7.Lanphen WEN, Pijpers FIM, Wassenaar J. Zorgen voor jeugd. Den Haag: Vereniging Nederlandse Gemeenten, 1992.

8.Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Rijswijk: Staatsblad 1990: 300.

9.Besluit Collectieve Preventie Volksgezondheid. Staatsblad 1992: 569.

10.Meulmeester JF, Peters C. Jeugdgezondheidszorg: organisatie en inhoud. Leiden: NIPG, 1993.

11.Meulmeester JF, Pijpers FIM. Arts in de jeugdgezondheidszorg. Medisch Contact 1994; 49: 173-5.

12.Koning HJ de, Juttmann RE, Panman J, Verzijl JG, Meulmeester JF, Oortmarssen van GJ, Maas PJ van der. Kosteneffectiviteit in de jeugdgezondheidszorg: methoden en mogelijkheden. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus Universiteit, 1992.

13.Geenhuizen YM van, Ooijendijk WTM, Griffioen HP, Kastelein M, Davidse W, Meulmeester JF, Giessen JWG van, Lapré RM. De werking van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Utrecht: KPMG, 1993.

14.Wassenaar J. Zorgen voor jeugd, een zorg voor gemeente en GGD. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1992; 12: 736-8.

15.Burgmeijer RJF. Jeugdgezondheidszorg na een eeuw cesuur. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1992; 12: 738-41.

16.Verbrugge HP. Visie op de toekomst van de jeugdgezondheidszorg. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1992; 12: 741-4.

G E L E E T T E R D

Robert J. van den Bosch. Schizofrenie. Subjectieve ervaringen en cognitief onderzoek.
Bohn Stafleu Van Loghum Houten/ Zaventhem 1993. ISBN 90 313 1587 7. 242 blz. Prijs: f 59,50.

SCHIZOFRENIE STAAT IN de psychiatrie momenteel sterk in de belangstelling. Het ziektebeeld is nog steeds omgeven met een wolk van geheimzinnigheid. Aan die geheimzinnigheid doet Van den Bosch in zijn boek 'Schizofrenie' iets. Hij beschrijft de ziekte als een 'spectrumziekte' met vloeiende overgangen van bijna normaal tot zeer psychotisch. Daardoor wordt schizofrenie beter inzichtelijk en invoelbaar.

Als theoretisch uitgangspunt kiest de auteur voor de cognitieve psychologie. Geestelijk gezonde mensen grijpen voor hun dagelijks functioneren voor een belangrijk deel terug op een aantal cerebrale routineprocessen. Door een minder goed functionerend cognitief apparaat kunnen schizofrene patiënten dit minder goed. Zij zijn daardoor kwetsbaar voor een veeleisende omgeving.

In de eerste hoofdstukken beschrijft Van den Bosch de fenomenologie van het waarnemen, denken en gedrag van schizofrene patiënten. De hoofdstukken worden geïllustreerd met talrijke citaten van schizofrene 'ervaringsdeskundigen'.

De volgende hoofdstukken gaan over cognitieve ontregeling en de neurobiologie van schizofrenie. Zij zijn gebaseerd op uitkomsten van recent onderzoek en bieden daardoor de lezer de gelegenheid om zijn kennis over schizofrenie te actualiseren. De auteur gebruikt beeldend taalgebruik, bijvoorbeeld bij de beschrijving van negatieve symptomen: "Wat overblijft is een abstract bestaan, een leeg huis, waarvan de eigenaar zoek is." In het laatste hoofdstuk 'Leven met schizofrenie' verbreedt de auteur de basis. Bij schizofrenie gaat het niet alleen om biologische kwetsbaarheid, maar ook om sociaal-culturele factoren die van grote invloed zijn op het beloop van het ziektebeeld.

'Schizofrenie' is een boeiend boek dat de lezer vanuit de cognitieve psychologie een model aanreikt om schizofrenie te plaatsen en te verklaren. Het boek is toegankelijk voor de genteresseerde leek. Voor artsen, psychiaters en andere hulpverleners biedt het een gelegenheid om hun kennis rond schizofrenie te actualiseren. Na lezing van het boek kijkt men minder vreemd aan tegen de nog steeds als vreemde ziekte te boek staande schizofrenie.

F.A.M. Kortmann

F.W. Dekker. Asthma and COPD in general practice. Studies on the quality of care.
Dissertatie Rijksuniversiteit Leiden, 1993. 135 blz. (Te bestellen door overmaking van f 20,- op girorekening 4374216 t.n.v. F.W. Dekker te Leiden.)

ER IS EEN TIJD GEWEEST dat de wetenschappers uit de huisartsgeneeskunde weinig aandacht besteedden aan CARA. Die tijd ligt duidelijk achter ons. De proefschriften volgen elkaar in snel tempo op. Steeds meer klemt de vraag, wat 'het veld' nog van een nieuw onderzoek mag verwachten.
Dit proefschrift biedt op enkele punten 'meer van hetzelfde'. Er wordt weer eens vastgesteld dat het definiëren van astma niet meevalt, dat niet iedere patiënt de voorgeschreven medicatie goed inneemt, dat de huisarts de astmamedicatie wel eens te laag doseert, dat longfunctieafwijkingen en kwaliteit van leven nauwelijks statistisch samenhangen, enz. De stellingen bij het proefschrift vind ik melig en weinig informatief.
De studie naar onderbehandeling van astma zou moeten worden voorzien een 'houdbaarheidsdatum': het betreft een overdruk van een publikatie uit 1987. Gezien de recente ontwikkelingen lijkt dit deel van de studie mij niet meer relevant. Inmiddels zijn er immers jarenlang systematisch nascholingscursussen gegeven voor huisartsen (in opleiding), zijn er NHG-standaarden gepubliceerd, is er een consensus over astma bij kinderen verschenen, enz. Ik wacht daarom graag op nadere berichten uit recentere studies.
De winst van deze studie zit mijns inziens in het volgende: De bepaling van bronchiale allergie door middel van een Phadiatop-test blijkt heel bruikbaar te zijn voor de huisarts (publikatie uit 1990). Ook levert een simpele bepaling van de reversibiliteit bij bronchusobstructie nuttige informatie op. Bij een volwassene met een te lage piekstroom is een verbetering van meer dan 60 liter per minuut na inhalatie van een bèta-mimeticum een betrouwbare aanwijzing voor reversibiliteit. Deze twee resultaten zijn niet onverwacht; ze bevestigen dat de huisarts met eenvoudige middelen veel relevante informatie over de CARA-karakteristieken van een patiënt kan verzamelen. Als de genoemde winst door huisartsen massaal wordt 'binnengehaald', heeft het proefschrift een zeer nuttige functie vervuld. Lezing van het boek is dan niet persé nodig, tenzij u speciaal in het onderwerp bent geïnteresseerd.
De opzet van de studie is netjes, maar biedt weinig originele methodologische of vakinhoudelijke gezichtspunten. Dat laatste is overigens een eis die je ook niet aan ieder proefschrift mag stellen. Kortom: een net proefschrift met een aantal open deuren, maar ook een paar nuttige tips voor goede CARA-zorg in de huisartspraktijk.

M. de Haan

F. de Jonghe, J. Dekker, red. Ver van mijn bed. Het sociaal-psychiatrisch dienstencentrum: van theorie naar praktijk.
Van Gorcum, Assen 1993. 90 blz. ISBN 90-232-2851-0. Prijs f 25,-.

VER VAN MIJN BED VERWIJST naar de gedachte dat men er vaak beter aan doet de psychiatrische patiënt ver van zijn eigen bed te behandelen. Deze gedachte heeft tot de jaren zeventig in sterke mate de bouw van psychiatrische ziekenhuizen en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg bepaald.
Pas begin jaren tachtig zien we op verschillende plaatsen nieuwe gedachten ontstaan die juist zijn gebaseerd op continuïteit van behandeling. De patiënt moet bij voorkeur door dezelfde persoon ambulant en klinisch behandeld worden. Niet meer een opname ver weg staat centraal, maar zorg op maat doet zijn intrede.
In Dordrecht ontstaat dit model in aansluiting op de uitbouw van een PAAZ tot een keten van psychiatrische voorzieningen onder centrale regie. In Amsterdam wordt het *Amsterdamse model* gekozen, waarbij het zwaartepunt ligt bij ambulante wijkteams voor een regio van ongeveer 100.000 inwoners. Opname, preventie, integratie van intramurale, ambulante en semimurale zorg, optimale scheiding van behandeling, verzorging en huisvesting zijn de belangrijkste kenmerken. Het sociaal-psychiatrisch dienstencentrum wordt daarbij geïntroduceerd als de nieuwe voorziening. Gelijktijdig introduceert de overheid het begrip 'multifunctionele eenheid', waarmee dezelfde doelstellingen als in Dordrecht en Amsterdam worden nagestreefd.
Over de ervaringen in Amsterdam met deze nieuwe werkwijze wordt in elf hoofdstukken vanuit verschillende en vaak overlappende invalshoeken gereageerd. Een van de opmerkelijkste vernieuwingen, die het ook in Amsterdam goed doet, blijkt de opnamevervangende deeltijdbehandeling te zijn, ook wel genoemd: *bed op recept*. Zowel uit het oogpunt van continuïteit, dat van de voorkoming van opname als dat van zorg op maat wordt voldoende gescoord.
Een van de problemen betreft de cultuurverandering van instellingen en medewerkers. Nog steeds werken instellingen langs elkaar heen en pas zeer recent is daar beweging in gekomen. Voor de medewerkers van het grote psychiatrisch ziekenhuis in Santpoort waren de veranderingen het meest ingrijpend. Dit boek van nog geen 100 bladzijden geeft de geïnteresseerde leek en de beroepsgroep een goed beeld van dit veranderingsproces.

A.P.J. Höppener

J. de Haan, W.A. Meijboom, F.W. Dijkers. Handboek Praktijkvoering.
NHG/LHV Utrecht 1993. ISBN 90-71714-42-X. 216 blz. Prijs f 45,- (exclusief porto).

HET 'Handboek Praktijkvoering' is geschreven voor de gevestigde huisarts en voor de huisarts in opleiding. Onder praktijkvoering wordt verstaan: "de gehele ondersteuning van het directe arts-patiëntcontact, met uitzondering van het consult en de consultvoering zelf. Het gaat om de organisatorische en materiële randvoorwaarden waarmee de consultvoering kan plaatsvinden."
In het boek komen uiteenlopende onderwerpen aan de orde: de huisarts als ondernemer, algemeen management, bouw en inrichting praktijk, praktijkassistente, preventie, bereikbaarheid-beschikbaarheid, enz.
Het boek biedt de huisarts in opleiding een breed overzicht van aspecten die bij de praktijkvoering aan de orde komen. Voor de gevestigde huisarts zijn veel onderwerpen bekend. Veel nieuws zal het hem of haar dan ook niet bieden. Wel biedt het mogelijkheden om op systematische wijze bepaalde onderdelen van de praktijkvoering nog eens door te lichten. Bovendien geeft dit boek een snel overzicht van de beschikbare kennis, waarbij de verwijzingen in de kantlijn en de uitgebreide literatuurlijst een diepergaande oriëntatie mogelijk maken. •

H. Groenwold

Beschrijvingsbrief 211de Algemene Vergadering

K N M G

Beschrijvingsbrief voor de 211de Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst ,te houden op dinsdag 14 juni 1994, aanvang 17.30 uur, in Domus Medica, Lomanlaan 103, Utrecht (tel. 030-823911).

Agenda

I. Opening
II. Benoeming van een Commissie van Redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering
III. Inleiding van de voorzitter met betrekking tot actuele onderwerpen
- Onder andere stand van zaken Platform Curatieve Zorg, ingesteld na verschijnen van het rapport van de commissie-Biesheuvel

IV. Jaarverslag KNMG 1993
- Informatieve bespreking

V. Voortgangsrapportage met betrekking tot KNMG Code inzake beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens in het kader van de uitvoering van de sociale verzekeringswetten
- Informatieve bespreking

VI. Evaluatie nieuwe structuur KNMG: presentatie voortgangsrapportage door onderzoekers van de Katholieke Universiteit Nijmegen
- Besluitvormende bespreking

VII. Voordracht Raad van Beroep de heren dr A.P. Brinkhorst en J.D. Bom te benoemen tot lid respectievelijk plv. lid van de Raad van Beroep
- Besluitvormende bespreking

IX. Mededelingen van het Hoofdbestuur
X. Rondvraag
XI. Sluiting

Zie met betrekking tot het indienen van amendementen op bovenstaande agendapunten artikel 408 van het Huishoudelijk Reglement.

Toelichting

Agendapunt IV. Jaarverslag KNMG 1993

Het jaarverslag zal worden meegezonden met Medisch Contact nr. 21 van 27 mei 1994.

Agendapunt V. Voortgangsrapportage KNMG Code inzake beheer en verkeer sociaal-medische gegevens

Deze voortgangsrapportage vindt u hieronder.

Agendapunt VI. Evaluatie nieuwe structuur KNMG: voortgangsrapportage van onderzoekers van de Katholieke Universiteit Nijmegen

Een notitie hierover zal worden opgenomen in het Rapportenboekje voor de 211de Algemene Vergadering. De actuele stand van zaken zal tijdens de Algemene Vergadering op 14 juni 1994 door de onderzoekers worden gepresenteerd. Een samenvatting van de notitie zal worden opgenomen in Medisch Contact nr. 21 van 27 mei 1994.

Voortgangsrapportage Code inzake beheer en verkeer sociaal-medische gegevens

ad punt V Beschrijvingsbrief 211de Algemene Vergadering

Op 15 februari jl. heeft de Algemene Vergadering van de KNMG besloten (op een klein aantal redactionele aanpassingen na) in te stemmen met de KNMG-Code voor het beheer en verkeer van sociaal-medische gegevens in het kader van de uitvoering van de gewijzigde sociale verzekeringswetgeving. Voor de goede orde zij vermeld, dat de versie van de code zoals deze op 15 februari jl. aan de Algemene Vergadering is voorgelegd, is opgenomen in Medisch Contact nr. 3 van 21 januari 1994.

Besluitvorming door de Algemene Vergadering van de KNMG is nog gewenst over:

- De voorwaarden waaronder overdracht van gegevens kan plaatsvinden die betrekking hebben op *"beperkingen van de werknemer die werkhervatting blokkeren"* (Appendix onder punt 4, 3e asterisk bovenaan op blz. 100 van Medisch Contact nr. 3). Deze gegevenssoort is (voorlopig) uit de Appendix geschrapt op basis van besluitvorming in de Algemene Vergadering van 15 februari jl.

Toelichting

Dit gegeven was opgenomen in de bij de code behorende appendix, hetgeen impliceert dat voor verstrekking van dit gegeven door de arts van de arbodienst aan de bedrijfsvereniging in het kader van de ziekmelding van veronderstelde toestemming van de patiënt mag worden uitgegaan. Tijdens de Algemene Vergadering op 15 februari jl. is besloten dit gegeven in de appendix te schrappen, omdat het geen meerwaarde zou opleveren boven de andere in de appendix opgenomen gegevens (onder meer: 'functieaspecten die qua belasting werkhervatting van de werknemer blokkeren'). Schrappen van dit gegeven in de appendix impliceert, dat de arts van de arbodienst expliciete toestemming van de patiënt nodig heeft voor verstrekking aan de bedrijfsvereniging. Tijdens de Algemene Vergadering op 15 februari jl. is besloten over het al dan niet opnemen van dit gegeven in de appendix bij de KNMG-code definitief te beslissen op basis van het nadere advies van de Domuscommissie 'Artsen en Arbeidsongeschiktheid' ter zake, alsmede op het door de KNMG in december 1993 gevraagde advies aan de Registratiekamer inzake het al dan niet met veronderstelde toestemming van de patiënt kunnen verstrekken van de diagnose(code). Op 18 april jl. heeft de Domuscommissie 'Artsen en Arbeidsongeschiktheid' vastgesteld, dat gegevens die betrekking hebben op 'beperkingen van de werknemer die werkhervatting blokkeren' relevant zijn voor de bedrijfsvereniging om goed te kunnen beoordelen of een werknemer arbeidsongeschikt is, maar dat in samenhang met andere ontwikkelingen in de praktijk (zie hieronder) nog nader moet worden bezien of het gegeven rond de beperkingen van de werknemer weer in de appendix wordt opgenomen en derhalve zonder toestemming van de werknemer kan worden verstrekt aan de bedrijfsvereniging.

- Aanpassing van de bestaande KNMG-Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens aan de voorwaarden zoals deze binnen de diverse gegevenstrajecten in de KNMG-code zijn aangegeven. De wijze waarop deze

richtlijnen zou moeten worden aangepast is ook afhankelijk van het volgende punt:
- Voorstel voor een te wijzigen uitvoering van de gegevensuitwisseling tussen curatieve sector en arts van de arbodienst in het kader van 'open communicatie' (zie het voorstel voor 'open communicatie' in bijlage 2, (MC nr. 3/1994, p. 100), door de Algemene Vergadering op 15 februari jl. in opiniërende zin besproken).

Voorstel

Er is sprake van een aantal voor verdere besluitvorming over de KNMG-code relevante ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen zijn:
- De Registratiekamer is nog bezig met een rapport over de diagnose(code) dat rond mei 1994 gereed zal zijn.
- De besluitvorming van de LHV-ledenvergadering van 21 april jl. over de KNMG-code en het daarbij gevoegde voorstel voor 'open communicatie' tussen de arts van de arbodienst en de curatieve sector.
- Onder voorzitterschap van de Sociale Verzekeringsraad zal op zeer korte termijn een evaluatieonderzoek worden uitgevoerd over de momenteel in gebruik zijnde formulieren voor gegevensuitwisseling tussen arbodiensten en bedrijfsverenigingen (eindrapportage rond eind juni 1994) en de eventuele bijstelling van deze formulieren, gevolgd door een meer beleidsinhoudelijke discussie inzake consequenties van TZ/arbo en 'open communicatie', naar verwachting in september 1994.
- De werkgroep 'Open communicatie' van de begeleidingscommissie 'Artsen en arbeidsongeschiktheid' is bezig met het formuleren van aanbevelingen inzake de aan 'open communicatie' te stellen voorwaarden, waarvan afronding in juni/juli 1994 wordt verwacht.

De uitkomsten van deze ontwikkelingen zijn thans nog niet goed te overzien. In verband daarmee zou het hoofdbestuur de Algemene Vergadering willen voorstellen de besluitvorming over de KNMG-code niet op 14 juni 1994 af te ronden, maar op te schorten tot de volgende Algemene Vergadering, op 18 november a.s. Over de meeste van deze ontwikkelingen zal dan naar verwachting meer duidelijkheid bestaan en hierover kan dan ook integraal worden geadviseerd.

Convocatie Ledenvergadering 23 juni 1994

L S V

Convocatie voor de Ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging te houden op donderdag 23 juni 1994 om 19.15 uur in Domus Medica, Utrecht.

1. Opening en mededelingen
2. Goedkeuring notulen Ledenvergadering 24 maart 1994
3. Goedkeuring jaarverslag van de penningmeester over 1993
   - Verslag van de Geldmiddelencommissie over 1993
   - Goedkeuring van het jaarverslag annex decharge van de penningmeester
4. Goedkeuring jaarverslag van de secretaris 1992/1993
5. Voortgang werkzaamheden werkgroep Implementatie Herstructurering
6. Stand van zaken met betrekking tot het Platform Curatieve Zorg
   - voortgang werkzaamheden Platform Curatieve Zorg
   - mededelingen uit het Strategieteam
7. Mededelingen vanuit het Centraal Bestuur met betrekking tot een aantal actuele onderwerpen, zoals:
   - tarieven/overeenkomsten
   - kwaliteitsbeleid
   - informatietechnologie
   - in- en externe communicatie
8. Wat verder ter tafel komt
9. Rondvraag
10. Sluiting

Namens het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging

mevrouw N.I. Regensburg,
secretaris

Inschrijvingen

H V R C

De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in haar register van erkende huisartsen ingeschreven in de periode van 1 januari 1994 t/m 31 maart 1994.

afdeling Huisartsopleiding Nijmegen

januari 1994
Hendrick, J.M.A.
Jager, W.J. de
Krabbe, A.J.
Kuypers, B.H.P.M.
Leusink, P.
Nieuwenhuis, P.F.J.M.
Oijevaar, M.J.C.
Rooijackers-Lemmens, E.
Stijntjes, E.M.
Suidman, W.P.J.
Swart, S.M. de
Teunissen, M.A.J.
Verkerk, W.J.Y.
Wilt, A. de

afdeling Huisartsopleiding Rotterdam

januari 1994
Axt-Adam, P.
Heikoop, M.
Hoppenbrouwers, A.P.E.
Meerdink, J.W.
Scheijgrond, W.J.
Sinke, E.A
Ven-Daane, I. van der
Vries, P.A. de

• CSG • CHVG • SRC • SGRC • HVRC •

maart 1994
Andriesse, I.

afdeling Huisartsopleiding Utrecht

januari 1994
Boom, R.P.J.H. van den
Broek, S.
Niel, A.E. van
Ouwerkerk, B.Y.
Raat, A.M.C.
Vergeer, C.M.
Vroegh, H.
Weusten, L.J.M.M.

Opleiding in buitenland gevolgd

januari 1994
Haarlem, R.J.
Hutter, A.
Randwijk, A.C. van
Wynands, R.W.A.

februari 1994
Bent, H.J. van den
Gramsma, A.
Oosterhout, R.W. van
Versluis, L.J.

maart 1994
Brands, R.G.
Bronzwaer, F.A.N.
Glanville, A. de
Jonkheer, G.J.
Onderstal, A.H.
Vrijer, J.C. de
Walrave, T.R.W.M.

EEG-Richtlijn 75/362/363

januari 1994
Chisholm, S.L.
Raaijmakers, H.C.J.

De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in haar register van erkende verpleeghuisartsen ingeschreven in de periode van 1 januari 1994 t/m 31 maart 1994.

afdeling Verpleeghuisartsopleiding Amsterdam VU

december 1993
Buck, E.L. de
Meijers-Jellema, R.

januari 1994
Heijden, A.M.M.L. van der

maart 1994
Harrewijn, C.G. •

NIET ROKEN

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



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

KNMG - COLOFON

KNMG
Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
tel. 030 - 823911

Postadres
Postbus 20051
3502 LB Utrecht
Postgironummer
58083-AMRO banknummer 45 64 48 969
KNMG-informatielijn
030-823339
KNMG-antwoordapparaat
030-823201
Telefax
030-823326
Dagelijks bestuur
R.H. Levi, *voorzitter*;
mw J.G.M. Lanphen, *ondervoorzitter*;
H. Knook
F.M.L.H.G. Palmen
dr G.M.H. Tanke
mw H.A. Bouwman
Secretariaat
Th.M.G. van Berkestijn, *secretaris-generaal*
dr R.J.M. Dillmann, *secretaris-arts*
mw dr W.R. Kastelein, *secretaris-jurist*
R.J. Mulder, *secretaris Verenigingszaken en PR*
K. Theunissen, *hoofd financieel-economische en administratieve zaken*

LHV
Landelijke Huisartsen Vereniging
drs Chr.R.J. Laffrée, *algemeen directeur*
mw G.J.M. Venneman, *informatrice*

LSV
Landelijke Specialisten Vereniging
drs F.W.M. Hol, *directeur*
J.H. v. Doorn-Knul, *hoofd communicatie*

LAD
Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
mr A.W.J.M. van Bolderen, *directeur*
mw J.C. Steenbrink, *secretaresse*

LVSG
Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen
A.L.J.E. Martens, *directeur*
mw J.A. van Walderveen-van der Louw, *secretaresse*.

CC
Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten
mr J.C. de Hoog, *secretaris*
mw C.S. de Jong, *secretaresse*

CSG
College voor Sociale Geneeskunde
mr J.C. de Hoog, *secretaris*
mw C.S. de Jong, *secretaresse*

CHVG
College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde
mr J.C. de Hoog, *secretaris*
mw C.S. de Jong, *secretaresse*

SRC
Specialisten Registratie Commissie
dr J. Felderhof, *secretaris*
mw J.M. Koornneef, *wnd bureauhoofd*

SGRC
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie
mw mr P.A. van Tilburg-Hadders, *secretaris*
mw D. Hennevelt-Wolters, *secretaresse*
Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

HVRC
Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
dr L.R. Kooij, *algemeen secretaris*
N.F. de Pijper, *secretaris*
mw drs E.T. Wismeijer, *chef de bureau*

Bibliotheek
prof. dr M.J. van Lieburg, *bibliothecaris*
p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425,
1012 WP Amsterdam.

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.

AMBULANT

- 30 MEI - **MA.**
Jaarbeurs te Utrecht:
studiedag 'Gezondheid en reproduktie: rechten en praktijk', georganiseerd door de Stichting Wemos.
Inlichtingen: Wemos, mw E. Verheul, tel. 020-4202222.

- 31 MEI - **DI.**
Huis te Voorst te Zutphen:
symposium 'De gevolgen van het whiplash-trauma'.
Doelgroep: GMD- en GAK-artsen, huisartsen en verzekeringsartsen.
Inlichtingen: NSWP, mw M-A. Hoogstraaten, tel. 03465-51166.

- 1 JUNI- **WO.**
Domus Medica te Utrecht:
jaarvergadering van de NVBe 'Het dier als orgaandonor voor de mens?'
Inlichtingen: mw E.G. van Gelder, tel. 030-823330.

- 2 JUNI - **DO.**
Congrescentrum De Eenhoorn te Amersfoort:
studiemiddag 'Etnopsychiatrie en verslaving'.
Inlichtingen: NIAD, mw P. van Leeuwen, tel. 030-341300.

- 2 JUNI - **DO.**
Zeezicht Zalen te Utrecht:
workshop 'AIDS-onderzoek en -preventie bij migranten', georganiseerd door de Programmacoördinatiecommissie AIDS-onderzoek in samenwerking met de Nationale Commissie AIDS-Bestrijding.
Inlichtingen: NCAB, W. van der Woude, tel. 020-6939444.

- 2 JUNI - **DO.**
De Reehorst te Ede:
congres 'Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken', georganiseerd door de Nationale Commissie Chronisch Zieken.
Inlichtingen: Bureau Lambregts, tel. 020-6169540.

- 2 EN 3 JUNI - **DO./VR.**
Hotel Heidepark te Bilthoven:
workshop Erasmus-LSV Medisch Management Programma 'Ontwikkelen van medisch beleid'.
Inlichtingen: LSV, mw L. Hené, tel. 030-823290.

- 3 JUNI - **VR.**
Katholieke Universiteit te Nijmegen:
symposium 'Observatie in de geriatrie', georganiseerd door de afdeling Geriatrie van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen bij haar eerste lustrum.
Inlichtingen: mw M. Majoor, tel. 080-612232.

- 4 JUNI - **ZA.**
Stadsschouwburg te Nijmegen:
symposium 'De betekenis van de bevestigingsleer' bij het 12½-jarig jubileum van de Dr. A. Terruwe Stichting.
Inlichtingen: drs H. ter Haar, tel. 080-615555.

- 5 T/M 8 JUNI -
Vrije Universiteit te Amsterdam:
internationale workshop 'The borderland between normal and pathological aging'.
Inlichtingen: bureau PAOG-Amsterdam, Joke van Dam, tel.020-5664801.

- 8 JUNI - **WO.**
Academisch Ziekenhuis Groningen:
congres 'Eerste studenten congres geneeskunde'.
Doelgroep: allen die in wetenschappelijk onderzoek geïnteresseerd zijn.
Inlichtingen: Organisatie Eerste SCG, tel. 050-633222.

- 9 JUNI - **DO.**
Katholieke Universiteit Nijmegen:
symposium 'Raamplan 1994 artsopleiding'.
Inlichtingen: Bureau PAOG, mw G. Willemsen, tel. 080-617051.

- 9 EN 10 JUNI - **DO./VR.**
De Frerikshof te Winterswijk:
werkconferentie 'Managementparticipatie van medisch specialisten, op weg naar een andere organisatie?', georganiseerd door het NZi.
Inlichtingen: Dienst Opleidingen & Congressen NZi, mw M. Donkersloot, tel. 030-739291.

- 10 JUNI - **VR.**
Erasmus Universiteit Rotterdam:
symposium 'De prijs van arbeidsverzuim; een pragmatische aanpak van lichamelijke problemen en verbetering van arbeidsomstandigheden'.
Doelgroep: (bedrijfs)fysiotherapeuten, -artsen, -verpleegkundigen, revalidatieartsen, orthopeden, verzekeringsgeneeskundigen, ergonomen en ergotherapeuten.
Inlichtingen: Erasmus Forum, tel. 010-4082302.

- 10 JUNI - **VR.**
Vrije Universiteit te Amsterdam:
symposium 'Een Short Stay afdeling, waarom en hoe?', bestemd voor medewerkers van ziekenhuizen, ziektekostenverzekeraars, gezondheidszorgonderzoekers en andere belangstellenden.
Inlichtingen: mw R. Verdurmen, tel. 020-5483300.

- 10 JUNI - **VR.**
Universiteit Twente Enschede:
studiedag 'Cognitieve revalidatie/behandelstrategieën bij verworven hersenletsel'.
Doelgroep: ergo- en fysiotherapeuten, revalidatie- en verpleeghuisartsen, huisartsen, klinisch psychologen en neurologen.
Inlichtingen: dr G.J. van Hoytema Stichting, tel. 053-892409.

- 10 JUNI - **VR.**
Domus Medica te Utrecht:
Conferentie 'Politieke moorden en 'verdwijningen': een zorg voor de medische wereld?', bestemd voor forensisch pathologen, forensisch geneeskundigen, andere geïnteresseerde artsen en medisch studenten.
Inlichtingen: Johannes Wier Stichting, tel. 033-726749.

- 10 JUNI - **VR.**
De Reehorst te Ede:
symposium 'Geestelijke verzorging: noodzaak of luxe?', georganiseerd door het Humanistisch Verbond.
Inlichtingen: J. Bosman, tel. 030-318145.

- 16 JUNI - **DO.**
Zeezicht Zalen te Utrecht:
workshop 'AIDS-onderzoek en -preventie bij jongeren', georganiseerd door de Programmacoördinatiecommissie AIDS-onderzoek in samenwerking met de Nationale Commissie AIDS-Bestrijding.
Inlichtingen: NCAB, W. van der Woude, tel. 020-6939444.

- 16 JUNI - **DO.**
RAI te Amsterdam:
symposium 'Medicijngebruik bij reuma. Lang leven ... levenslang?', bestemd voor patiënten en hulpverleners.
Inlichtingen: Buro Anneke Groen, tel. 020-6646405.

- 16 JUNI - **DO.**
Rijksuniversiteit Utrecht:
onderzoekspresentatie 'Adelt arbeid? Over de gezondheid van werkende vrouwen', georganiseerd door de Dutch Foundation of Women and Health Research.
Inlichtingen: tel. 020-5256810.

- 17 JUNI - **VR.**
Leiden:
symposium 'Preventieve Farmacotherapie: worden zieken gezond of gezonden ziek?', georganiseerd door de Boerhaave Commissie.
Inlichtingen: mw R.J. van Velzen, tel. 071-275292.

- 17 JUNI - **VR.**
Academisch Ziekenhuis Leiden:
congres 'Huisarts ongetwijfeld', bestemd voor huisartsen in opleiding.
Inlichtingen: LOVAH; J. Gussekloo, tel. 071-226480 en I. Wildschut, tel. 071-767844.

- 21 JUNI - **DI.**
Zeist
symposium 'Complexe zorg vraagt om een nieuwe aanpak'.
Doelgroep: management van zorginstellingen, verpleeghuisartsen en beleidsmedewerkers werkzaam bij zorgverzekeraars en provinciale overheden.
Inlichtingen: Congresorganisatie LSOB/NIG, tel. 03405-71999.

- 22 JUNI - **WO.**
Leeuwenhorst Congres Centrum te Noordwijkerhout:
symposium 'Hoe erfelijk is kanker eigenlijk?', georganiseerd door het IKW ter gelegenheid van zijn derde lustrum.
Inlichtingen: Leids Congres Bureau, tel. 071-275299. •