

# MEDISCH CONTACT

Nummer 39 – 30 september – 43e jaargang

De vraag of de gezondheidszorg duurder c.q. te duur is geworden kan alleen worden beantwoord door haar te stellen in het perspectief van ontwikkelingen in de tijd en in vergelijking met andere bestedingscategorieën. NZR-medewerkers Prof.Dr. A. P. W. P. van Montfort en Drs. L. Vandermeulen tonen aan dat de kostenstijgingen die zich tussen 1973 en 1986 in de gezondheidszorg hebben voltrokken grotendeels buiten de beleidsverantwoordelijkheid van de gezondheidszorg liggen.

Het is beter het vraagstuk van de door iedereen wenselijk geachte daling van de sterfte onder ogen te zien dan de symptomen – stijgende uitgaven van de gezondheidszorg – betrekkelijk willekeurig te bestrijden, mét de daarbij behorende jacht op zondebokken. Een kritiek, in casu op de 'Nota 2000', van J. W. W. Coebergh.

De 'Nota 2000' bepleit een verschuiving van gezondheidsvoorzieningenbeleid naar gezondheidsbeleid. In het tweede van twee artikelen bestuderen Drs. R. van de Vrie en Drs. A. van Elzakker hoe dit voorstel uitwerkt in het machten- en krachtenspel van de huidige gezondheidszorg.

Het vierde artikel in de serie over huisarts en kankerpatiënt gaat over de rol van de huisarts in de samenwerking met andere professionele hulpverleners (specialisten en wijkverpleegkundigen), vrijwilligers en alternatieve hulpverleners.

Medisch ingrijpen mag op rationele gronden een logische gevolgtrekking lijken, de gevolgen daarvan voor de beleving van de individuele arts en de individuele patiënt zijn vaak niet in te schatten. Mw.Drs. E. J. van der Jagt, andragoloog, beschrijft als voorbeeld van zo'n dilemma haar ervaring met een vierlingzwangerschap.

Aan de hand van een literatuurstudie over de stand van zaken met betrekking tot de medische beslistkunde in Nederland inventariseren D. K. Warndorff, C. J. M. Pouls en J. A. Knottnerus de laatste ontwikkelingen, 'trends', hiaten en meningsverschillen binnen deze discipline.

## INHOUD

Is de gezondheidszorg echt duurder geworden?

*Prof.Dr. A. P. W. P. van Montfort en  
Drs. L. Vandermeulen – 1155*

Zorg om dalende sterfte

*J. W. W. Coebergh – 1159*

Gezondheidsbeleid en machtsversnippering. Slot. Achterliggende belangen bij de verschuiving van gezondheidszorgvoorzieningenbeleid naar gezondheidsbeleid

*R. van de Vrie en A. van Elzakker – 1162*

Partsiënt: een tussentijds afscheid

*Prof.Dr. J. Bergsma – 1165*

Huisarts en kankerpatiënt 4: De samenwerking met professionele, vrijwillige en alternatieve hulpverleners

*M. C. J. Cuisinier, M. H. van Venrooijen  
J. Th. M. van Eijk – 1168*

Probleemoplossing in de interactie tussen gynaecoloog en patiënt

*Mw. Drs. E. J. van der Jagt – 1171*

Medische beslistkunde in Nederland

*D. K. Warndorff, C. J. M. Pouls en Dr. J. A. Knottnerus – 1174*

Arts en recht. Bewijslast; uitspraak Hoge Raad d.d. 20 november 1987 – 1179

Colofon 1150 – Colofon officieel 1150 – Hoofdedactioneel commentaar 1151 – Brieven 1153 – Agenda 1154 – Buitenland 1181 – Uit de Verenigingen 1185

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

#### Bestuur Medisch Contact

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

#### Redactie Medisch Contact

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

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

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

#### Abonnementen

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

Administratie: Tijl Tijdschriften BV  
Jacques Veltmanstraat 29  
1065 EG Amsterdam

telefoon 020-5182.828, telex 15230.

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

#### Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

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

Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

#### Bij de voorplaat:

'Ziekenverzorging'. Detail uit een terracotta-reliëf dat de werken van barmhartigheid voorstelt. Santa Viviani 1526-1528.  
Ospedale del Ceppo, Pistoia.

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

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

#### Dagelijks bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

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

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

#### Bibliotheek

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

#### Stichting Dienstverlening Medici

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

#### Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

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

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

# Collectieve preventie

Midden in de zomervakantie maakte de staatssecretaris van WVC een ontwerp van wet plus bijbehorende Algemene Maatregel van Bestuur met betrekking tot de collectieve preventie bekend. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid kreeg, zoals steeds meer gebruikelijk is, één maand de tijd om over de voorstellen een advies uit te brengen.

Blijkens de Memorie van Toelichting bij artikel 22.1 van de Grondwet behoren maatregelen ter bescherming tegen dreigende gevaren, ook zonder dat concrete bedreigingen van buitenaf daartoe aanleiding zijn, tot de taak van de overheid. In hoofdstuk IX van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) werd beoogd een kader voor de uitvoering van deze grondtaak te scheppen door een stelsel van het gehele land bedekkende gemeentelijke en intergemeentelijke gezondheidsdiensten, basisgezondheidsdiensten (bagd'en) genaamd, tot stand te brengen. Ter voorbereiding van de invoering van dit hoofdstuk trad in 1981 de Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten in werking, die voorschriften geeft ten aanzien van takenpakket, gebiedsgrootte en personeelsformatie; op grond hiervan zijn in het gehele land, in hoofdzaak intergemeentelijke, basisgezondheidsdiensten opgericht. Nu als uitvoeisel van het kabinetsstandpunt met betrekking tot de plannen van de commissie-Dekker de WVG op korte termijn zal worden ingetrokken, moet het beleid ten aanzien van de basisgezondheidsdiensten een ander wettelijk kader krijgen.

Met haar recente wetsvoorstel wil de regering tevens bijdragen aan de decentralisatie. Vooral de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft altijd gesteld, dat lokale besturen de specifieke situatie van hun bevolking het best kennen en daardoor het meest geschikt zijn om te beoordelen welke maatregelen op het gebied van de volksgezondheid in hun gebied moeten worden genomen en hoe de afstemming van de collectieve preventie op de curatieve sector het best kan worden geregeld<sup>1</sup>. Het wetsvoorstel komt ruimschoots aan dit inzicht tegemoet. Hoewel uit de Memorie van Toelichting blijkt dat er voorkeur voor bestaat de samenwerkingsgebieden op grond van de Wet gemeenschappelijke regelingen (WGR), die thans bij de instelling van basisgezondheidsdiensten wordt gevolgd, te handhaven, blijkt uit de wets-

tekst niet dat dit ook noodzakelijk het geval hoeft te blijven. De ontwerp-wet regelt in ieder geval dat de gezondheidsvoorziening en -opvoeding, de tuberculosebestrijding, de bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen (met uitzondering van AIDS) en de preventie ten gunste van 4- tot 18-jarigen aan de basisgezondheidsdiensten worden opgedragen. Verwacht wordt dat een gemeentebestuur zich door het aantrekken van deskundigen op het gebied van de epidemiologie en de milieukunde een goed beeld kan vormen van de gezondheids-toestand van de bevolking en de gezondheidsaspecten van bestuurlijke beslissingen.

Een essentieel verschil met de huidige situatie is dat vrijwel alle gelden die thans specifiek voor deze bestemming op de rijksbegroting staan, naar het gemeentefonds worden overgeheveld. Ten aan-

## Dr. C. Spreeuwenberg

zien van de personeelsformatie bevatten de voorstellen geen voorschriften.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid acht het alleszins aanvaardbaar dat de regering door deze wettelijke regeling de contouren aangeeft van de taak van de gemeenten op dit gebied. Deze raad plaatst echter ook enkele kritische kanttekeningen bij het voorstel<sup>2</sup>. Omdat het begrip 'basisgezondheidszorg' niet aan gemeentelijke diensten is voorbehouden, wenst de Nationale Raad voortaan alleen over 'GGD'en' te spreken. Tevens wordt een noot geplaatst bij de sleutelrol welke de wetgever aan de basisgezondheidsdiensten toekent in het kader van het zogeheten facetbeleid, dat wil zeggen beleid in het kader waarvan bij activiteiten op andere beleidsterreinen de gezondheidkundige aspecten worden meegewogen. Omdat niet kan worden gegarandeerd dat elke gemeentelijke instantie uit zichzelf aan dit beleid gevolg zal geven, wordt voorgesteld de basisgezondheidsdiensten het recht tot initiatief te geven. Verder merkt de raad op, dat er meer terreinen van collectieve preventie zijn waar de burgemeester of het gemeentebestuur op grond van bestaande wetten de basisgezondheidsdienst behoort in te schakelen dan die welke in de ontwerp-wet worden genoemd: ook op het gebied van het ambu-

lancevervoer, de bedrijfsgezondheidszorg van de gemeente zelf en politie en Justitie voeren de basisgezondheidsdiensten taken uit.

Hét punt van kritiek van de Nationale Raad is echter de bekostiging. Tal van posten waarover reeds toezeggingen waren gedaan, worden niet overgeheveld naar het gemeentefonds. Voor de stimulering van basisgezondheidsdiensten, de jeugdtandzorg, de niet-curatieve geslachtsziektenbestrijding en de regionale samenwerkingsverbanden GVO, wordt 26 miljoen gulden minder uitgegeven dan het Rijk bij de realisering van de eigen beleidsvoornemens zou besteden. Dit schrijnt des te meer, waar de raad in verschillende adviezen juist om meer aandacht en financiële middelen voor collectieve preventie had gevraagd. Nauwelijks aandacht besteedt de Nationale Raad voor de Volksgezondheid aan het ontbreken in de wet van enige normering van de omvang van de basisgezondheidsdiensten, waardoor de maat van zorg wel erg afhankelijk wordt gesteld van de politieke besluitvorming op plaatselijk niveau. Wordt de continuïteit van de net op gang gekomen diensten gegarandeerd? Is het te verdedigen als inhoud, kwaliteit en capaciteit van de collectieve preventie grote verschillen gaan vertonen? Bestaat niet het gevaar dat taboegevoelige taken, zoals de bestrijding van geslachtsziekten, in bepaalde gemeenten gemakkelijk aan de kant zullen worden geschoven? Zal de daling van seksueel overdraagbare aandoeningen, gedeeltelijk teweeggebracht door een goede contactopsporing en adequate behandeling, niet onnodig halt houden? Zullen gemeenten, zeker nu de uitkeringen lager worden, er niet toe worden verleid andere prioriteiten te kiezen dan de continuïteit en verbetering van deze zorg? De overdracht van collectieve preventie naar de lagere overheid is een goede zaak, mits ze niet gepaard behoefte te gaan met een bezuiniging van 25%, mits de taken van de gemeenten concreter worden omschreven, mits de omvang van de personeelsformatie nader wordt geregeld en mits sancties worden bepaald voor het geval dat wettelijke verplichtingen niet worden nagekomen. □

1. Schrijver M. Toekomstige wetgeving en financiering van GGD'en. Gezondheidsdienst voor stad en regio/GGD nieuws 1988, 51-3.

2. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Concept-advies inzake collectieve preventie. Zoetermeer, 1988.

## Symposium 'De rol van geloof, cultuur en traditie bij ziek zijn'

Op 11 november aanstaande zal in 'De Reehorst' te Ede een symposium worden gehouden getiteld 'De rol van geloof, cultuur en traditie bij ziek zijn', bedoeld voor geïnteresseerde artsen en hulpverleners in de eerste lijn, in revalidatiecentra en verpleeghuizen.

De geneeskunde als abstractie, als deel van het cultuurpatroon van de tijd waarin zij bestaat, geraakt in een crisis. De hedendaagse, steeds mondiger wordende patiënt ondervindt bij zijn hulpvraag nog niet altijd voldoende aandacht en belangstelling voor zijn culturele, traditionele en religieuze achtergrond.

Een onjuiste beoordeling (bagatellisering) van dit erfgoed door de hulpverlener kan, behoudens een ondermijning van het vertrouwen in deze zorgsector, oorzaak zijn van problemen van allerlei aard. Problemen die zich onder meer kunnen manifesteren rond zelfacceptatie, verwerking van ziekte, eindigheid van leven, tegenslag en verdriet, en die aanleiding kunnen zijn tot verdringing. Daarnaast leiden dit soort problemen veelvuldig tot psycho-somatische stoornissen en ook tot (een uitbreiding van) somatische klachten.

Zonder twijfel voegt de, door wetenschap en techniek enorm ontwikkelde, geneeskunde veel toe aan de kwaliteit en kwantiteit van mensenlevens. Echter de vraag rijst of de huidige geneeskunde, door het ontbreken van een concept waarin het mensbeeld centraal staat, niet steeds meer en meer de kans loopt te verworpen tot pure 'engineering'. Dit symposium beoogt, noch op beleurende en noch op normatieve wijze, de arts en hulpverlener informatie te verstrekken over en belangstelling te kweken, voor de specifieke aspecten, met de daaruit voortvloeiende gevolgen, van de in Nederland voorkomende 'grotere' religies met hun cultuur en tradities inzake ziekte, ziek zijn en lijden.

In het ochtendprogramma zullen vanuit de diverse theologische filosofieën enkele karakteristieke aspecten van het rooms-katholicisme, het protestants christendom, het jodendom, de islam, en het hindoeïsme worden belicht. In dit kader zullen onderwerpen als 'De relatie zonde-

ziekte-lijden', 'De psychologie van het ziekbed' en 'De 'taal' van de patiënt' worden aangevoerd.

In het middagprogramma zal door de deelnemers in subgroepen worden gediscussieerd. Onderwerpen: 'Menselijk tekort en medisch genoeg', 'De betekenis van de dood voor een ongelovige', 'Patiënt geen lijdend voorwerp' en 'Het samen optreden van religieuze en psychische problematiek bij somatische ziekten en andere vormen van lijden'. Een uitgebreid programma wordt hierbij afgedrukt.

Het symposium is tot stand gekomen als samenwerkingsproject van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), het Rooms-Katholiek Kerkgenootschap in Nederland, het Samenwerkingsorgaan inzake Gezondheidszorg (uitgaande van de Synoden der Nederlandse Hervormde en Gereformeerde Kerken) en het Postacademisch Onderwijs Geneeskunde Utrecht.

U kunt zich voor dit symposium aanmelden door vóór 1 november 1988 te bellen of een briefje te schrijven naar het Bureau PAOG Utrecht. Nadere informatie en een inschrijfkart worden dan toegezonden. Na invulling en retourzending van de inschrijfkart, ontvangt U vervolgens een acceptgirokaart. Definitieve inschrijving vindt plaats in volgorde van ontvangst van betaling. Aanmelding verplicht tot betaling. Inschrijfkosten: f 95,— per persoon inclusief koffie/thee en abstracts. Annuleren dient schriftelijk te geschieden en is mogelijk tot 1 november 1988. Bij annulering vóór 1 november worden f 25,00 administratiekosten in rekening gebracht, na deze datum bent U het volledige bedrag verschuldigd.

Voor nadere informatie kunt u zich wenden tot het Bureau Postacademisch Onderwijs Geneeskunde (PAOG) Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht, tel. 030-221123, toestel 132/133/134.

### Programma

08.30-09.30: Ontvangst, registratie en koffie.

09.30-09.45: Opening van het symposium door Prof. Dr. M. F. Kramer, decaan van de Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht.

09.45-10.15: Het Jodendom, met een accent op: de relatie: zonde - ziekte - lijden. Dr. J. Z. Baruch, sociaal geneeskundige/reumatoloog, Amsterdam.

10.15-10.45: Het Rooms-Katholicisme, met een accent op: de psychologie van het ziekbed. Drs. J. van der Haak, pastor, Dijkzigt-Ziekenhuis, Rotterdam.

10.45-11.15: Het Protestant-Christendom, met een accent op: de 'taal' en angst van de patiënt. Prof. Dr. W. J. G. van der Velden, hoogleraar Praktische Theologie, Rijksuniversiteit Utrecht.

11.15-11.45: Koffiepauze.

11.45-12.15: De Islam. M. H. Yasin Al-Utaibi, arts/medewerker Wereld Omroep, Amsterdam.

12.15-12.45: Het Hindoeïsme. Dr. B. Sukhai, docent wis-, natuur- en scheikunde, filosoof en cultureel antropoloog oosterse wetenschappen, Maarssenbroek.

12.45-14.30: Lunchpauze.

Na de lunchpauze gaan de deelnemers uiteen in vier groepen voor een discussie naar aanleiding van een korte lezing.

14.30-15.30: Parallelgroepen, eerste ronde.

15.30-16.00: Theepauze.

Na de theepauze wisselen de deelnemers van groep en starten de parallelgroepen opnieuw.

16.00-17.00: Parallelgroepen, tweede ronde.

### Programma parallelgroepen

Groep A

Onderwerp: 'Menselijk tekort en medisch genoeg'.

Spreker: Prof. Dr. P. J. Thung, hoogleraar betrekkingen tussen natuurwetenschappen en geneeskunde, Pathologisch Laboratorium, Leiden.

Discussieleider: F. N. M. Bierens, huisarts te Wehl.

Groep B

Onderwerp: 'De betekenis van de dood voor een ongelovige'.

Spreker: Prof. Dr. A. van Dantzig, hoogleraar emeritus, zenuw- en zielsziekten, Amsterdam.

Discussieleider: Prof. Dr. J. C. van Es, hoogleraar emeritus huisartsgeneeskunde, Amersfoort.

Groep C

Onderwerp: 'Patiënt geen lijdend voorwerp'.

Spreker: H. A. van Aller, neuroloog-verpleeghuisarts, Wageningen.

Discussieleider: A. L. J. E. Martens, stafmedewerker van de KNMG.

Groep D

Onderwerp: 'Het samen optreden van religieuze en psychische problematiek bij somatische ziekten en andere vormen van lijden'.

Spreker: G. Glas, psychiater, Academisch Ziekenhuis Utrecht.

Discussieleider: Th. W. J. Derksen, verzekeringsgeneeskundige, Malden.

### Symposiumleiding

P. B. L. Attema, zenuwarts, Middelie, lid Hoofdbestuur van de KNMG.

Th. M. G. van Berkestijn, arts, plv. secretaris-generaal van de KNMG.

Drs. R. H. A. M. Janssen, directeur van het Bureau PAOG Utrecht, Utrecht.

Dr. Ir. H. Jochimsen, directeur van het Prof. Dr. G. A. Lindeboom Instituut, Wageningen.

Mw. Dr. M. Steemers-van Winkoop, studiesecretaris van de RK-Kerkgenootschap in Nederland, Utrecht.

K. Zuidema, huisarts te Wezep, secretaris van Samenwerkingsorgaan inzake gezondheid, Wezep.

**Plaatsing van bijdragen in de rubriek 'Brieven' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen worden schrijvers verzocht de lengte van een ingezonden brief tot circa driehonderd woorden te beperken.**

## ARTSEN TEGEN KERNPROEVEN

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft in 1987 een rapport uitgebracht onder de titel 'Effects of nuclear war on health and health services' (WHA 36.28 en WHA 36.28-1). Een conclusie van dit rapport is de volgende: 'Therefore the only approach to the treatment of health effects of nuclear warfare is primary prevention, that is, the prevention of nuclear war.'

Kernproeven hebben altijd een militair oogmerk. Daarbij dienen zij niet om na te gaan of een kernbom betrouwbaar is, maar onder meer om zijn constructie te verbeteren (kleiner, lichter, mobieler, lasereffect, etc.).

Met de IPPNW (International Physicians for the Prevention of Nuclear War, Nobelprijs voor de Vrede 1985) zou ik willen pleiten voor een kernproefstop als eerste stap op weg naar de beëindiging van de nucleaire wapenwedloop. Een kernproefstop is een duidelijk signaal voor de publieke opinie. Het voorstel tot een kernproefstop is een belangrijk, makkelijk uitvoerbaar voorstel tot wapenbeheersing, waarbij de verlamme complexiteit van de meeste andere voorstellen elegant wordt vermeden. Een kernproefstop maakt de ontwikkeling van nieuwe generaties kernwapens onwaarschijnlijk. Een kernproefstop is seismologisch verifieerbaar: het is mogelijk aardbevingen te onderscheiden van ondergrondse explosies vanaf een kiloton TNT; inspectie ter plekke is hierbij niet nodig.

Amsterdam, september 1988  
H. V. van der Kroon, arts

## MARTELINGEN IN BENIN

*Schrijfactie Amnesty International*

Benin is geen land dat op het gebied van de schendingen van de mensenrechten veel aandacht krijgt in ons land. Toch zitten er volgens Amnesty International in dit Afrikaanse land veel politieke gevangenen opgesloten en nog steeds worden mensen die openlijk hun kritiek uiten op de regering opgepakt. Alleen al in maart en april van dit jaar werden meer dan honderd mensen gearresteerd in verband met vermeende acties om de regering omver te werpen.

Veel van deze politieke gevangenen worden gemarteld. In de meeste gevallen vinden de martelingen plaats tijdens ondervragingen en worden de gevangenen geslagen en geschopt om informatie los te krijgen over hun politieke activiteiten en om hen te dwingen namen van

## BRIEVEN

andere tegenstanders van de regering te noemen. De 'ondervragingen' vinden veelal plaats in Camp Séro Kpéra, een militair kamp in Parakou.

Amnesty International heeft er bij de regering van Benin herhaaldelijk op aangedrongen martelingen in zowel militaire als burgergevangenen te onderzoeken en maatregelen te nemen om mishandeling zoveel mogelijk te voorkomen, zoals het regelmatig toelaten van advocaten, artsen en familieleden bij de gevangenen.

In januari 1988 bereikte de slechte behandeling van politieke gevangenen een dieptepunt met de dood van Remy Glele Akpokpo. Akpokpo was op 24 december 1987 gearresteerd in verband met linkse oppositie tegen de regering en zat gevangen in het hoofdbureau van de politie in Abomey. Volgens onofficiële bronnen is Akpokpo gestorven aan verwondingen die hij heeft opgelopen als gevolg van martelingen in de gevangenis. Amnesty International heeft bij de regering van Benin aangedrongen op een onderzoek naar de gebeurtenissen rondom de dood van Remy Glele Akpokpo. Ondersteunende reacties van artsen en andere leden van de medische beroepsgroep zijn bij uitstek geschikt om de acties van Amnesty International kracht bij te zetten. Daartoe kan een korte brief of briefkaart worden geschreven naar de president van Benin. De tekst\* van een dergelijke brief zou kunnen luiden:

Monsieur le Président,  
En tant que membre de la profession de médecine j'ai l'honneur de vous écrire, puisque je suis inquieté par les informations selon lesquelles des prisonniers politiques auraient été soumis à la torture en Bénin. En particulier, je suis préoccupée par le cas de Remy Glele Akpokpo, qui est mort le 18 janvier 1988, détenu au Commissariat Central de Abomey. Selon les informations reçues par Amnesty International monsieur Akpokpo est mort par suite de torture.

Je vous demande respectueusement, mais avec instance, de réaliser que toutes les informations faisant état de tortures (par exemple, dans le cas de monsieur Akpokpo) fond l'objet d'une enquête impartiale.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, les assurances de ma très haute considération la plus distinguée.

Het adres van de president luidt: Son Excel-

lence le Général, Mathieu Kerekou, Président de la République, La Présidence, Cotonou, Benin.

De porto voor een briefkaart naar Benin bedraagt 75 cent, voor een brief f 1,30.

Wilt u meer weten over het werk van Amnesty International, dan kunt u zich wenden tot het landelijk secretariaat van Amnesty International, Keizersgracht 620, 1017 ER Amsterdam, tel. 020-264436. Wilt u meer weten over de actie tegen martelingen in Benin, dan kunt u contact opnemen met Mw. Dr. A. Rima, Pienemanstraat 64, 1072 KV Amsterdam.

Amsterdam, september 1988  
Diederik de Bruijn

*\* Vertaling*

Als lid van de medische professie heb ik de eer u te schrijven, aangezien ik verontrust ben over berichten dat politieke gevangenen in Benin worden gemarteld. In het bijzonder maak ik mij zorgen over Remy Glele Akpokpo, die op 18 januari 1988 is omgekomen in het hoofdbureau van de politie te Abomey. Volgens informatie van Amnesty International is de heer Akpokpo gestorven als gevolg van martelingen.

Ik wil u vriendelijk, doch dringend, verzoeken ervoor te zorgen dat berichten over martelingen (zoals in het geval van de heer Akpokpo) door een onafhankelijke commissie worden onderzocht.

## OLMA FRACTIEWAARDE

De Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (Olma) sluit verzekeringen in de vorm van fractieverzekeringen en in de vorm van guldensverzekeringen. Voor deze fractieverzekeringen wordt eens per kwartaal – berekend volgens de artikelen 24 en 25 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo laatstverstreken kalenderkwartaal – een fractiewaarde berekend. Voor het 3e kwartaal 1988 bedraagt deze fractiewaarde f 2,13.'

30 september - Kleine Zaal van het Concertgebouw te Amsterdam: 'Harm and Harmony in Musicians', musicologisch symposium. Inlichtingen: Secretariaat 'Harm and Harmony in Musicians', Vondelstraat 19, 1054 GH Amsterdam.

30 september - De Doelen te Rotterdam: 'Studiemiddag psycho-geriatrie'. Inlichtingen: LSOB Scholingen, Postbus 2113, 3500 GC Utrecht, tel. 030-334424.

1 oktober - Stadsschouwburg Orfeus te Apeldoorn: 'Vrouwenhulpverlening', lustrumcongres van de Vereniging voor Nederlandse Vrouwelijke Artsen. Inlichtingen: Mw. G. Roussel-Diederik, Emmalaan 34, 7316 EE Apeldoorn, tel. 055-220090.

1 oktober - Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht: 'Paranormale geneeswijze: meer dan suggestie?', symposium. Inlichtingen: Parapsychologisch Instituut, Springweg 5, 3511 VH Utrecht, tel. 030-314282.

3-7 oktober - Madeira: 'First international congress on public health and sanitary protection of the population'. Inlichtingen: Secretariado, Tel Directo 27722, Rue das Pretas 1, 9000 Funchal, Portugal, tel. 32021.

3-7 oktober - 'De Hartenark' te Bilthoven: 'Nationale cursus ergometrie'. Inlichtingen: Bureau PAOG, Mw. M. L. van Ginneken, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, tel. 010-4087881/7880.

6-7 oktober - Rijksuniversiteit Leiden: 'Genetische ontwikkelingen in de hematologie', PAOG-cursus. Inlichtingen: bureau van de Boerhaave Commissie, tel. 071-275294.

7 oktober - Psychiatrisch Ziekenhuis Wolfheze: 'Aktiegerichte psychotherapie', studiedag. Inlichtingen: R. J. A. ten Doesschate, secretaris sectie psychotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, tel. 05700-39600.

7 oktober - Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht: 'Angst en paniek in relatie met depressie; herkenning en behandeling in de huisartsenpraktijk', symposium. Inlichtingen: J. F. A. Castelijns, Ciba-Geigy, Postbus 241, 6800 LZ Arnhem, tel. 085-656220.

7 oktober - Rotterdam: 'Psychosociale aspecten van de HIV-problematiek in de eerste lijn', studiedag. Inlichtingen: Stichting Aanvullende Dienstverlening, Willemsstraat 24, 1015 JD Amsterdam, tel. 020-222733.

7 oktober - Laboratorium voor Fysiologie te Leiden: 'Genetische ontwikkelingen in de hematologie', Boerhaavecursus. Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs, J. J. L. Muller, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-275294.

## AGENDA

7, 21 oktober, 4, 18 november, 2 en 16 december - Rijksuniversiteit Utrecht: 'Overheid, Regionalisatie en Gezondheid', seminar. Inlichtingen: Mw. L. Boonekamp, Bureau PAOG, tel. 030-331123, tst. 143.

11 oktober - Stöpler Instrumenten & Apparaten BV te Utrecht: 'Oriëntatie Amerikaanse gezondheidszorg', studiedag. Inlichtingen: Bureau PAOG, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht, tel. 030-331123, tst. 134.

13 oktober - 'De Reehorst' te Ede: 'Bloedstolling en kwaliteitsbewaking', symposium. Inlichtingen: Bureau van de Federatie van Nederlandse Thrombosediensten, 's-Gravenhage, tel. 070-604248.

14, 28 oktober, 11 en 24 november - Utrecht: 'Thuiszorg', seminar. Inlichtingen: Mw. L. Boonekamp, Bureau PAOG, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht, tel. 030-331123.

14 oktober - 'De Boerhoorn' te Rolde: 'Planning en organisatie', symposium. Inlichtingen: H. Feijen, 't Ruige Veld, Asserstraat 23, 9451 AA Rolde.

14 oktober - Papendal: 'Relatie verzekeringsgeneeskunde met sport en sportgezondheidszorg', congres. Inlichtingen: Mr. M. W. J. P. Pompe, arts, secretaris Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, Booket 22, 1261 LS Blaricum, tel. 03404-49505.

14 oktober - Streekziekenhuis Waterland te Purmerend: 'Zorg voor zorg, rechten en plichten in een veranderende gezondheidszorg', symposium ter gelegenheid van de opening van het nieuwe streekziekenhuis. Inlichtingen: symposiumbureau van het streekziekenhuis Waterland, postbus 250, 1440 AG Purmerend, tel. 02990-51911.

14-15 oktober - Universiteitsziekenhuis te Düsseldorf, Duitsland: 'Aktuelle Trends in Diagnostik und Therapie des Schultergelenks', symposium. Inlichtingen: W. H. M. Castro, Aftlg. Orthopädie, Uni.-Klinik Düsseldorf.

15 oktober - Catharina Ziekenhuis te Eindhoven: 'Computer, communicatie en informatie', studiedag. Inlichtingen: MediMatica b.v., Heemraadsingel 186, 3021 DM Rotterdam, tel. 010-4771322.

17 oktober - Laurenskerk te Rotterdam: 'Towards a comprehensive test ban; the European perspective', internationaal symposium. Inlichtingen: Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie, tel. 080-515902.

17, 18 oktober - Leeuwenhorst Congrescentrum te Noordwijkerhout: 'De onderbeenschachtfractuur', Boerhaavecursus. Inlichtingen: Bureau van de Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-275292.

22 oktober - Academisch Ziekenhuis Utrecht: 'Wegen van geneeskunde - methoden van evaluatie bij alternatief en regulier', Najaarsvergadering van de Vereniging voor Filosofie en Geneeskunde. Inlichtingen: Dr. H. S. Verburgh, Erasmus Universiteit Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, tel. 010-4087958 en 010-4521304.

25 oktober - Aula TU te Delft: 'Thuiszorg en techniek', symposium. Inlichtingen: Technische Universiteit Delft, Centrum Medische Techniek, Antwoordnummer 350, 2600 VB Delft

27 oktober - Het Nederlands Kanker Instituut te Amsterdam: 'Mammasparende therapie bij het operabele mammacarcinoom: huidige inzichten en nieuwe mogelijkheden', symposium. Inlichtingen: Symposiumsecretariaat, tel. Plesmanlaan 121, 1066 CX Amsterdam, tel. 020-172903.

28 oktober - Muziekcentrum Vredenburg te Utrecht: 'Omgeving, individu en psychiatrische stoornis', 11e PUK-symposium. Inlichtingen: Secretaresse hoogleraren, tel. 030-520838.

28 oktober - Utrecht: 'Psychotherapie met vallen en opstaan', Dag van de Nederlandse Psychotherapie. Inlichtingen: secretariaat van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, Koningslaan 13, 3583 GC Utrecht, tel. 510161 (10-12 uur).

28 oktober - Vergadercentrum VNZ te Zeist: 'Ethische problemen rond experimenten met mensen', inleiding in de (gezondheids) ethiek. Inlichtingen: Instituut voor Gezondheidsethiek, Postbus 778, 6200 AT Maasricht, tel. 043-217575.

29 oktober - Vrije Universiteit te Amsterdam: 'Slaapstoornissen', symposium. Inlichtingen: Mw. M. K. F. Beckmann, klinische neurofysiologie, B236, Academisch Ziekenhuis, Vrije Universiteit, De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam, tel. 020-5482822.

29 oktober - eind maart - Medisch-Encyclopedisch Instituut te Amsterdam: 'Geschiedenis der geneeskunde', 18e landelijke cursus. Inlichtingen: Medisch-Encyclopedisch Instituut, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, tel. 020-5482700.

# Is de gezondheidszorg echt duurder geworden?

Een in absolute zin moeilijk te beantwoorden vraag

## PRIJS EN VOLUME

Of de gezondheidszorg (te) duur is, is een vraag die in absolute zin moeilijk is te beantwoorden. De omvang en allocatie van middelen wordt, in een sector die in zeer grote mate uit premies en algemene middelen wordt gefinancierd, beheerst door het politieke keuzeprocess.

De titel van dit artikel luidt echter: 'Is de gezondheidszorg echt duurder geworden?' Deze vraag kan slechts worden beantwoord door haar te stellen in het perspectief van ontwikkelingen in de tijd en in vergelijking met andere bestedingscategoriën.

Om kostenontwikkelingen te analyseren is het noodzakelijk onderscheid te maken tussen volume- en prijsontwikkelingen. Onder de *prijsontwikkeling* wordt verstaan de salarisontwikkeling per personeelslid of de prijsontwikkeling van een hoeveelheid geneesmiddelen en dergelijke. Met *volume* wordt bedoeld het aantal personeelsleden, de hoeveelheid geneesmiddelen, etcetera.

Een interessante vraag is vervolgens wat de achtergronden c.q. oorzaken zijn van deze ontwikkelingen en wie daarvoor verantwoordelijk is. In het algemeen kan worden gesteld dat de prijsontwikkelingen een voor de sector gezondheidszorg autonoom karakter hebben. De salarisniveaus van het personeel dat in de instellingen werkt, werd in zeer grote mate bepaald door het trendvolgersprincipe zoals dat was geformuleerd in het zogeheten WAGG's-model. Dat is een specifieke wet voor de arbeidsvoorwaarden in de gepremieerde en gesubsidieerde sector. Voor het overgrote deel valt het personeel in de gezondheidszorg onder deze wet respectievelijk is direct ambtenaar.

De sector gezondheidszorg heeft derhalve op deze salarisontwikkeling nauwelijks enige invloed. Dit geldt eveneens met betrekking tot de prijzen van de andere produktiemiddelen. Met betrekking tot de volumeontwikkelingen is de structuur geheel anders. We moeten hierbij onderscheid maken in het overheidsniveau en het instellings- c.q. werkniveau. In het overheidsbeleid is de laatste tien jaar sprake van een financieel-econo-

Prof. Dr. A. P. W. P.  
van Montfort en  
Drs. L. Vandermeulen

*De vraag of de gezondheidszorg duurder c.q. te duur is geworden kan alleen worden beantwoord door haar te stellen in het perspectief van ontwikkelingen in de tijd en in vergelijking met andere bestedingscategoriën. NZR-medewerkers Prof. Dr. A. P. W. P. van Montfort en Drs. L. Vandermeulen tonen aan dat de kostenstijgingen die zich tussen 1973 en 1986 in de gezondheidszorg hebben voltrokken grotendeels buiten de beleidsverantwoordelijkheid van de gezondheidszorg liggen.*

misch gezondheidszorgbeleid waarin het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (FOGM) een belangrijk beleidsinstrument is. In het FOGM worden de beleidsvoornemens van de overheid alsmede de financiële taakstellingen weergegeven. Tevens wordt aangegeven welke instrumenten de overheid hanteert om genoemde doelstellingen te realiseren (bijvoorbeeld plannings-, financierings- en budgetteringssystemen). Het volumeaspect (bijvoorbeeld personeel, bedden, bouw, apparatuur) is een belangrijk onderdeel hiervan. De Rekenkamer (1986) heeft in een evaluatierapport dit instru-

mentarium op een aantal belangrijke aspecten als effectief aangemerkt. Bij een groot gedeelte van de volumeontwikkelingen die in de gezondheidszorg plaatsvinden gaat het dan ook om door de overheid gewenste ontwikkelingen. Op micro-niveau – instellingen, huisartspraktijk, etc. – worden volumeontwikkelingen naast het overheidsbeleid bepaald door ontwikkelingen in de vraag en de wijze waarop de zorg wordt verleend. Dit laatste heeft te maken met produktiviteit en de efficiency waarmee de instellingen functioneren.

Samenvattend kan worden gesteld dat de prijsontwikkelingen in zeer grote mate een voor de sector autonoom karakter hebben en dat de volumeontwikkelingen naast produktiviteit en efficiency worden bepaald door het overheidsbeleid en door de ontwikkelingen in de vraag. De laatste twee factoren – zeker de laatste factor – hebben in grote mate een voor het aanbod autonoom karakter. We zullen in de analyses van de kostenontwikkeling proberen een uitsplitsing te maken naar deze factoren en achtergronden. Opgemerkt moet nog worden dat de verschillende factoren niet geheel onafhankelijk van elkaar zullen zijn. Zo zal 'het veld' proberen de overheid te beïnvloeden in haar prioriteitsstelling. Of het veld daarin de afgelopen jaren succesvol is geweest kan worden betwijfeld, gezien het kraptemodel dat de overheid voor de gezondheidszorg de laatste jaren – op een effectieve wijze – toepast.

## KOSTENONTWIKKELING

Een belangrijke indicator voor de kostenontwikkeling is het aandeel van de kosten gezondheidszorg in het bruto nationaal produkt (zie tabel 1).

Het aandeel van de kosten gezondheidszorg als % van het bruto nationaal produkt heeft zich van 6,7% in 1973 ontwikkeld naar 8,5% in 1987 (kolom 1).

Voor het intramurale deel zien we een parallelle ontwikkeling (kolom 2). Geconcludeerd kan worden dat er na 1983 een duidelijke omslag is te constateren in het aandeel van de kosten van de gezondheidszorg in het bruto nationaal produkt. Deze totale ontwikkeling behoeft echter

Tabel 1. Aandeel bruto nationaal produkt (BNP).

	kosten gezond- heidszorg % BNP	index kolom 1 1973=100	correctie voor bevolkings- omvang
	1	2	3
1973 .....	6,7	100	100
1978 .....	7,8	116	112
1981 .....	8,7	130	123
1984 .....	8,4	125	116
1987 .....	8,5	127	116

Bron: Diverse FOGM'en en CPB



een nadere uitwerking en analyse naar de achtergrondfactoren, volume- en prijsontwikkelingen. We kunnen deze ontwikkeling corrigeren voor de toename in de bevolkingsomvang (kolom 3). Dan zien we dat de laatste jaren de bevolkingsgroei sneller gaat dan de ontwikkeling in het % BNP. De stijging ná correctie is aanzienlijk lager dan vóór correctie. De kostenombuiging in de laatste jaren wordt dus nog versterkt door de stijgende bevolkingsomvang.

Deze totale ontwikkeling behoeft echter een nadere uitwerking en analyse naar de achtergrondfactoren, namelijk volume- en prijsontwikkelingen.

In tabel 2 staan de diverse ontwikkelingen in de gezondheidszorg in relatie tot het bruto nationaal produkt, weergegeven vanaf 1953. We kunnen de totale periode in vijf tijdvakken indelen:

1953-1973. De volumeontwikkelingen lopen in de pas met de volumeontwikkelingen in de rest van de economie. De toename in het % BNP wordt volledig bepaald door de hogere prijsstijgingen in de gezondheidszorg. Dat is een verschil van 4% per jaar. De relatief hogere prijsstijging is verklaarbaar uit het feit dat de arbeidsproductiviteitsstijging in de gezondheidszorg achterblijft bij die van andere sectoren in de economie (wet van Baumol).

1973-1979. In deze periode is zowel de volume- als de prijsontwikkeling in de gezondheidszorg hoger dan in andere sectoren. De volumeontwikkelingen in de gezondheidszorg zijn voor een groot gedeelte toe te wijzen aan een inhaaleffect in de verpleeghuizen en de zwakzinnigenzorg. De capaciteit in de verpleeghuissector nam in deze jaren toe met 40% en in de zwakzinnigensector met 25%.

1979-1982. In deze periode loopt de volumegroei in de zorgsector terug, doch de volumegroei in het bruto nationaal produkt wordt als gevolg van de recessie na de 'tweede' oliecrisis zelfs negatief. De ingrepen van de overheid in de salarissen van ambtenaren en trendvolgers hebben een relatief prijsverlagend effect.

1982-1986. De volumegroei in de gezondheidszorgsector blijft ver achter bij de andere sectoren. Het ombuigingsbeleid van de overheid heeft nu dus niet alleen effect op de prijzen, maar ook op de volumina (budgettering, beddenreductie, enz.).

1986-1988. De relatieve volumedaling blijft ook in deze jaren gehandhaafd, doch door het vrijere prijsbeleid zien we dat de in de gezondheidszorg geringere arbeidsproductiviteitsstijging niet meer

Tabel 2: Relatieve ontwikkeling\* uitgaven gezondheidszorg ten opzichte van bruto nationaal produkt.

	volume	prijs	waarde
1953-1973 .....	0	4	4
1973-1979 .....	2	2	4
1979-1982 .....	4	-1,5	2,5
1982-1986 .....	-2	-0,5	-2,5
1986-1988 .....	-0,5	1,5	1

Bron: CPB

\* De cijfers geven het verschil tussen de volume-, prijs- en waardeontwikkelingen van de gezondheidszorg en die van het BNP weer.

Tabel 3. Kosten gezondheidszorg per hoofd van de bevolking (in dollars en als percentage van het BNP\* in 1982).

	\$	% BNP
1. Verenigde Staten .....	1.388	10,6
2. Zweden .....	1.168	9,7
3. Canada .....	989	8,1
4. Frankrijk .....	931	9,3
5. West-Duitsland .....	874	8,2
6. Nederland .....	836	8,6
7. Denemarken .....	746	6,8
8. Oostenrijk .....	644	7,3
9. Japan .....	602	6,6
10. België .....	534	6,2
11. Verenigd Koninkrijk .....	508	5,9
12. Italië .....	441	7,2
13. Spanje .....	302	6,3

Bron: NZR

\* Deze gegevens zijn ontleend aan OECD-rapporten

Tabel 4. Raming < - > realisatie financiële taakstelling 1986.

intramurale sector .....	20.861	20.767	-94
specialistische hulp .....	2.005	2.069	64
geneesmiddelen .....	3.691	3.798	107
extramurale sector .....	5.887	5.873	-14
totaal .....	35.869	35.933	64

afwijking: 0,18%

Tabel 5. Ziekenhuiskosten 1973-1986 (1973 = 100).

	1973	1986	1986/1973
totale kosten .....	3.887	11.493	2,96
EXOGEEN			
prijs .....		2,09	
arbeidsijdverkorting .....		1,098	
demografie .....		1,097	
patiëntenstroom (extra) .....		1,18	
			2,97

wordt gecompenseerd door neerwaartse bijstellingen van de overheid in prijs- en salarisbeleid.

## MIDDENPOSITIE

Indien we de kosten van gezondheidszorg per hoofd van de bevolking en als

percentage van het bruto nationaal produkt van enkele westerse landen met elkaar vergelijken, dan neemt Nederland een redelijke middenpositie in (tabel 3).

In vergelijking met de VS en Zweden neemt ons land een duidelijk lagere positie in. Hierbij moet nog worden opgemerkt, dat het voorzieningenpakket dat in de definities is opgenomen voor Nederland waarschijnlijk ruimer is dan voor veel andere landen en dat in ons land vooral na 1982 is omgebogen op de kosten van de gezondheidszorg.

Gewezen is reeds op de effectiviteit van het budgetteringsinstrument met betrekking tot de kostenbeheersing. In het rapport van de Rekenkamer wordt dit onderschreven. We kunnen de financiële macro-stuurbaarheid nog eens op een andere manier illustreren aan de hand van de volgende tabel uit het FOGM (tabel 4). Hierin wordt een vergelijking gemaakt tussen beleidsvoornemens en beleidsuitkomsten met betrekking tot de financiële taakstellingen.

De afwijking tussen taakstelling en realisatie is 64 miljoen op een totaal van bijna 36 miljard; dat is slechts 0,18%. Op bepaalde onderdelen zien we grotere respectievelijk kleinere afwijkingen. De vraag is, of je de beleidsombuigingen dan ook niet veel gericht moet doen dan via zeer omvangrijke structuurwijziging.

## ZIEKENHUISKOSTEN

In deze paragraaf besteden we specifiek aandacht aan de ontwikkeling in de ziekenhuissector. De ziekenhuiskosten zijn van 1973-1986 van f 3,9 miljard naar f 11,5 miljard gestegen; dat is met bijna 200%. Een van de grootste veroorzakers van deze stijging is de stijging van lonen en prijzen. Uit tabel 2 kunnen we afleiden dat van 1973 t/m 1986 de prijzen stijgen met 109% (cijfers CPB).

De totale bevolking neemt in deze periode toe met 9,7%. Het vergrijzingseffect wordt in de berekening niet apart meegenomen. De arbeidsduurverkorting bedraagt sinds 1973 totaal 15%. Het effect hiervan werkt door op de totale kosten ( $15 \times 0,65^* =$ ) met 9,8%.

Boven het demografische effect hebben we een patiëntenstroomontwikkeling van ( $1,295^{**} : 1,097 =$ ) 1,18 (tabel 6). Hierin zit opgesloten het vergrijzingsef-

\* Aandeel salarissen en sociale kosten in totale kosten wordt op 65% gesteld.

\*\* In tabel 6 worden dagopnamen voor 1/3 opname geteld en de polikliniekbezoeken als 1/3 opname.



fect, voor zover dat gevolgen heeft voor de toename in patiëntenstroom, echter niet het effect dat deze patiëntencategorie relatief meer zorg per opname nodig heeft. In tabel 5 hebben we een en ander samengevat.

Deze factoren (prijs-, arbeidstijd-, demografisch en patiëntenstroomeffect) zijn exogene factoren. Als we veronderstellen dat de patiënten in 1986 hetzelfde worden behandeld en van dezelfde samenstelling zijn, dan loopt de totale input- en outputontwikkeling parallel.

We kunnen een en ander nog eens anders aangeven. Het inputvolume (reële produktiemiddelen) is:

$$\left( \frac{2,96}{2,09 \times 1,098} \right) = 1,290$$

ofwel een toename van 29%. Het outputvolume (demografisch en extra-patiëntenstroomeffect) is toegenomen met  $(1,097 \times 1,18) = 29,4\%$ . Als we veronderstellen dat alles hetzelfde is gebleven, hebben we dus iets meer gedaan met het geld in 1986 dan in 1973.

Dit duidt op produktiviteitsstijging en op het (deels) opvangen van de grotere workload binnen de bestaande capaciteiten. Bovendien is niet alleen een groter aantal patiënten behandeld, maar is ook de instroom van relatief zwaardere patiënten toegenomen. Ook dit is dus opgevangen binnen bestaande capaciteiten.

Het kan ook nog zijn dat een gedeelte is toe te schrijven aan een lagere kwaliteit van de geleverde diensten. De veranderingen en soms toename in wachtlijsten is op zich ook een kwaliteits(-verlagend) aspect. De vraag is echter of de kwaliteit van de geëffectueerde zorgverlening in 1986 in de ziekenhuizen lager is dan in 1973. Er is toch meer reden om aan te nemen dat deze is gestegen over de gehele periode.

Ten aanzien van de produktiviteitsstijgingen moet worden opgemerkt dat er in de behandelstructuur vanaf 1973 veel is veranderd. De verpleegduur is zeer sterk teruggelopen en de poliklinische en dagverpleging zijn sterk toegenomen. Zowel in de totale patiëntenstroom als in de samenstelling daarvan zijn grote veranderingen opgetreden (tabel 6).

Over de gehele periode is het aantal patiënten (opnamen, dagopnamen, eerste polikliniekbezoeken) met 51% gestegen. Dat is gemiddeld 3,6% per jaar. Het aantal te onderzoeken en behandelen patiënten neemt dus sterk toe. Binnen deze totale ontwikkeling zien we enkele significante ontwikkelingen.

Tot 1984 zien we een toename in het

Tabel 6. Opnamen, dagopnamen en polikliniekbezoeken in algemene en academische ziekenhuizen.

× 1.000	1972	1975	1979	1984	1986	
opnamen .....	1.361	1.443	1.513	1.532	1.498	10%
dagopnamen ....	-	-	50	170	261	52%
totaal .....			1.563	1.702	1.759	13%
polikliniekbezoeken .....	2.827	3.446	3.603	3.929	4.549	61%
totaal aantal patiënten .....	4.188	4.889	5.166	5.631	6.308	51%

Tabel 7. Samenstelling klinisch patiëntenbestand algemene ziekenhuizen 1971 en 1986.

1971*		
1.	ademhalingsziekten .....	14,2%
2.	ziekten spijsvertering .....	10,4%
3.	bevallingen .....	9,5%
4.	bijzondere opnamen .....	8,8%
5/6.	hart-/vaatziekten .....	8,4%
5/6.	ziekten urogenitaal .....	8,4%
1986**		
1.	hart-/vaatziekten .....	12,6%
2.	ziekten bewegingsstelsel .....	9,5%
3.	nieuwvormingen .....	8,8%
4.	ziekten spijsvertering .....	8,6%
5.	bevallingen .....	8,3%

\* Deze groepen omvatten ruim 51% van de opnamen.  
\*\* Deze groepen omvatten ruim 47% van de opnamen.

Bron: SIG.

Tabel 8. Aandeel 65-plussers in opnamen per diagnosegroep 1971 en 1986.

diagnosegroep	% 65-plussers		mutatie 1971- 1986 in procent- punten
	1971	1986	
1. infectieziekten .....	10,5	17,8	7,3
2. nieuwvorming .....	32,4	42,9	10,5
3. endocrien .....	32,8	41,6	8,8
4. ziekten bloed- en bloedvormende organen .....	30,9	54,2	23,3
5. psychische ziekten .....	10,2	19,7	9,5
6. ziekten zenuwstelsel en zintuigen .....	15,7	35,8	20,1
7. hart- en vaatziekten .....	42,2	52,5	10,3
8. ademhalingsziekten .....	6,0	22,0	16,0
9. ziekten spijsverteringsstelsel .....	18,2	29,0	10,8
10. ziekten urogenitaal stelsel .....	14,2	22,7	8,5
11. bevallingen .....	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
12. huidziekten .....	14,9	21,7	6,8
13. ziekten bewegingsstelsel .....	7,0	17,6	10,6
14. congenitale afwijkingen .....	1,5	2,2	0,7
15. perinatale aandoeningen .....	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
16. symptomen .....	18,0	30,4	12,4
17. ongevallen .....	14,3	25,7	11,3
18. bijzondere opnamen* .....	2,1	8,9	6,8
totaal .....	14,9	26,3	11,4

\* Inclusief levend geborenen

Bronnen: 1971: 'Diagnostiek Ziekenhuizen' (CBS, 1974);  
1986: 'LMR-jaarboek' (SIG 1987)

aantal klinische opnamen, daarna zien we een geringe afname (ruim 1% per

jaar). Het aantal dagopnamen neemt vanaf 1979 zeer sterk toe. Vóór 1979 was er geen integrale registratie. Vanaf 1979 is er een vervijfvoudiging. Het aantal eerste polikliniekbezoeken neemt met 4,4% per jaar toe.

Geconcludeerd kan worden dat de totale patiëntenstroom in de ziekenhuizen met ruim 3,5% per jaar toeneemt. Daarbinnen zien we een nadrukkelijke verschuiving naar ambulante vormen van dienstverlening.

## PATIËNTENBESTAND

Een belangrijke indicator voor het type patiënt dat in een ziekenhuis wordt behandeld is de diagnose (zie Van der Zee). De samenstelling van het 'diagnosepakket' van de ziekenhuizen is in de periode 1971-1986 in belangrijke mate veranderd. Tabel 7 toont de 'top-5' in diagnosegroepen in respectievelijk 1971 en 1986.

Opvallend is het sterk afnemend aantal opnamen in de diagnosegroep 'ademhalingsziekten'. Al eerder is gewezen op de verschuiving van klinisch behandelen naar poliklinisch behandelen van een belangrijke diagnose in deze groep, de chronische ziekten van tonsillen en adenoid.

De diagnosegroepen 'hart-/vaatziekten' en 'ziekten bewegingsstelsel' hebben een sterk groeiend aandeel in het totaal van de opgenomen patiënten. Voor een deel is deze groei toe te schrijven aan een dalend aantal opnamen in andere diagnosegroepen. De opnamecoëfficiënt voor de genoemde diagnosegroepen is echter tussen 1971 en 1986 ook sterk toegenomen (met 56% voor hart- en vaatziekten en met 112% voor ziekten van het bewegingsstelsel). Dit geldt eveneens voor de diagnosegroep 'nieuwvormingen'. In deze groep is de opnamecoëfficiënt met 35% toegenomen in de periode 1971-1986.

De veranderingen in de verdeling van de opnamen over de diagnosegroepen blijken in de periode 1971-1986 zeer groot te zijn geweest. Hoewel op basis van de gepresenteerde gegevens geen directe conclusies kunnen worden getrokken over de ernst van de aandoening mag toch worden gesteld dat door de snelle toename van het aandeel 'hart- en vaatziekten' en 'nieuwvormingen' een groeiend deel van de opnamen betrekking heeft op ziekten die door hun levensbedreigende karakter zeer veel zorg en aandacht vragen.

Een ander zorgverzwarend element in de

patiëntenstroom is de veranderde *leeftijdsopbouw*. Ter illustratie hiervan wordt in *tabel 8* een vergelijking tussen het aandeel 65-plussers in de opnamen in 1971 en 1986 weergegeven.

Uit de tabel blijkt dat het aandeel dat bejaarden hebben in de opnamen in ziekenhuizen tussen 1971 en 1986 sterk is toegenomen. In twee diagnosegroepen ('bloed en bloedvormende organen' en 'hart- en vaatziekten') bestaat meer dan de helft van het aantal opnamen uit 65-plussers. Met een aandeel van meer dan 40% zijn de bejaarden ook in ruime mate aanwezig in de diagnosegroepen 'nieuwvormingen' en 'endocriene ziekten'. In enkele diagnosegroepen is het aandeel 65-plussers in de opnamen tussen 1971 en 1986 meer dan verdubbeld. Dit zijn de groepen: 'Ziekten zenuwstelsel en zintuigen', 'Ademhalingsziekten', 'Ziekten bewegingsstelsel', en 'Bijzondere opnamen'.

Deze veranderingen in de leeftijdsopbouw van de diagnosegroepen kunnen worden verklaard uit meerdere factoren. Al eerder is gewezen op de vergrijzing van de bevolking. Het aandeel bejaarden in de bevolking bedroeg in 1971 10,2%. In 1986 was dit toegenomen tot 12,3%. Bovendien hebben zich veranderingen voorgedaan in het behandelpatroon. De opnamecoëfficiënten van met name de ouderen zijn de afgelopen jaren sterk toegenomen. Een deel van de stijging moet worden toegeschreven aan het meervoudig opnemen van patiënten. Voorts lijkt het niet onwaarschijnlijk dat de verschuiving van behandeling in de kliniek naar behandeling op de polikliniek bij ouderen in minder sterke mate heeft plaatsgevonden dan bij jongeren. Een mogelijke oorzaak hiervan is dat bij oudere mensen vaker een complex ziektebeeld optreedt als gevolg van het voorkomen van meerdere kwalen tegelijkertijd (multimorbiditeit). Een voorbeeld van een dergelijke complicerende factor is suikerziekte.

Op basis van econometrische kostenanalyses (Van Aert, 1977) kan worden geconcludeerd dat de 'kosten-intensieve' diagnoses en leeftijdscategorieën een sterke toename te zien geven. Op basis van de demografische ontwikkelingen kunnen we concluderen dat een toename van complexe diagnoses in de toekomst zonder meer te verwachten is. Voor sommige van die diagnoses zien we nu reeds wachtlijsten ontstaan.

De algemene conclusie uit het bovenstaande is dan ook dat er sterke aanwijzingen zijn dat er in de ziekenhuizen sprake is van een aanzienlijke produkti-

viteitsverbetering sinds 1973. Dit ondanks het algemene economische principe (wet van Baumol) dat in de arbeidsintensieve dienstverlenende sector het behalen van arbeidsproductiviteitsstijgingen relatief moeilijker is. Het kraptemodel van de overheid en de toegenomen en complexere vraag heeft de efficiency in deze sector doen toenemen. De medische technologie heeft dan ook niet alleen geleid tot produkt-innovatie, maar zeker ook tot proces-innovatie. Is de eerste vorm van innovatie meer gericht op het ontwikkelen van nieuwe 'produkten', de tweede vorm heeft meer te maken met effectievere behandelstructuren van bepaalde patiëntencategorieën. Men kan hierbij denken aan nieuwe geneesmiddelen, maar ook aan bijvoorbeeld de CT-scan.

## CONCLUSIES

1. Tot en met 1983 zien we een positieve volumeontwikkeling in de gezondheidszorg. Gerelateerd aan de volumeontwikkeling van het bruto nationaal produkt zien we vanaf 1983 een duidelijke afname in volumina in de gezondheidszorg.
2. De positieve volumeontwikkelingen tot en met 1982 hangen voor een zeer groot gedeelte samen met direct overheidsbeleid. In de jaren 1973 t/m 1979 groeide op basis van de overheidsplanning de verpleeghuiscapaciteit met 40% en die van de zwakzinnigenzorg met 25%. De groei in de personeelsintensiteit hing samen met de in het FOGM voorgenomen richtlijnverruiming en capaciteitsuitbreiding.
3. Voor de ziekenhuizen kan worden becijferd dat over de periode 1973-1986 zeker 80% van de kostenstijging het gevolg is van prijseffecten en dat ongeveer 20% het gevolg is van ontwikkelingen in bevolkingsomvang, vraag en arbeidsduurverkortung. Er is sprake van produktiviteitsverbetering, welke nog hoger is als ook de kwaliteitsverbetering en een zwaarder behandeld patiëntenbestand wordt verondersteld, hetgeen alleszins redelijk is.
4. De gezondheidszorg kent als arbeidsintensieve dienstensector een veel geringere mogelijkheid tot produktiviteitsstijgingen. Dit leidt tot een stijgende relatieve prijsontwikkeling, die, gegeven de kostenontwikkeling, door middel van efficiencyverbetering in de instellingen is opgevangen.
5. Het zeer stringente overheidsbeleid met betrekking tot trendbeleid voor salarissen en de budgettering is effectief ge-

weest. Er is sprake van een *structurele* ombuiging na 1982.

6. Internationaal gezien neemt de gezondheidszorg in Nederland wat de kostenpositie betreft een middenpositie in. De ombuiging in ons land na 1982 is ook internationaal gezien succesvol.

7. De 'financiële' stuurbaarheid op macro-niveau blijkt effectief. De overheid heeft generiek gezien een effectief financieel beheersingsinstrument.

8. Op basis van morbiditeit en demografische ontwikkelingen kan worden verwacht dat – bij een continuering van het bezuinigingsbeleid van de overheid – de spanning tussen vraag en aanbod zal toenemen. De voor sommige patiëntencategorieën bestaande wachtlijsten zullen toenemen. De kwaliteit zal in gevaar komen.

9. De voorstellen van de commissie-Dekker zullen op zich geen oplossing bieden voor dit dilemma. Doordat de afgelopen jaren reeds efficiency-verbeteringen zijn bereikt, zal het verder oogsten van efficiency-verbeteringen steeds moeilijker worden. Er zullen dus politieke bestedingsprioriteiten moeten worden gesteld.

10. De afgelopen jaren is de beleidsruimte die aan instellingen en de daarin werkzame specialisten en andere medewerkers is gegeven – onder meer via de budgettering – op een adequate wijze ingevuld. De efficiency en productiviteit is zonder meer toegenomen. Het onderdeel van het overheidsbeleid en ook van de voorstellen van de commissie-Dekker dat betrekking heeft op de deregulering en flexibilisering moet worden voortgezet. Instellingen en hun medewerkers (specialisten, verpleegkundigen, enz.) hebben aangetoond de verantwoordelijkheid patiëntenzorg bij beperkte middelen te verlenen, op zich te nemen. Daartoe is verdere beleidsruimte nodig, zowel ten aanzien van de budgettering, als van de planning, bouw, etc. □

Beide auteurs zijn verbonden aan de Nationale Ziekenhuis Raad: Prof. Dr. A. P. W. P. van Montfort (tevens bijzonder hoogleraar economie en organisatie gezondheidszorg aan de KUB te Tilburg) als beleidscoördinator, Drs. L. Vandermeulen als coördinator afdeling financierings- en verdeelsystemen.

## Een kritiek op de 'Nota 2000'

# Zorg om dalende sterfte

Over de gezondheidstoestand van de mensen in Nederland bestaan tegenstrijdige opvattingen. Het gaat beter, want de mensen worden gemiddeld ouder. Het gaat slechter, want de – overgebleven – risico's zijn beter bekend, de gezondheidszorg is zo 'duur' geworden en er zal dus wel veel niet pluis zijn. De grenzen van de zorg lijken bereikt.

### 'HET BOEK'

Deze bijdrage gaat over het perspectief van achterliggende demografische en epidemiologische verschijnselen, de ontwikkeling van het medisch handelen en het verband met de vraag naar zorg. Er wordt ingegaan op enkele gangbare veronderstellingen die ook in de 'Nota 2000' zijn geuit, waarmee onder meer het bezuinigingsbeleid in algemene zin wordt onderbouwd, met in de toekomst toenevende schaarste als resultaat.

Aan dit vraagstuk besteedt dat in 1986 verschenen boek op dubbelzinnige wijze aandacht<sup>1</sup>. Enerzijds is door toedoen van het ministerie van WVC gezondheid en ziekte voor de beleidsontwikkeling weer eens centraal gesteld, na jaren van gepraat over structuren, echelons en kosten; op deze manier kunnen de bevolking en de betrokken zorgverlening immers beter op hun verantwoordelijkheden worden aangesproken en geprikkeld tot meedenken. Anderzijds zijn de voor discussie bedoelde analyses op voorhand voorzien van waardeoordelen en conclusies, die naar de uitkomst toe redeneren: het mag niets kosten, hoor, en dat is ook niet nodig!

Het Boek wekt voorts de indruk dat de mensen in Nederland grotendeels door hun eigen toedoen, zelfs schuld, in een uiterst risicovolle maatschappij leven, waarin leven en werken, niet werken trouwens ook, velerlei gevaren voor de gezondheid oproepen. Met name in de welvaartstaat heeft, volgens Het Boek, een aantal ziekmakende leefgewoonten opgeld gedaan, waaraan nu een einde moet komen. De positieve effecten, met name op de gezondheidstoestand van ouderen en kinderen, blijven gemakshalve onbesproken.

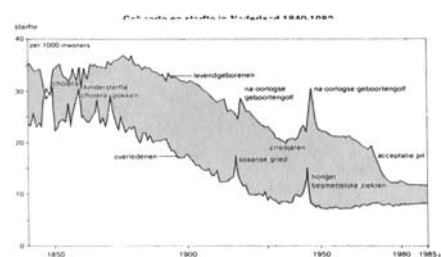
## J. W. W. Coebergh

*Het is beter het vraagstuk van de door iedereen wenselijk geachte daling van de sterfte onder ogen te zien dan de symptomen – stijgende uitgaven van de gezondheidszorg – betrekkelijk willekeurig te bestrijden, met de daarbij behorende jacht op zondebokken. Een kritiek op de 'Nota 2000' ('Het Boek') van WVC van J. W. W. Coebergh, medewerker bij het Instituut Epidemiologie en de Studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.*

Met een beroep op onze zondigheid wordt het huidige beleid van afnemende middelen tegen een groeiende vraag naar zorg gerechtvaardigd; grotere mondigheid is nodig om het (niet nader gespecificeerd) ontoereikend functioneren van de zorg te verbeteren. Schaarste wordt als een remedie voor de (huidige) overvloed gezien. Op de ontwikkeling van de gezondheidszorg sinds de jaren vijftig kan in de geest van Het Boek de volgende persiflage worden gegeven:

gezondheidszorg	tijdsgewricht
zondvloedige zorg .....	'60
zondigheidszorg .....	'70
zonde van de zorg .....	'80
mondigheidszorg .....	'90
zonder zorg .....	na 2000

Figuur 1. Geboorte en sterfte in Nederland, 1840-1982.



Bron: CBS.

In het navolgende wordt verder ingegaan op de ontwikkeling van de sterfte als wezenlijk eindpunt.

### ONTWIKKELING STERFTE

Ten aanzien van de ontwikkeling van de sterfte in Nederland bevat Het Boek op blz. 8 een wezenlijk *misverstand*, namelijk dat van een *gelijkblijvende sterfte* in combinatie met of ondanks een groeiende en dus duurder gezondheidszorg. In Nederland werd deze gedachte door een vaak vooraanstaande beleidsadviseur bijna zes jaar geleden geventileerd<sup>2</sup>. Ruim voordat Het Boek was geschreven is deze gedachte in een commentaar ontzenuwd<sup>3</sup>. Het Boek beroept zich op een gezondheidseconoom (Abel Smith) uit Engeland, waar de National Health Service op dezelfde gronden ook gedurende lange tijd de middelen zijn onthouden.

In vele CBS-publicaties staan de cijfers die op het tegendeel wijzen. Op basis daarvan reageerde ook Hoogendoorn ruim een jaar geleden op gelijksoortige wijze op deze passage<sup>4</sup>. Niet alleen wijzen de cijfers in een andere (veel gunstiger) richting, ook de implicaties wijzen de andere kant uit.

In *figuur 1* staat het verloop van de bruto-sterfte- en geboortecijfers in Nederland sinds 1850. Sinds 1950 daalt de bruto-sterfte niet meer, stijgt mogelijk enigszins en dit zou een aanwijzing zijn – voor de eerder genoemde adviseur bijna een bewijs – voor de *verminderde meeropbrengst*, vooral in de gespecialiseerde gezondheidszorg.

Helaas blijft dit idee van de verminderde meeropbrengst in Het Boek ongerept; integendeel: het legt zich er op vóórhand bij neer. Het was toentertijd en trouwens nu nog steeds een overtuigend argument om te bezuinigen op 'de' gezondheidszorg. Niet alleen is de suggestie van een gelijkblijvende sterfte onjuist, de conclusie met betrekking tot de rol van de gezondheidszorg is dit evenzeer: het omgekeerde is eerder waar.

Uit bruto- en voor leeftijdsopbouw gecorrigeerde sterftecijfers sinds de jaren dertig blijkt een *indrukwekkende daling* te hebben plaatsgehad, met name bij de

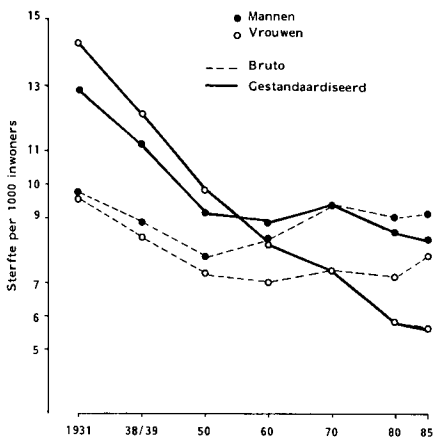
vrouwen (figuur 2). Bij de mannen lijkt zich een zekere stagnatie, ja zelfs achteruitgang, te hebben voorgedaan in de jaren vijftig tot en met zeventig. Dit blijkt vooral te berusten op de destijds stijgende sterfte aan ongevallen, hart- en vaatziekten en longkanker, alle ontstaan buiten de 'schuld' van de gezondheidszorg. Voorts pleegt er enige tijd overeen te gaan, voordat nieuwe problemen worden herkend, laat staan effectief door de gezondheidszorg worden bestreden. Het gevolg van de dalende sterfte is een toenemende levensverwachting, bij vrouwen meer dan bij mannen (figuur 3). Nederland behoort hierbij tot de kopgroep in de wereld met landen als Japan, Zwitserland en de Scandinavische landen.

## BETEKENIS GEZONDHEIDSZORG

Het voorgaande heeft belangrijke implicaties voor de vraag naar en de rol van de zo vermaledijde, alleen maar geld kostende gezondheidszorg. In navolging van McKeown wordt de daling van het sterftecijfer en de toename van de levensverwachting (en ook het omgekeerde) voor het merendeel toegeschreven aan verbetering van sociaal-economische omstandigheden, hygiëne, huisvesting, voeding, veiligheid en vrede, ofwel het werk van ingenieurs, economen, politici en militairen. De rol van de geneeskunde in dit opzicht wordt verondersteld relatief gering te zijn en betreft meer uitstel van sterfte met weken, maanden, soms jaren. (In een recent verschenen proefschrift becijfert Mackenbach echter op basis van analyses van het verloop van sterftecijfers van door medisch ingrijpen vermijdbare dodelijke ziekten, dat juist na de jaren vijftig de geneeskunde wel een zekere invloed heeft gehad: volgens hem is de levensverwachting bij mannen met bijna drie jaar toegenomen als gevolg van de behandeling van voorheen dodelijke ziekten als kanker, infecties, hart- en nierziekten, bij vrouwen met bijna vier jaar<sup>5</sup>. Zonder deze invloed zou de eerder genoemde achteruitgang bij mannen in de jaren vijftig tot zeventig nog veel groter zijn geweest.)

Wat hier ook van zij, omdat de gemiddelde leeftijd van de mensen toeneemt (figuur 3) neemt ook de mogelijkheid toe dat men in de loop van het (latere deel van het) leven last krijgt van diverse grote en kleine kwalen die vooral de kwaliteit van leven aantasten – een variant op de wet van het 'behoud van ellende'. Het betreft hier vooral leeftijdsafhankelijke

Figuur 2. Verloop van de sterfte in Nederland, 1931-1985, per geslacht, per 1.000 inwoners.

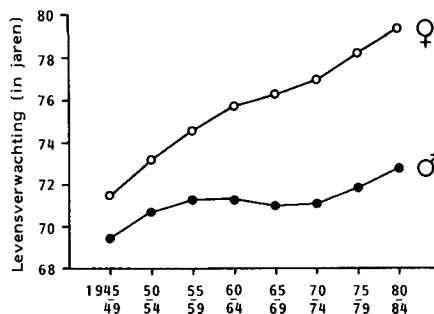


Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek; 1970 = standaardbevolking.

('age dependent') ziekten, waarvan de wijze van ontstaan primair samenhangt met het verouderingsproces<sup>6</sup>. Te noemen zijn functionele problemen met het zien, horen, evenwicht, aan ledematen en gewrichten, de prostaat, bloedvaten, blaas en darmen en niet te vergeten het zenuwstelsel. Mensen met dergelijke problemen hebben de geneeskunde en de gezondheidszorg veelal hard nodig, ook zonder dat zij ernstig ziek zijn. Voor hen is de beschikbaarheid van zorg, waar men natuurlijk in principe nooit 'voor zijn lol' een beroep op doet, een van de garanties voor een goede kwaliteit van leven.

Op grond van het specifieke karakter van de meeste klachten en symptomen en de aanwezigheid van multipathologie is een diagnose niet altijd eenvoudig te stellen. Patiënten doen in dergelijke si-

Figuur 3. Verloop van de levensverwachting bij de geboorte in Nederland sinds 1945, per geslacht.



Bron: CBS Bevolkingsstatistiek.

tuaties, veelal op verwijzing van de huisarts, een beroep op specialisten als de oogarts, KNO-arts, orthopeed, vrouwenarts en uroloog, internist, cardioloog, neuroloog, huidarts en psychiater. Enerzijds hebben deze specialisten de laatste twintig, dertig jaar aan deze patiënten steeds meer te bieden, bijvoorbeeld door middel van verfijnd functieonderzoek, geneesmiddelen en het inzetten van kunstlenzen, heupen, knieën, protheses en pacemakers, waarbij de risico's bij deze ingrepen sterk zijn afgenomen door verbeteringen in de materialen en de anesthesiologie. Anderzijds zijn de keuzeprocessen ingewikkelder geworden als gevolg van het huidige arsenaal aan diagnostische en therapeutische mogelijkheden, ten aanzien waarvan de beter geïnformeerde en mondiger wordende patiënt steeds hogere verwachtingen koestert en eisen stelt. Niet in de laatste plaats komt dit ook door de aandacht in de massamedia. Bovendien is er bij dergelijke nieuwe ontwikkelingen regelmatig sprake van een zekere inhaalvraag door 'prevalente' patiënten. Het verzekeringsstelsel en de sociale wetgeving legden gedurende de jaren zestig en zeventig weinig belemmeringen in de weg, zodat door de sterk groeiende vraag het zorgaanbod dikwijls te kort bleef schieten. Het is daarom goed te verklaren dat de hiermee gemoeide uitgaven sterk zijn opgelopen. (Daarop heeft vooral de ontwikkeling van de loonkosten in de krappe arbeidsmarkt invloed gehad.) De gedachte, dat de mensen er zelf ook iets voor over zouden moeten hebben bleek moeilijk uitvoerbaar op politieke en ook praktische gronden.

Onder aanname van gelijkblijvende epidemiologische omstandigheden zal de op demografische gronden te verwachten voortdurende toename van het aantal ouderen en vooral hoogbejaarden in de nabije toekomst gepaard kunnen gaan met een netto-toename van de ziektelast van 1% à 2% per jaar. De in epidemiologisch opzicht te verwachten veranderingen onder andere als gevolg van de alom zo geproclameerde preventie komen echter pas op langere termijn; hun omvang en met name de termijn waarop zij kunnen worden verwacht, zijn moeilijk te schatten. Daarom is het beter de diverse ontwikkelingen van de vraag naar zorg tentatief in scenariovorm weer te geven, met de bedoeling de meest betrokkenen (politici, zorgverleners en bevolking) keuzes te laten, eerder dan opstellers van nota's. Hierna een voorbeeld aan de hand van de ontwikkeling van de sterfte.

In tabel 1 staat een samenvatting van de 'epidemiografische' ontwikkeling die de mensheid in de 'ontwikkelde' wereld lijkt door te maken in de laatste honderdvijftig jaar (zie ook figuur 1):

- Fase 1 werd gekenmerkt door een fluctuerende sterfte met epidemieën: het patroon in de vorige eeuw.
- Fase 2 werd gekenmerkt door een dalende sterfte, vooral bij jongeren: het patroon in de eerste helft van deze eeuw.
- In fase 3 daalde de sterfte in alle leeftijdsgroepen, met uitzondering van mannen op middelbare leeftijd. Nieuwe bedreigingen van de gezondheid duiken op. Voorbeeld: mannen in Nederland in de jaren '50-'70 ten gevolge van ongevallen in het verkeer en ziektes samenhangend met leefgewoonten als roken, alcohol, voedingsgewoonten en beroepsinvloeden, ook wel welvaartziektes genoemd.
- In de thans opgang doende fase 4 daalt het sterftcijfer vooral bij ouderen. Fase 4 lijkt thans het voorland van de mannen in Nederland te zijn. Voor mannen uit de zogeheten hogere sociaal-economische klassen is hij al aangebroken. (Sommige vrouwen lijken terug te gaan naar fase 3.)

## ONTWIKKELING ZORGVRAAG

Het is te verwachten dat door het gezonde leven van Het Boek fase 4 steeds meer zal opgaan ten koste van fase 3. Het optreden van diverse ziektes vermindert of verschuift naar latere leeftijd. Met betrekking tot het optreden van degeneratieve ziektes is dit overigens onzeker. Het is met name van belang hoe onze gemiddelde levensduur ('life span') zich zal ontwikkelen. Ingeval deze gelijk blijft, zal door de verschuiving van, wellicht ook, degeneratieve ziektes naar latere leeftijd een compressie van morbiditeit optreden: een 'optimistisch' scenario op basis van een artikel van Fries in 1980<sup>7</sup>. Als reactie daarop is, uitgaande van een langer wordende gemiddelde levensduur een 'pessimistische' variant ontwikkeld door Brody en Schneider<sup>8</sup>. De duur van chronische ziektes neemt toe door tijdiger vaststelling en betere zorg (dankzij onder andere de geneeskunde). Omdat de incidentie van degeneratieve ziektes toeneemt met het stijgen van de leeftijd, zullen er jaarlijks meer nieuwe patiënten komen die langer leven met hun ziekte. Het gevolg is dat de prevalentie kan toenemen met 2% tot 3% per jaar. 'Optimistisch' en 'pessimistisch' zijn wellicht eerder op te vatten vanuit de demagogiek van de kostenbe-

Tabel 1. Epidemiografische veranderingen sinds 150 jaar.

fase ziektepatroon	sterftcijfer	mediane levensverlft bij dood	levensverwachting bij geboorte
1 ... pan/epidemieën, infecties	fluctueert	55 jr.	30-50 jr.
2 ... infecties nemen af, meer chronische ziektes	daalt, vnl. bij kinderen	67 jr.	50-60 jr.
3 ... als 2, maar toename van 'welvaarts'- ziektes	daling stag-neert	73 jr.	60-70 jr.
4 ... meer degeneratieve ziektes	daling bij ouderen	> 75 jr.	70-80 jr.

Bron: Olshansky, The Milbank Quarterly 1986; 64: 355-91.

Tabel 2. Scenario's van vraag naar zorg.

Ontwikkeling van de vraag naar zorg bij toenemende levensverwachting door 'gezonder' leven		
ziektekenmerk	scenario	
	'optimistisch'	'pessimistisch'
incidentie		
chronische ziekte	daalt, verschuift	blijft gelijk
levensduur ('life span')	blijft gelijk	neemt toe
ziekteduur	neemt af	neemt toe
ziektepatroon	minder ziektes	meer op hoge leeftijd
prevalentie	neemt af, 'compressie'	neemt toe, multi-pathologie

Gebaseerd op: \* Fries (1980), \*\* Brody (1983).

heersing c.q. achting voor het leven. Het scenario staat in tabel 2 weergegeven. Wellicht gaan beide varianten gelijktijdig op bij verschillende mensen, met een verschillende verdeling naar sociaal-economische klasse. Blijkens de dalende sterftcijfers begint het juist in de oudere leeftijdsgroepen in Nederland steeds meer op de 'pessimistische' variant te lijken. Als dit zo is, is dat dan een probleem voor onze maatschappij?

## OUDER WORDEN EN ZORG

Zijn de toename van de levensverwachting en nu ook de levensduur, alsmede de inmiddels verworven medische mogelijkheden om voor een redelijke kwaliteit van leven te zorgen, een groot probleem of een letterlijk ongekend maatschappelijk succes te noemen? Waarom zouden we ons niet gewoon aanpassen aan deze nieuwe werkelijkheid, met zorgverlening en onderzoek (hoe het beter kan), in plaats van zo te kreunen over de kosten? Zou het werken aan deze maatschappelijke vraag niet gewoon deel kunnen uitmaken van 'de' economie?

Wanneer deze boodschap niet nu aan

jonge en gezonde premiebetalers wordt voorgehouden, is het aannemelijk dat het huidige 'goedkoop' te zijner tijd 'duurkoop' zal blijken te zijn. Schaarste zal zijn te verwachten bij de zorg over de gehele linie: oogheelkunde en radiotherapie lopen voorop. Dit zal ook een zware hypotheek leggen op de besluitvorming rond een zorgvuldig einde van het leven van chronisch zieke mensen. Met name de grote groep oudere, veelal alleenstaande vrouwen zal hiervan de dupe worden, na eerst haar zieke echtgenoot in thuiszorg te hebben gehad.

In combinatie met het kraptebeleid en de voortgaande ontwikkeling van de medische mogelijkheden zal de door de 'Nota 2000' gepropageerde en door de commissie-Dekker gretig overgenomen 'gezonde' levensstijl de schaarste vermoedelijk eerder vergroten dan verkleinen.

Het ouder worden van de mensen heeft overigens op veel terreinen gevolgen. De kosten van het leven zullen niet dalen, integendeel. Recent maakte de verzekeringsmaatschappij Centraal Beheer hiervan melding in haar jaarverslag over 1987. In Amerika is overigens ten behoeve van Ford Motor Company al uitgerekend wat op de lange termijn de kosten en opbrengsten zijn van een toename van de aandacht voor preventie van ziekte en ongevallen onder het personeel van deze firma<sup>9</sup>: de besparingen in de uitgaven voor gezondheidszorg – waarvan overigens nog twijfel bestaat – vallen in het niet bij de hogere pensioenlasten.

## CONCLUSIE

Het vraagstuk van de door iedereen wenselijk geachte daling van de sterfte kan beter onder ogen worden gezien dan dat de symptomen – stijgende uitgaven aan gezondheidszorg – betrekkelijk willekeurig worden bestreden, mét de daarbij behorende jacht op zondebokken. Daar is de kwaliteit van leven van velen in Nederland niet mee gediend. □

De hier afgedrukte beschouwing is de bewerkte tekst van een voordracht, gehouden ter gelegenheid van het afscheid van Prof. Dr. P. C. de Jong als hoogleraar in de keel-, neus- en oorheelkunde, in het bijzonder de oncologie, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

De bij deze publikatie behorende literatuurlijst kan bij de redactie worden opgevraagd

# Gezondheidsbeleid en machtsversnippering

## Slot: Achterliggende belangen bij de verschuiving van gezondheidszorgvoorzieningenbeleid naar gezondheidsbeleid

Volgens de definitie die we hanteren is machtsuitoefening een bewust instrumenteel proces. Machtsinstrumenten worden ingezet om doeleinden te bereiken, ofwel om de eigen belangen te verzekeren. Voordat we gaan kijken naar de uitoefening van macht, lijkt het daarom zinnig eerst aandacht te besteden aan de achterliggende belangen. Bij wijze van 'case' gaan we na welke belangen een rol spelen bij de verschuiving van gezondheidszorgvoorzieningenbeleid naar gezondheidsbeleid. De indeling naar vier partijen in de gezondheidszorg staat ook hier weer centraal. Op basis van de analyse van belangen doen we vervolgens uitspraken over het inzetten van machtsinstrumenten ter ondersteuning of juist ter ondergraving van het gezondheidsbeleid.

### BELANG GEZONDHEIDSBELEID

In het voorgaande artikel zijn de vier redenen genoemd die het *ministerie van WVC* heeft gegeven voor het uitbrengen van de 'Nota 2000', ofwel voor de introductie van het gezondheidsbeleid. Behalve de internationale afspraken drukken die redenen een bepaalde ideologie en noodzakelijkheid uit om tot een ander beleid te komen. Ideologisch in die zin dat de huidige hoogontwikkelde gezondheidszorg negatieve bijwerkingen kent en 'voorkomen beter is dan genezen'. Noodzakelijk, omdat een toekomst in het verscheidt lijkt te liggen waarin de zorgvraag scherp zal toenemen (onder andere door de vergrijzing), terwijl er onvoldoende middelen zijn om de voortgezette grootschalige ontwikkeling van het zorgsysteem te bekostigen.

Deze punten vormen gezamenlijk het belang van de overheid bij de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid op nationaal niveau. Maar er is in het voorgaande ook al op gewezen dat in het recente beleid (onder andere weergegeven in de 'derde Dekkerbrief') van de nationale overheid het gezondheidsbeleid nauwelijks een rol speelt. Zojuist genoemde belangen blijken ondergeschikt aan de belangen van de overheid bij het gezondheidszorgbeleid, met name de betaalbaarheid en beheersbaarheid van het zorgsysteem. Dit

R. van de Vrie en  
A. van Elzakker

*Hoe haalbaar zijn ten onzent beleidsinterventies op het terrein van de volksgezondheid? In de 'Nota 2000' wordt een verschuiving bepleit van gezondheidszorgvoorzieningenbeleid naar gezondheidsbeleid. In een tweede van twee artikelen bestuderen Drs. Reinier van de Vrie, eindredacteur van het Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting, en Drs. Ad van Elzakker, beleidsmedewerker volksgezondheid bij de gemeente Den Haag, hoe dit voorstel uitwerkt in het machten- en krachtenspel van de huidige gezondheidszorg.*

lijkt een onderscheid tussen de belangen van de korte termijn (die liggen bij het zorgbeleid) en de langere termijn (die liggen bij het gezondheidsbeleid).

Voorts liggen de belangen binnen de overheid niet eenduidig. Enige aandacht voor de positie van de gemeentelijke overheden is in dit verband zinnig. In de 'derde Dekkerbrief' van het kabinet worden juist de gemeenten aangewezen als de motoren achter het gezondheidsbeleid. De gemeenten hebben op het eerste gezicht daarom veel belang bij een verschuiving van zorgbeleid naar gezondheidsbeleid. Een complicerende factor is echter, dat dit nieuwe beleid bij de gemeenten is geïntroduceerd op het moment dat duidelijk werd dat zij geen enkele rol meer zullen spelen in het zorgbeleid, terwijl jarenlang met de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg op dit laatste is aangestuurd. Het mislukken van de decentrale planningsoptie in de gezondheidszorg heeft bij veel gemeenten een kater achtergelaten. Gezondheidsbeleid wordt door gemeenten niet als een alternatief gezien, maar als aanvullend voor een eigen zorgbeleid. Bovendien blijft het voor de gemeenten een lege huls als er geen extra financiële middelen van het Rijk tegenover staan.

Voor de financiers van zorg, de *verzekeraars*, ligt het belang van een verschui-

ving in de richting van een gezondheidsbeleid vooral in de mogelijkheid dat dergelijk beleid zal leiden tot minder gebruik van voorzieningen. De kosten van zorg kunnen erdoor afnemen. Dit zou de financiers in staat kunnen stellen de premiehoogten van de verzekering voor ziektekosten te beheersen. Bovendien is het niet ondenkbaar, dat een slimme verzekeraar onderdelen van het gezondheidsbeleid binnen zijn verzekeringspakket weet te brengen. Deze vergroting van de verzekeringsmarkt is een (commercieel) belang voor de financiers, zeker in een meer op concurrentie gebaseerd verzekeringsstelsel, zoals het kabinet wil.

Anderzijds wordt in het nieuwe stelsel concurrentie uitgesloten met premies die gedifferentieerd zijn naar individuele gezondheidstoestanden. Verzekeraars kunnen met andere woorden gezond gedrag – een pijler van het gezondheidsbeleid – niet belonen. Hier komt bij, dat het allermindst zeker is dat een meer ontwikkeld en effectief gezondheidsbeleid tot een verminderd voorzieningengebruik leidt. Een toegenomen besef van de eigen gezondheid kan integendeel juist leiden tot een grotere vraag naar zorg. Het gezondheidsbeleid zal dan de kosten van het zorgsysteem in opwaartse richting onder druk zetten.

Het *veld* van zorgverlening baseert zich op geheel andere uitgangspunten dan het gezondheidsbeleid. Waar de laatste zich richt op de gezondheid van het collectief, is de zorgverlening voor het grootste deel gericht op de individuele zieke. Behalve het bijna niet te ontkennen ideologisch belang van 'voorkomen is beter dan genezen', zal het merendeel van de zorgverleners weinig belang hebben bij een beleidsoriëntatie op gezondheid. Zeker indien de vastgestelde beleidsmatige verschuiving gestalte krijgt in het herverdelen van schaars beschikbaar geld, zal er zelfs sprake zijn van een negatief belang voor de zorgverleners. Er zal minder geld overblijven voor de zorg. Hier komt bij dat zodra in de volksgezondheid het genezen van zieken niet meer het centrum van het hele systeem vormt, het prestige en de status van de genezers, de medici, in het geding komen.

Overigens zijn er ook zorgverleners, die



in termen van prestige en status juist belang hebben bij een versterkt gezondheidsbeleid. Denk aan preventiewerkers, GVO-functionarissen, sociaal-geneeskundigen en anderen met een preventieve of voorlichtende taak. Dit betreft evenwel een minderheid in het veld.

Voor de *consument* is gezondheid van groot belang. Een gezondheidsbeleid dat een gezond leven in een gezonde omgeving voor iedereen nastreeft, lijkt daarom vooral het consumentenbelang te dienen. Op collectief niveau bezien is dit inderdaad het geval. Maar de belangen van collectief en individu lopen niet altijd parallel. Voor het gezonde individu betekent het gezondheidsbeleid in praktische zin een stelsel van aanbevelingen: rook niet, drink niet te veel alcohol, eet gezond, vrij veilig, beweeg; het gaat kortom om een gezonde levensstijl. Afhankelijk van hoe die boodschap wordt gebracht, zal de een zich er beter in kunnen vinden dan de ander. Voor het zieke individu is het veel belangrijker welke verzorgingsmogelijkheden er zijn dan welke preventiemogelijkheden, met andere woorden: zorgbeleid is voor een zieke belangrijker dan gezondheidsbeleid. Bovendien is gezondheid voor een individu vooral interessant wanneer het ziek is, gezondheid mist. Als consumenten zich organiseren in dit beleidsveld, dan gaat het ook meestal om ziekten of aandoeningen. De naam 'patiëntenvereniging' zegt in dit verband eigenlijk al genoeg. Het ligt voor de hand dat patiëntengroepen, die veelal worden geacht het consumentenbelang te behartigen, vooral oog hebben voor het gezondheidszorgvoorzieningenbeleid en een ontmanteling daarvan ten behoeve van het gezondheidsbeleid niet daadwerkelijk zullen steunen.

## INZET MACHTSINSTRUMENTEN

Welke ondersteunende activiteiten voor de ontwikkeling van een gezondheidsbeleid kunnen we nu, gelet op de bestaande belangen, verwachten? We zullen dit proberen te beschrijven door aan te geven op welke wijze beschikbare machtsinstrumenten vermoedelijk zullen worden ingezet.

### *Ten gunste van gezondheidsbeleid*

De *overheid* zal, door periodiek nota's te blijven uitbrengen, trachten het gezondheidsbeleid uit te bouwen. In die nota's zal aan dat beleid zoveel mogelijk handen

en voeten worden gegeven door aan te geven wat er concreet kan gebeuren en vooral door te wijzen op de te verwachten voordelen van zo'n beleid. Het machtsinstrument overreding wordt ingezet: er wordt gepoogd de samenleving te overtuigen van het nut van gezondheidsbeleid. In het Haagse Museon is zelfs een tentoonstelling rond dit thema georganiseerd: 'Gezondheid 2000'. Zowel rijksoverheid als – na een aarzelend begin – gemeenten zullen dit instrument hanteren. Daarnaast zullen de verschillende overheden het instrument 'beloning' op bescheiden schaal gebruiken. Beloning in de vorm van subsidies voor concrete acties van gezondheidsbeleid. Gelet op de financiële situatie zal dit machtsinstrument echter niet krachtig kunnen worden ingezet. Inzet van het dwanginstrument op grotere schaal dan nu het geval is – zoals bijvoorbeeld de beperkingen ten aanzien van alcohol- en druggebruik – lijkt niet voor de hand te liggen.

De *verzekeraars* zullen het beloningsinstrument ten gunste van het gezondheidsbeleid willen hanteren. Tenminste wanneer hen daar (wettelijke) ruimte toe wordt gelaten. We kunnen hier denken aan toepassing van een premiekorting bij vertoond gezond gedrag of het (mede) financieren van concrete projecten van gezondheidsbeleid. Dat de financiers zelfstandig het overredingsinstrument zullen hanteren, ligt niet zo voor de hand. Waarschijnlijk zullen zij zich er toe beperken informatieprojecten van anderen te ondersteunen, bijvoorbeeld in de eigen berichtgeving aan de verzekerden.

Binnen het *veld* is natuurlijk bij een aantal geledingen een zeer positieve houding ten opzichte van het gezondheidsbeleid aanwezig en een totale inzet van de hier beschikbare machtsinstrumenten is te verwachten. Deze inzet, met name uit GVO- en preventiekringen en delen van de epidemiologie en sociale geneeskunde, kan leiden tot een interne machtsconfrontatie tussen professionals in het veld. Gelet op het relatief geringe machtspotentieel van de dragers van het gezondheidsbeleid, zal deze confrontatie waarschijnlijk in hun nadeel uitvallen. Toch zal ook in bredere kringen binnen het veld machtsuitoefening ten gunste van het gezondheidsbeleid plaatsvinden. Zorgverleners zullen op meer systematische wijze dan voorheen hun kennis inzetten om activiteiten van gezondheidsbeleid – bijvoorbeeld bevolkingsvoorlichting – te steunen. Het sleutelwoord hierbij is 'preventie'. Op dit begrip ko-

men we in het onderstaande nog terug. De *patiëntengroepen* zullen voorshands weinig concrete aangrijpingspunten aan het gezondheidsbeleid onderscheiden om doelgerichte inzet van machtsinstrumenten mogelijk te maken. Via het instrument 'overreding' zullen er wel campagnes en acties plaatsvinden ter bevordering van gezond leefgedrag. Bij de meeste patiëntenorganisaties gaat het om het voorkomen van bepaalde ziekten, al zien we wel een tendens dat men zich ook meer richt op de bevordering van gezondheid in het algemeen. Een voorbeeld van het laatste is de 'Way of life'-campagne van de Nederlandse Hartstichting. Wellicht dat de (grote) landelijke belangengroepen in die zin meer zullen gaan samenwerken.

*Externe machtsuitoefening* ten gunste van het gezondheidsbeleid is op bescheiden schaal te verwachten. We kunnen hierbij de milieubeweging en de Consumentenbond noemen, groeperingen die op basis van hun eigen doelstellingen affectie hebben met specifieke belangen die binnen het gezondheidsbeleid passen (een schone leefomgeving, gezonde voeding, veilige producten, etc.). Het belangrijkste machtsinstrument van deze groepen is overreding. Voorts is het mogelijk dat uit de (sociaal-)wetenschappelijke hoek steun wordt geboden aan het gezondheidsbeleid; voor wetenschappers is dit beleid immers vooral een enorm, onontgonnen veld voor onderzoek. Ook is het mogelijk dat gezondheidsbeleid interessant wordt uit een bepaald ideologisch standpunt; het beleid legt bijvoorbeeld meer verantwoording bij het individu.

De hier beschreven inzet van machtsinstrumenten zou een langzame, maar gestage ontwikkeling van het gezondheidsbeleid tot gevolg hebben. Gelijktijdig zou de relatieve betekenis van het zorgbeleid gaan afnemen.

### *Ten nadele van gezondheidsbeleid*

Er zal echter ook machtsuitoefening plaatsvinden die de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid blokkeert. Bij elk van de vier groepen zullen instrumenten worden ingezet die het zorgbeleid ondersteunen en daarmee werken ten nadele van het gezondheidsbeleid.

Bij de *overheid* zal dit op nationaal niveau vooral door het instrument 'beloning' gaan gebeuren. Bij de verdeling van de schaarse financiële middelen zal van een wezenlijke verschuiving van zorg



naar gezondheidsbeleid geen sprake zijn. Hierbij speelt het dwanginstrument indirect een rol. Door in wetten namelijk het recht op een bepaalde zorg vast te leggen (AWBZ, Ziekenfondswet) is het beloningsinstrument al in een bepaalde richting gedwongen. Zolang de noodzaak van een omvangrijk, duidelijk omschreven zorgpakket op alle overheidsniveaus blijvend wordt onderschreven, zal een werkelijk gezondheidsbeleid niet van de grond komen.

Iets dergelijks geldt voor de *verzekeraars*. Zodra het gezondheidsbeleid zoveel geld gaat kosten dat het verzekerde zorgpakket in gevaar komt, zullen de zogeheten financiers trachten de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid af te remmen. Het instrument van de beloning beïnvloedt hun hiertoe concrete mogelijkheden, het instrument van de overreding baant de weg. Met een beroep op het verzekeringspakket, het recht op zorg voor de verzekerden en het oormerk van de geïnde premies, kunnen de verzekeraars de geldstromen blijvend in de richting van de zorgvoorzieningen sturen.

Ook het *veld* van de zorgverlening zal in verzet komen, wanneer het gezondheidsbeleid zich ten koste van het gezondheidszorgbeleid ontwikkelt. Immers, een dergelijke verschuiving van middelen treft het veld direct.

Voor de intramurale en specialistische zorgverlening zal het overredingsinstrument zo volledig mogelijk inzetten om de samenleving ervan te overtuigen dat er eigenlijk nu al te weinig middelen zijn voor een voldoende zorg en dat het onttrekken van geld ten gunste van het gezondheidsbeleid onverantwoord is. Sedert de budgettering van de ziekenhuizen zijn er voorbeelden te over van dit soort machtsuitoefening.

Een andere wijze waarop het veld een beschikbaar machtsinstrument zal inzetten ten nadele van het gezondheidsbeleid is misschien niet eens een bewust gebruik. We doelen hier op het beloningsinstrument 'kennis'. De zorgverleners zullen hun kennis niet zo gemakkelijk actief gebruiken om het gezondheidsbeleid te ontwikkelen. Traditioneel namelijk richt de kennis en uitbreiding daarvan zich vooral op de zorgverlening voor de individuele zieke en niet in de richting van de gezondheid van het collectief\*.

Hier komen we terug op de *preventie*. Onder preventie verstaan we in dit geval de activiteiten die een ziekte voorkomen, tot stilstand brengen of – in laatste instantie – leren beheersen en die worden uitgevoerd door de zorgverleners naast de curatieve taken die zij vervullen. Preventie lijkt het belangrijkste concrete instrument van gezondheidsbeleid.

Een preventie die zich ontwikkelt in het veld van zorgverlening zou gemakkelijk kunnen worden beschouwd als een succesvolle verschuiving in de richting van het gezondheidsbeleid, ten koste van het gezondheidszorgvoorzieningenbeleid.

Zo eenvoudig is het evenwel niet. Veel van de nu ontwikkelde preventie blijft gericht op individu en ziekte. Het gaat om zaken als het vroeg signaleren van ziekten (om vervolgens in het zorgcircuit te worden opgenomen), het aanleren van een verstandig ziektegedrag (om een goede patiënt te zijn), de aanbevelingen van het individu om gezond te blijven en dergelijke. Dit is niet de essentie van gezondheidsbeleid. Zorgverlening en preventie zijn onderdelen van zo'n beleid, dat bestaat uit een veelheid van activiteiten die zich richten op een integraal gezond leven van een gemeenschap.

Vanuit deze optiek lijkt de preventie, zoals ze is opgepakt door het veld van zorgverlening, een belangrijke bedreiging te zijn voor de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid. Gelden, beschikbaar gesteld voor het nieuwe beleid, kunnen via deze preventie binnen het gezondheidszorgbeleid blijven. Op subtiele wijze zou dit de verschuiving van zorg naar gezondheid blokkeren. Dit te meer omdat uit de patiëntengroep ook juist de preventie zal worden ondersteund als zijnde gezondheidsbeleid. Preventieprojecten, gecentreerd rond een bepaalde ziekte, zullen mogelijk mede worden gefinancierd door de patiëntengroepen (beloning). Zodra de zorg in het gedrang komt – en voor patiënten is dat natuurlijk heel snel – zullen zij zich tegen de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid keren. Het bespelen van de publieke opinie is daarbij een voor de hand liggende weg. Het instrument 'beloning' kan daarbij op slimme wijze worden ingezet door spectaculaire zorgexport te financieren (bijvoorbeeld de hartoperaties in Texas).

*Externe negatieve machtsuitoefening* is te verwachten van groepen en organisaties die een (deel)belang hebben bij de financiering van de gezondheidszorg. We noemen het ministerie van Financiën (bezuinigingen), vakbonden (pre-

miehoogten en beschikbaarheid van zorg en eventueel de werkgelegenheid in de zorgverlening of daarbuiten) en delen van de industrie (geneesmiddelenfabrikanten, vervaardigers van medische apparatuur, maar ook tabaks- en alcoholproducenten).

## CONCLUSIE

### *Kansen voor een gezondheidsbeleid?*

Positieve machtsuitoefening zal op kleine schaal impulsen geven aan de ontwikkeling en implementatie van een gezondheidsbeleid. Van een werkelijke verschuiving ten koste van het gezondheidszorgbeleid zal echter nauwelijks sprake zijn. Op het moment dat structureel een substantieel deel van de beschikbare volksgezondheidsgelden aan het gezondheidsbeleid dreigt te worden toegekend, zullen sterke tegenkrachten in het spel komen. Die tegenkrachten zullen zo sterk zijn dat een verdere ontwikkeling van het gezondheidsbeleid wordt geblokkeerd. De externe omstandigheid van te krappe financiële middelen speelt hierbij een belangrijke rol. Elke gulden kan maar éénmaal worden uitgegeven: voor zorg of voor gezondheidsbeleid . . .

In deze geblokkeerde situatie kan het gebeuren dat de positieve machtsinzet ten gunste van het gezondheidsbeleid door de tegenkrachten zo wordt omgebogen dat uiteindelijk het zorgbeleid wordt gesteund. Met andere woorden: de kleine stroom van het gezondheidsbeleid zal gemakkelijk worden opgenomen in de brede en krachtige stroom van het zorgbeleid. Het begrip 'preventie' speelt hierbij een sleutelrol. Preventie dreigt op een oneigenlijke manier te worden gebruikt. Deze inkapseling van het gezondheidsbeleid kan zo definitief worden, dat zelfs in een eventuele latere periode met ruimere geldmiddelen, deze verruiming geheel ten goede zal komen aan het gezondheidszorgvoorzieningenbeleid.

Binnen de huidige machtsconstellatie op het terrein van de volksgezondheid maakt een gezondheidsbeleid zoals voorgesteld in de 'Nota 2000' nauwelijks een kans. De machtsverhoudingen zullen ingrijpend moeten veranderen, wil een krachtig gezondheidsbeleid tot stand worden gebracht. □

\* Volgens Capra is dit een gevolg van het overheersen van het Cartesiaanse paradigma in de medische wetenschap. Pas als dat paradigma door een meer holistisch wordt vervangen is zijns inziens een andere benadering van gezondheid in de samenleving mogelijk. Zie F. Capra, *The turning point: science, society and the rising culture*, 1982.

Exit Vakgroep Medische Psychologie Rijksuniversiteit Utrecht

## Partsiënt: een tussentijds afscheid

Van 'Op de plaats rust' naar 'ingerukt mars'

In 1980 behaagde het Hare Majesteit de Koningin mij in Utrecht te benoemen tot hoogleraar in de medische psychologie. In 1986 behaagde het het bestuur van de Faculteit der Geneeskunde mij mee te delen dat vakgroep en leerstoel zouden worden opgeheven. Deze mededeling werd door het bestuur van de Rijksuniversiteit Utrecht concreet gemaakt per oktober 1988. Dat in 1985 nog werd verondersteld dat de universitaire reorganisatie een gunstig effect zou kunnen hebben voor de vakgroep Medische Psychologie, doet in principe niet meer ter zake, zoals zoveel zogenaamde overlegsituaties en tijdrovende procedures achteraf niet ter zake bleken.

Deze opening is niet het begin van een klaagzang over onrecht en te korte termijnen om iets op te bouwen. Er zijn er helaas te veel die daarvoor ook de kolommen van Medisch Contact zouden kunnen en wellicht zouden willen gebruiken. Het leek mij correcter om het 'partir' uit de titel toch ook te gebruiken voor de mogelijkheid een 'ent' te plaatsen, in de hoop dat die ooit, als het universitaire klimaat weer minder destructief zal worden, kan aanslaan en uitgroeien.

Ik wil de gelegenheid van een tussentijds afscheid graag gebruiken voor een pas op de plaats en een blik op de huidige relatie geneeskunde-sociale wetenschappen. Wel een persoonlijke blik, die niet ieder dankbaar zal stemmen, maar bij een gelegenheid als deze mag dat wellicht.

\*\*

In mijn inauguratie in 1981, onder de titel: 'Op de plaats, rust', deed ik een poging om tot karakterisering te komen van de geneeskunde en de sociale wetenschappen en de consequenties die daaruit te trekken zouden zijn met betrekking tot vormen van samenwerking op het gebied van hulpverlening en onderzoek en de maatschappelijke repercussies daarvan<sup>1</sup>. In een wat extreme karakteristiek van de geneeskunde heb ik dit gebied beschreven als neigend tot rust en stabiliteit, met het doel dat wat tot onrust leidt weg te nemen. Een herstel van evenwicht, dat, als een van de basisaxioma's van Newton (rust of eenparige beweging is het uitgangspunt, tenzij bijzondere krachten dit evenwicht verstoren), de geneeskunde maakt tot een gebied met een typisch natuurwetenschappelijk karakter. De diagnost zoekt naar dat wat het evenwicht verstoort, de therapeut verwijdert de verstoring en herstelt het evenwicht: de geneeskunde als op rust gerichte discipline. De sociale wetenschappen, veel jonger overigens qua historiciteit, heb ik toen aangeduid als bewegend, dynamisch, onevenwichtig. Dit geldt voor de sociologen, de psy-

Prof. Dr. J. Bergsma

*Bij wijze van afscheidsrede*

chologen en de (ped)agogen: de diagnost zoekt waarom de patiënt vastzit, niet meer beweeglijk is, de therapeut probeert de beweging en de onrust te herstellen waardoor het proces van actieve participatie aan het leven weer voortgang kan vinden.

Iedereen kan natuurlijk uitzonderingen bedenken waardoor deze beelden wat worden afgezwakt. Het gaat mij hier echter niet om wel of niet afzwakken, het gaat me in deze beschouwing om de vraag of de karakterisering nog terecht is en, zo ja, zo nee, wat dit dan voor betekenis heeft. In mijn opinie zijn de afgelopen tien jaar nogal essentieel geweest voor deze vraag, hetgeen dan ook een reden is om erbij stil te staan, te meer omdat dat consequenties heeft voor de verhouding tussen geneeskunde en sociale wetenschappen.

In 'Op de plaats, rust', zeven jaar geleden heb ik gepleit voor een *in coöperatie onafhankelijk* naast elkaar bezig zijn van beide gebieden. Een psychologie van de geneeskunde kan veel bijdragen aan inzichten in het functioneren van de geneeskunde en haar beoefenaren, maar houdt ondertussen toch een *binding* in, die voor de sociale wetenschappen zowel als de geneeskunde een *belemmering* voor de relatie kan zijn. Een psychologie *in* de geneeskunde betekent snel een hiërarchische onderwerping en een waterdragersrol voor de sociale wetenschappen, waarmee hooguit soms de patiënt is gediend, maar niet de wetenschapsgebieden als zodanig. Samenwerking in een kritische, bevruchtende coöperatie op basis van een verschillende maar gelijkwaardige inbreng leek mij, tot ontzetting van sommigen, de meest produktieve weg.

Wel, hoe staan de zaken er nu voor? In de geneeskunde is een aantal ontwikkelingen gaande dat wel eens een wezenlijke verandering van het gezicht daarvan zouden kunnen betekenen. Ik heb het dan zeker niet over de chronische ontwikkeling van technologieën, waar instrument- en apparaatontwikkelaars, farmacologen, medisch technici, biomedici en klinische specialisten steeds weer nieuwe mogelijkheden creëren voor weer kleinere groepen patiënten. De maatschappelijke en ethische consequenties daarvan zijn gigantisch, maar voor het beeld van de geneeskunde als zodanig is het eigenlijk niet anders dan méér van in principe hetzelfde. De mogelijke karakterverandering van de geneeskunde en daarmee de gezondheidszorg dient zich aan op die

plaatsen waar definitief op basis van theoretische fundering het absolutistische causaliteitsdenken wordt ondergraven en door een principeel andere probleembenadering vervangen.

### ABSOLUTISME ONDERGRAVEN

In 1981 heb ik me nogal afgezet tegen dat verabsoluterende causaliteitsdenken. Enerzijds omdat het tijdelijk een succesvol maar toch doodlopend spoor dreigt te worden, zonder dat men dat, verblind door voorgaande successen, wil inzien. Anderzijds omdat het leidt tot een veel te gemakkelijke vertaling naar absolute normen voor de consument van de gezondheidszorg, die al vele eeuwen allerlei (steeds veranderende) gedragsregels krijgt opgelegd waarvoor de wetenschappelijke onderbouwing afwezig blijft. Het causaliteitsdenken zonder nuances leidt tot groteske verwarringen. Ik heb daarvoor indertijd (1980) publikaties rond en over cholesterol als voorbeeld genomen<sup>1</sup>: 'Een te hoog cholesterolgehalte in het bloed is vooral een oorzaak van hartinfarcten geweest, later een bevorderende factor. Vervolgens bleek een te hoog gehalte niet zozeer een gevolg van onjuiste voeding dan wel stress te zijn. Kort daarop wordt ons weer duidelijk gemaakt dat cholesterol geen enkele invloed heeft op het voorkomen van hartinfarcten, maar blijkt het ineens belangrijk te zijn in het voorkomen van kanker.' Dit heeft niets meer met cholesterol te maken, maar met de wijze van probleemformulering en de opzet van de desbetreffende onderzoeken. De uitspraken op basis van dergelijk onderzoek zijn vaak rechtlijnig causaal (*als dit, dan dat*) en daarmee alle even absoluut, en uiteindelijk daardoor hoe langer hoe minder overtuigend. Een heel ander geluid, waaruit blijkt dat men zich afzet tegen deze vorm van onderzoek, valt te beluisteren in een recente (1988) uitgave van het New England Journal of Medicine<sup>2</sup>: 'In theory, isolated effects of major genes, polygenes or environmental variables could produce disease. In the real world it appears more likely that a combination of all three is often present (multifactorial trait). *Interaction* between genetic and environmental factors can produce even more dramatic susceptibility to disease than can either alone or both simply added together.'

Het absolutisme is in ieder geval op twee punten afgezworen. Daar zijn dan ook mijns inziens veranderingen op gang gebracht voor de geneeskunde die, wanneer de zaken een natuurlijk verloop zullen hebben, niet meer teniet zijn te doen. Ik heb het dan over punten die liggen op het terrein van respectievelijk de

epidemiologie en de sociale geneeskunde in de geneeskunde.

### Klinische epidemiologie

In de eerste plaats heb ik het over ontwikkelingen binnen de epidemiologie die erop neerkomen dat men zich niet meer zozeer met incidenties en prevalenties bezighoudt, maar ook met besluitvormingsprocedures en besluitvormingsprocessen. De indicatie voor het optreden van waarschijnlijke successen, waarschijnlijke mislukkingen c.q. maten van bijverschijnselen van behandelingen als indicaties voor te stellen toekomstverwachtingen binnen de bespreking in de klinische situaties tussen arts en patiënt, vereisen de verwerking van voorgaande ervaring. Iedere arts die enigszins een klinische blik heeft ontwikkeld, heeft deze intuïtie op een persoonlijke, subjectieve wijze opgebouwd op basis van persoonlijke ervaring. Op zich niet slecht, maar het blijft persoonlijke ervaring. De klinische epidemiologie staat of valt bij de gratie van een systematische inventarisatie van al die persoonlijke en andere ervaringen, wil men in deze voorspellende besluitvorming een bodem onder de voeten hebben. Dit betekent dat voorafgaand medisch handelen en ingrijpen systematisch dient te worden geëvalueerd. Met Lubsen kan worden gesteld<sup>3</sup>, '... men zich medische kennis en ervaring van artsen moet voorstellen als een empirische generalisatie, een grootste gemene deler zo u wilt, van individuele observaties', en: 'Het gebruik van kansen als wegwijzer veronderstelt immers dat deze kansen bekend zijn. Kennis over kansen is bovendien geen statisch gegeven.' De doorbreking van de absolute causaliteitslijn in de richting van waarschijnlijkheidsuitspraken ('determinant-uitkomstrelaties') vereist een ander, beweeglijker denkkader en de noodzaak van systematische evaluatie van medisch handelen. Dat betekent een andere attitude ten aanzien van dat medisch handelen en de verslaglegging daarvan dan tot nu toe op veel plaatsen gebruikelijk was.

Ik signaleer deze ontwikkeling in de geneeskunde als belangrijk, omdat ze een *principeel stramendoorbreekend* karakter heeft en daarbij noodzakelijkerwijs tot een andere denkstijl inviteert, die óf tot aan de basis van het medisch denken moet doordringen óf na verloop van tijd als een 'Fremdkörper' wordt afgestoten, zoals met meer nieuwe ontwikkelingen is gebeurd.

Het laatste zal overigens niet eenvoudig zijn, aangezien er zich in hoog tempo een andere ontwikkeling snel voltrekt die de hiervoor kort beschreven doorbreking alleen maar lijkt te ondersteunen. Deze andere ontwikkeling voltrekt zich op het gebied van de genetica. Ik doel hier niet op de research op het gebied van de DNA-technologie, maar wel op het soort onderzoek dat in Denemarken door een groep onderzoekers van het Hvidovic Universiteitsziekenhuis wordt verricht en waarover recentelijk is gepubliceerd in het *New England Journal of Medicine*<sup>4</sup>. Maar liefst 960 gezinnen zijn vanaf 1924 gevolgd, waarbij het met name ging

om in de jaren 1924-1926 geadopteerde kinderen; in het onderzoek werden alle geregistreerde doodsoorzaken van de kinderen, de natuurlijke ouders en de adoptieouders betrokken. Denemarken heeft een uitstekend registratiesysteem en door een zeer strak gehandhaafd, op het eerste gezicht betrekkelijk eenvoudig onderzoekdesign heeft men de doodsoorzaken van de geadopteerde kinderen gecorreleerd aan die van de ouders uit de oorspronkelijke families en de (niet-familiair gerelateerde) adoptiegezinnen. Tot de zeer opvallende conclusies van dit onderzoek behoort de bevinding dat premature sterfte bij volwassenen (voor 50 jaar) een sterk genetische achtergrond heeft, die zich vooral openbaart in infectieziekten en vasculaire aandoeningen; sterfte als gevolg van kanker (boven 50 jaar) is veel eerder gerelateerd aan de gezinsomgeving.

Het gaat mij hier niet zozeer om de concrete resultaten, die relatief hoge correlaties laten zien, als wel om het feit dat populaire veronderstellingen over 'cumulaties' van oorzaken hier niet statistisch worden bevestigd, maar als *interactie van condities* verder worden gespecificeerd. Met name wordt waarschijnlijk gemaakt dat het immuunsysteem en het functioneren daarvan sterker aan genetische voorwaarden (marges) zijn gekoppeld dan werd verondersteld. In dit onderzoek wordt in feite op overtuigende wijze geïllustreerd hoe het gaat om interactie van systemen ('nature, nurture and family predisposition'), die onder bepaalde omstandigheden leidt tot verhoogde risico's. Het traceren van verhoogde genetische risico's maakt het mogelijk tot preventieve gedragsveranderingen in bepaalde gezinnen te komen, waardoor risico's worden verkleind. 'However, the real challenge of the future appears to be the behavioral and social issues of risk reduction. Understanding the cultural transmission of risk factors in the family may be one of our strongest allies in this realm.'

Het denken in termen van causaliteit is ook hier doorbroken. Meer nog, denken in die starre termen zou dit onderzoek zelfs onmogelijk gemaakt hebben. De bevindingen hier maken het over elkaar schuiven van een aantal verschillende systemen inzichtelijk: een genetisch systeem, een fysiek systeem, een sociaal-gedragssysteem (in het gezin) en een cultureel systeem, die in hun interrelatie en interactie de risicofactoren doen toe- of afnemen. Ook hier geldt, dat het signaleren van die specifieke risico's veronderstelt dat men er zicht op heeft welke risico's dat zijn en onder welke condities ze kunnen optreden. Ook hier is de absolute relatie (van roken krijg je kanker) en de daaruit voortvloeiende normstelling, bijvoorbeeld in de gezondheidsvoorlichting graag gehanteerd, omgebogen naar een denktrant in termen van waarschijnlijkheden, risico's en continue wisselwerking.

Zoals Lubsen aangaf dat de bevindingen en resultaten niet 'statistisch' zijn, maar voortdurend verschuiven, wordt door het Deense onderzoek bevestigd dat die interactie van te onderscheiden systemen een continu gebeuren is, dat zich in jongere leeftijdsgroepen

bijvoorbeeld op geheel andere wijze openbaart dan bij oudere personen. De noodzaak dat er rekening moet worden gehouden met cohorten, iets wat in de gerontologie en de geriatrie te weinig gebeurt, wordt hier wederom ondersteund.

Voorwaarde voor deze wijze van wetenschap beoefenen is dat weliswaar de empirie heilig blijft, zij het niet in de natuurwetenschappelijk strikt causale zin, als enig betrouwbare richtingaanwijzer in een proces van ontwikkeling, dat óók laat zien dat de empirie van heden niet dezelfde behoeft te zijn als die van morgen. Veranderingen, processen, dynamiek, kenmerken die lang aan de geneeskunde hebben ontbroken, door een krampachtig handhaven van een ingebouwde, ingewortelde en daarmee veilige maar steeds onvruchtbaarder denk- en redeneertrant, kunnen de mogelijkheid bieden in de richting van een anders denkende geneeskunde. Dat met een dergelijke benadering ook andere problemen dan de gesignaleerde veel vruchtbaarder kunnen worden benaderd, behoeft nauwelijks te worden aangegeven; denk alleen al aan die ziektegebieden waar de somatopsychologie en met name de psychosomatiek een intensief maar niet zo effectief verleden hebben liggen. Het werk van de Utrechter Ballieux op dit gebied bijvoorbeeld past zeer wel in de geschetste ontwikkeling. Maar het zal blijken dat het bolwerk van 'als a, dan y', hoe eenvoudig ook, daardoor sterk en resistent zal zijn.

### 'Behavioral medicine'

Een uiterst merkwaardig fenomeen doet zich voor op het terrein van de sociale wetenschappen, tenminste voor zover dat aan gezondheidszorg en geneeskunde is gerelateerd: er is in het gebied van, overwegend, de sociale wetenschappen in de geneeskunde sprake van een opvallende revival van wat nu wordt aangeduid als 'behavioral medicine'. De probleembenadering van de 'behavioral medicine' is gebaseerd op oorspronkelijk behavioristische principes, vooral toegepast in de richting van de leertheorie, in de gezondheidszorg uitmondend in een variatie van gedragstherapeutische technieken. Terwijl bijvoorbeeld in de Verenigde Staten de hoogste golven al weer voorbij zijn, heeft deze denktrant zich in Nederland een sterke positie verworven. Deze denktrant lijkt uiteraard veel op het oorspronkelijke en in de geneeskunde nog meest gangbare natuurwetenschappelijke causale denken, waarbij hier het aan- en afleren van (rechtstreekse) associaties en daarmee samenhangende gedragingen het centrale thema is.

De behavioristische werkwijze is in veel opzichten bij nogal wat patiënten min of meer effectief. In bijvoorbeeld pijntherapieën, zoals die onder andere door Groenman worden uitgevoerd, wordt een wezenlijke bijdrage in therapeutische zin geleverd. Ook bij diverse andere ziektebeelden worden zinvolle bijdragen ontwikkeld. Mijn probleem ligt dan ook niet daar, maar wel in het enerzijds sterk gereduceerde mensbeeld dat door de 'behavioral me-

dicine' wordt gehanteerd en dat veel overeenkomsten vertoont met het beeld dat door de geneeskunde nu juist langzaam maar zeker tot voorwerp van twijfel is gemaakt, en anderzijds in de bepaling van de eigen plaats in het verlengde van de geneeskundige beroepsuitoefening. Ik denk dat het belang van de sociale wetenschappen voor de geneeskunde is, dat zij in staat zijn ook een ander, dynamischer licht op een zelfde soort probleem te werpen dan alleen het biologische licht. In die zin kan men elkaar inspireren en nieuwe wegen openen.

Dat laatste gebeurt op een aantal plaatsen in Nederland wel degelijk, maar de 'behavioral medicine' zoals die zich thans ontwikkelt werpt een zelfde licht op een bepaald probleem als de geneeskunde dat al doet. Zij voegt niet meer toe dan een aantal op zich belangrijke behandelmethodeën. Het is een benadering die zozeer op het behandelen van gevolgen is georiënteerd dat psychosociale preventie, als belangrijke activiteit van bijvoorbeeld eerstelijns- en ziekenhuispsychologen, daarin niet wezenlijk past. Het resulteert in situatie- en beleidbevestigend onderzoek, gericht op vragen naar behandelbaarheid en niet naar etiologie en verderliggende samenhangen. Het gaat meestal om hetzelfde principe als dat wat in de geneeskunde gangbaar is: wat is het symptoom, verwijder het symptoom, probleem opgelost. Ook deze wijze van werken is op rust gericht, op herstel van evenwicht en mist daarmee de dynamiek en groeimogelijkheden die ik kenmerkend voor de sociale wetenschappen noemde: centraal staat daarin niet stabilisatie, maar complexe verandering.

Onderzoek naar therapietrouw bijvoorbeeld is een belangrijk onderwerp van onderzoek in deze sfeer, terwijl de effectiviteit van die bepaalde medische therapie op verschillende niveaus van menselijk functioneren nog nauwelijks bekend is. Daar ontbreekt dan de *kritische schakel* die de geneeskunde nu net zo van node heeft, en die ook wordt gevraagd. Want – een misverstand dat soms tot levensgrote problemen leidt – men verwijt mij nogal eens een te kritische houding in de richting van de geneeskunde, maar het is de geneeskunde, in concreto de geneeskundige, zelf die vraagt om die 'kritiek', die vraagt om reflectie op het eigen functioneren en op het functioneren van het vakgebied, veel meer dan dat vertegenwoordigers van onze discipline dit uitlokken. Daarbij: het systematisch evalueren van het gedrag van medische hulpverleners en de effecten van hun gedrag op de patiënt en diens ziektegedrag, is alleen maar mogelijk wanneer daarom wordt gevraagd en wanneer het antwoord op die vraag als effectief en zinvol wordt ervaren. Voor de sociale wetenschapper in de 'verlengde arm'-positie is het nauwelijks mogelijk de arts-patiëntrelatie tot onderwerp van onderzoek te maken, een actueel en blijvend actueel onderwerp, omdat én patiënten én artsen blijven veranderen in een culturele context die allesbehalve statisch is. Dat de (weder)opkomst van het behaviorisme iets te maken heeft met een veranderend ideo-

logisch/economisch klimaat en meer veiligheid biedt dan de wederzijds kritisch gedistancieerde stellingname binnen de coöperatie, te meer ook omdat het in de patiëntenzorg zulke zichtbare korte-termijneffecten met zich brengt, is niet onbelangrijk. De medische psychologie wordt immers in het universitaire gebeuren zeer feitelijk bedreigd, zoals uit de korte inleiding op deze beschouwing en het moeizame benoemingsbeleid elders moge blijken. Dat maakt de beschreven beweging zeker inzichtelijk en begrijpelijk. Of het ook betekent dat de overige verworvenheden van het vakgebied dan zonder meer opzij moeten worden gelegd omdat ze extra risico's voor de positie opleveren is een andere vraag. Mijn beeld ziet er anders uit.

## COÖPERATIE

Ik blijf van mening dat de sociale wetenschappen in de volle breedte van de verschillende theoretische ontwikkelingen en visies, enerzijds uitmondend in methodologische mogelijkheden die een grote variatie, aan onderzoekdesigns mogelijk maakt, anderzijds uitmondend in een variatie aan diagnostische en therapeutische methoden en technieken, een belangrijke bijdrage aan de gezondheidszorg kunnen en moeten leveren. De participatie in de hiervóór geschetste wetenschappelijke ontwikkelingen in de geneeskunde is daar een goed voorbeeld van. De coöperatie die ik als ideale vorm zie, maakt het ook mogelijk relaties te leggen met de medische filosofie en de medische ethiek. Zo heeft de koppeling die wij tussen medische psychologie en ethiek hebben aangebracht<sup>5</sup>, in de Verenigde Staten veel respons gekregen. Hier is dat een ontwikkeling die nog zeer elementair is, maar het in zich heeft verder uit te groeien.

De genoemde coöperatie maakt het mogelijk onderwerpen als ziekte en gezondheid sociaal-wetenschappelijk te verdiepen en op hun consequenties voor de geneeskunde te toetsen. Een goed voorbeeld daarvan vind ik het recente werk van Baross in onze vakgroep<sup>6</sup>. Het maakt het mogelijk de relatie van de patiënt en diens hulpverleners door te lichten en op basis daarvan patiënten en hulpverleners feed-back te geven en structureel aan de opleiding van de hulpverlener bij te dragen<sup>7</sup>. De waterdragersrol is daarvoor niet geschikt.

Zou de universitaire destructie er toch toe leiden dat de sociale wetenschappers in de rol van waterdrager worden gedrukt, dan is dat in de eerste plaats bijzonder jammer voor die sociale wetenschappers die zich hebben geëngageerd met de gezondheidszorg en die geneeskunde als méér zien dan een toegepaste technologie. Het is nog meer te betreuren voor de geneeskunde, die zich opmaakt voor een aantal boeiende ontwikkelingen, wetenschappelijk en praktisch, waardoor ook alle uit de technologische ontwikkelingen voortvloeiende maatschappelijke, filosofische, ethische en vooral wetenschapstheoretische vragen in een ander licht kunnen worden geplaatst.

Dat mijn faculteit heeft besloten de belangrijkste van die ontwikkelingen niet te willen on-

derkennen en honoreren, is natuurlijk ook een persoonlijke teleurstelling, ook al gaat die miskenning verder dan alleen de depreciatie van de medische psychologie. Iedere sociaal-wetenschappelijke of filosofisch-ethische reflectie op verschillende routes in de richting van geneeskundige functionaliteit lijkt buiten de orde te zijn geplaatst. Daarmee is op voorhand reeds een achterstand ingebouwd voor een richting die zich biologische geneeskunde wil noemen. □

*Met dank aan de ludieke collega die de ondertitel creëerde.*

## Literatuur

1. Bergsma J. Op de plaats rust. Inaugurale rede Rijksuniversiteit Utrecht, september 1981. Lochem: de Tijdstroom 1981.
2. Editorial. N Engl J Med March 24, 1988.
3. Lubsen J. Epidemiologie als wegwijzer bij medisch handelen. Inaugurale rede Erasmus Universiteit Rotterdam, november 1986.
4. Sörensen T, Nielsen G, Andersen PK, Taesdale TW. Genetic and Environmental Influences on Premature Death in Adult Adoptees. N Engl J Med March 24, 1988, 727-32.
5. Bergsma J, Thomasma D. The contribution of ethics and psychology to Medicine. Soc Sc Med 1985, Vol 20, no 7, 745-52.
6. Baross Z. The scandal of disease in theory and discourse. Dissertatie. Amsterdam, 1988.
7. Bergsma J. Identiteit, lichamelijke verstoring en autonomie. Lochem: de Tijdstroom, 1987.

## Terminale zorg

# Huisarts en kankerpatiënt

## 4: De samenwerking met professionele, vrijwillige en alternatieve hulpverleners

Omdat het complexe karakter van veel vormen van kanker een multidisciplinaire aanpak van onderzoek en behandeling vereist, worden er speciale eisen gesteld aan de samenwerking<sup>1</sup>. Ook al is deze ingewikkeld, ze moet toch goed worden geregeld, omdat een goede samenwerking een belangrijke randvoorwaarde is voor geslaagde patiëntenzorg<sup>2-4</sup>. De literatuur laat zien, dat de samenwerking niet het onderdeel van de zorg is dat het best verloopt. Dit geldt in elk geval voor de samenwerking tussen huisarts en specialist(en): de verwachtingen die beide groepen van de samenwerking hebben lopen uiteen en de praktijk van de samenwerking schiet te kort<sup>1-3, 5-8</sup>. Dit is overigens niet uniek voor de samenwerking rond kanker<sup>9</sup>. Voor zover hier iets over te zeggen valt, kan worden opgemerkt dat de samenwerking met anderen dan de specialist evenmin steeds soepel lijkt te verlopen<sup>10-12</sup>. In de literatuur worden verschillende ideeën geopperd voor verbetering van de samenwerking, hoewel duidelijk is dat hiervan, gegeven de huidige structurele beperkingen (waaronder verschillen in honoreringssysteem, instuutbelangen en dergelijke), geen wonderen mogen worden verwacht.

In ons onderzoek zijn deze ideeën op hun wenselijkheid beoordeeld, nadat ze waren geordend onder drie thema's, te weten: de coördinatie van de zorg door de huisarts, de taakafbakening (alleen met de specialist), en de onderlinge communicatie. We bespreken een aantal aandacht- en discussiepunten die hieruit zijn voortgekomen en gaan in op de vraag, hoe huisartsen naar eigen zeggen op de verschillende punten in de praktijk te werk gaan. Onder aandachtspunten verstaan we suggesties die door een ruime meerderheid van de respondenten als gewenst worden gezien; discussiepunten zijn suggesties waarover meer verschil van mening was.

### HUISARTS-SPECIALIST

Over een aantal uitgangspunten blijken de deelnemers aan het onderzoek het vergaand eens te zijn, over andere niet.

M. C. J. Cuisinier,  
M. H. van Venrooij en  
J. Th. M. van Eijk

*In dit artikel wordt besproken hoe de rol van de huisarts in de samenwerking wordt gezien. Ingegaan wordt op de relatie met drie categorieën van betrokkenen bij de hulp aan de patiënt: andere professionele hulpverleners (namelijk specialisten en wijkverpleegkundigen), vrijwilligers en alternatieve hulpverleners.*

In verband met een goede coördinatie van de zorg vinden de meesten in panel en steekproef, dat de huisarts dient te bewaken dat er rond een voor kanker verwezen patiënt tijdig werkafspraken met de behandelend specialist(en) worden gemaakt. Men vindt ook, dat de huisarts met het ziekenhuis dient te regelen dat een thuis verblijvende, ernstig zieke kankerpatiënt zo nodig snel kan worden opgenomen. Verschil van mening is er bij de vraag, of de huisarts oog zou moeten houden op de frequentie van de nacontroles die de patiënt moet ondergaan; in panel noch steekproef is hiervoor een meerderheid te vinden, wat betekent dat deze uitspraak een discussiepunt vormt. De laatstgenoemde uitspraak zegt tevens iets over de onderlinge taakafbakening tussen huisarts en specialist. Daarover gaan ook enkele andere uitspraken. De eerste betreft de periode dat de patiënt in het ziekenhuis ligt. Heeft de huisarts dan alleen een ondersteunende en begeleidende, of ook een voorlichtende rol? In het panel blijken de meningen hierover zeer verdeeld te zijn. Ruim de helft van het panel is voor een louter ondersteunende en begeleidende rol, iets minder dan de helft schrijft de huisarts ook een voorlichtende rol toe. Verschillen van mening doen zich binnen alle subgroepen in het panel voor, dus ook bij de huisartsen. De volgende suggestie over de uitvoering van de nacontrole laat eveneens veel verschil van mening zien: 'Waar dat mogelijk is zou de huisarts zich met de

periodieke nacontrole van een kankerpatiënt moeten belasten'. Nog geen derde van het panel, onder wie de helft van de huisartsen, en net de helft van de huisartsen in de steekproef, is hiervóór. Deze suggestie vormt dus duidelijk een discussiepunt. Dit geldt ook voor het idee, dat in het panel naar voren kwam, huisarts en specialist de nacontrole bij toerbeurt te laten verrichten.

Met het oog op een goede onderlinge communicatie bepleit het panel, dat huisarts en specialist in een vroeg stadium overleggen hoe hun onderlinge rolverdeling bij de hulp aan de patiënt zal zijn. Men vindt, dat de huisarts in de verwijfsbrief aan de specialist dient te vermelden welke informatie hij aan de patiënt en diens familie heeft gegeven. Wordt een behandeling overwogen waarbij de kans op genezing gering, maar die op vervellende bijwerkingen aanzienlijk is, dan zou naar de mening van het panel vooraf overleg tussen huisarts en specialist(en) moeten plaatsvinden. Bezoekt de huisarts een kankerpatiënt in het ziekenhuis, dan vindt men het gewenst dat de huisarts vooraf bij de behandelend specialist informeert hoe op dat moment de stand van zaken is, bijvoorbeeld welke resultaten recent onderzoek heeft opgeleverd. Komt een kankerpatiënt na ontslag uit het ziekenhuis met complicaties bij de huisarts, dan dient deze de betrokken specialist(en) daarover te informeren. Men zou deze specialist(en) ook de uitslagen van onderzoek dat men als huisarts heeft verricht moeten doorgeven. Tot slot zou de huisarts die vindt dat de samenwerking met de specialist te kort schiet, het initiatief moeten nemen om te proberen de situatie te verbeteren.

Voor zover deze punten ook aan de steekproef van huisartsen zijn voorgelegd, worden ze in grote lijnen onderschreven. Een speciale suggestie in verband met de onderlinge communicatie betreft nog het bijwonen van de oncologische besprekingen in het ziekenhuis door de huisarts. Een meerderheid van het panel en een zeer grote meerderheid van de groep huisartsen zijn ervóór dat dit gebeurt. In tabel 1 staat aangegeven hoe

men naar eigen zeggen op verschillende punten in de praktijk handelt.

De cijfers in tabel 1 spreken voor zich. Waar men het niet eens is over de beste handelwijze, zal de praktijk grote variatie in het handelen laten zien. Uit de tabel blijkt echter, dat ook datgene wat vrij algemeen als gewenst wordt gezien volgens huisartsen zelf in de praktijk nogal eens niet wordt gerealiseerd.

## WIJKVERPLEGING

Huisarts en wijkverpleegkundige krijgen vooral met elkaar te maken als een kankerpatiënt thuis wordt verpleegd. Wat houdt de coördinerende rol van de huisarts in verband met de wijkverpleging in? Een belangrijk onderdeel ervan is de tijdige inschakeling van de wijkverpleegkundige. Vervolgens dient de huisarts er naar de unanieme mening van panel en steekproef voor te zorgen, dat regelmatig contact tussen huisarts en wijkverpleegkundige kan plaatsvinden. Enkel en enkele benadrukken, dat de huisarts vanuit zijn coördinerende rol in het algemeen zo goed mogelijk gebruik zou moeten maken van de inzichten en deskundigheden van andere betrokken hulpverleners. Omdat de wijkverpleegkundige soms vaker bij de patiënt op bezoek komt dan de huisarts, ziet de wijkverpleegkundige bijvoorbeeld vaak beter aan wat voor hulp patiënt en familie behoefte hebben.

Speciaal voor patiënten met een stoma kan het zinvol zijn, als de huisarts de patiënt in contact brengt met een stomaverpleegkundige of stomapolikliniek. Men vindt dat de huisarts aan die mogelijkheid zou moeten denken.

In verband met het voorgaande benadrukt men het belang van tijdig wederzijds overleg met de wijkverpleegkundige. Daardoor kan men gebruik maken van elkaars inzichten, maar ook samen bekijken voor welke onderdelen van de hulp een gemeenschappelijk beleid gewenst is. Met het oog daarop hebben we het panel gevraagd in hoeverre men vooraf overleg tussen huisarts en wijkverpleegkundige nodig vindt over: de informatie die aan de patiënt en diens familie wordt gegeven; de behandeling van lichamelijke klachten, zoals pijn, jeuk en misselijkheid; en het voorkomen van doorliggen en het behandelen van doorliggen. De meesten bepleiten vooroverleg over al deze punten; slechts enkelen vinden dit hooguit af en toe of nooit nodig. Over overleg vooraf over de te geven informatie is ook de mening van de steekproef gevraagd: men onderstreept

*Tabel 1. Samenwerking met de specialist: percentages huisartsen die zonder voorbehoud zeggen conform de uitspraken te handelen (N = 90).*

AANDACHTSPUNTEN	
bewaken dat er tijdig werkafspraken tot stand komen	57%
in verwijsbrief de aan patiënt gegeven informatie vermelden	28%
bij ziekenhuisbezoek vooraf informeren bij specialist	49%
bijwonen oncologische besprekingen in het ziekenhuis	57%
de specialist informeren in geval van complicaties	71%
bij falende samenwerking initiatief nemen tot verbetering	72%
DISCUSSIEPUNTEN	
oog houden op frequenties nacontroles	38%
zelf nacontroles uitvoeren	39%

*Tabel 2. Samenwerking met de wijkverpleegkundige: percentages huisartsen die zonder voorbehoud zeggen conform het beschrevene te handelen (N=90).*

AANDACHTSPUNTEN	
coördineren van zorg bij thuisverblijvende patiënt	79%
bevorderen van regelmatig contact met wijkverpleegkundige	86%
regelmäßig met wijkverpleegkundige overleggen	64%
vooraf overleggen over informatie aan patiënt en familie	47%
bedenken dat men stomapatiënt in contact kan brengen met stomapolikliniek of stomaverpleegkundige	38%

*Tabel 3. Houding tegenover vrijwilligers: percentages huisartsen die zonder voorbehoud aangeven conform het beschrevene te handelen (N=90).*

AANDACHTSPUNTEN	
het een kankerpatiënt laten weten, als er voor diens vorm van kanker een patiëntenvereniging bestaat	34%
als een kankerpatiënt dat wenst, vertellen hoe de patiënt met een patiëntenvereniging in contact kan komen	66%
waar dat kan, wijzen op mogelijkheid inschakeling vrijwilligers van Stichting Thuis Sterven	25%

de mening van het panel. Enkele gegevens over de samenwerking in de praktijk zoals huisartsen die beschrijven, staan in tabel 2.

Wanneer de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige globaal wordt benoemd, geven de huisartsen in meerderheid aan dat ze daar oog voor hebben en die bevorderen. Komt het op overleg in concrete situaties aan, dan lijkt de situatie minder gunstig. In dit verband verdient ook nog een gegeven uit het panel vermelding: Wij hadden de panelleden terzijde gevraagd hun indruk te geven over het verloop van de samenwerking in de praktijk. Men bleek de samenwerking nogal negatief te beoordelen, vooral die met de specialist, maar in mindere mate ook die met de wijkverpleegkundige. Hierbij kwam een verschil naar voren tussen de huisartsen en de andere panelleden: de huisartsen oordeelden opvallend positief; de wijkver-

pleegkundigen bleken er meer gemengde gevoelens over te hebben. Vanwege de kleine aantallen betrokkenen kunnen aan dit verschil uiteraard geen algemene conclusies worden verbonden.

Worden onze bevindingen gezet naast die uit ander onderzoek, waarin wijkverpleegkundigen zijn ondervraagd<sup>10</sup>, dan liggen ze in dezelfde lijn: Van Gennip-Horsten en Schnabel troffen bij wijkverpleegkundigen nogal wat ontevredenheid over de samenwerking met de huisarts aan. Hoewel het ook bij hen maar om een klein aantal wijkverpleegkundigen ging, achten de auteurs het waarschijnlijk dat hun bevindingen een grotere algemene geldigheid hebben. Samen wijzen deze bevindingen erop, dat de samenwerking met de wijkverpleegkundige minstens op onderdelen voor verbetering vatbaar is.

## VRIJWILLIGE HULPVERLENERS

Er zijn vragen gesteld over de houding van de huisarts tegenover lotgenotencontact, zoals dat via patiëntenverenigingen wordt gerealiseerd<sup>13</sup>, en over het inschakelen van vrijwilligers van een Stichting Thuis Sterven in de zorg voor thuisverblijvende terminale patiënten<sup>14</sup>. De toename van het aantal kankerpatiëntenverenigingen en de groei van dergelijke verenigingen wijzen erop dat lotgenotencontact voor een aantal patiënten in een behoefte voorziet. Wat is de meest verkieslijke houding van de huisarts hier tegenover?

Het panel is unaniem van mening, dat de huisarts een kankerpatiënt die daarom vraagt, informatie over het bestaan van patiëntenverenigingen moet geven. De meeste panelleden vinden dat de huisarts het ook uit zichzelf tegen de patiënt zou moeten zeggen, als er voor diens vorm van kanker een patiëntenvereniging bestaat. In de steekproef zijn de meeste huisartsen dezelfde mening toegedaan. Panel en steekproef zijn het er ook over eens, dat de huisarts de patiënt die dat wenst, met een patiëntenvereniging in contact zou moeten brengen. In het panel bleek dat aarzelingen over een actieve opstelling van de huisarts hier tegenover vooral bij een enkele huisarts en specialist voorkwamen; dit bleek onder meer voort te komen uit onbekendheid met de effecten van dergelijk lotgenotencontact, of uit tegenzin tegen het ontstaan van een 'patiëntenverenigingscultuur'. De meesten in panel en steekproef vinden eveneens, dat de huisarts de familie van een patiënt zo nodig dient te wijzen op de mogelijkheid vrijwilligers van de Stich-



ting Thuis Sterven in te schakelen; enkele hulpverleners tonen ook hier tegenover enige reserve.

Hoe handelen huisartsen naar eigen zeggen op de onderscheiden punten in de praktijk? Tabel 3 geeft dat aan.

Afgaande op wat huisartsen hier zelf over zeggen, moet worden geconstateerd dat over lotgenotencontact en over de mogelijkheid een beroep te doen op vrijwilligers minder informatie wordt gegeven dan gewenst zou zijn. In het onderzoek is tevens gebleken, dat datgene wat inmiddels over de effecten van lotgenotencontact in patiëntenverenigingen bekend is, nog geen gemeengoed is. Deze effecten lijken huiver tegenover het geven van informatie over dergelijke verenigingen niet te rechtvaardigen. Hiermee is overigens niet gezegd, dat alle patiënten behoefte aan lotgenotencontact zouden hebben; zo'n behoefte blijkt maar bij een deel van de patiënten te leven<sup>13</sup>.

#### ALTERNATIEVE GENEZERS

Bij dit onderwerp gaat het enerzijds over de houding van de huisarts tegenover alternatieve genezers en de bereidheid om zo nodig met hen te overleggen, anderzijds over de houding tegenover de patiënt die heeft laten merken naar een alternatieve genezer te willen gaan.

In het panel bleek duidelijk, dat de houding tegenover alternatieve genezers een omstreden onderwerp vormt. Sommigen gaan uit van de gedachte: 'Baat het niet, dan schaadt het niet'; op zijn best laat men de mogelijkheid open, dat alternatieve geneeswijzen een positieve psychologische invloed kunnen hebben. Anderen zien er vooral nadelen in, zoals het wekken van valse hoop, waardoor het voor de patiënt moeilijker wordt zich op een naderend einde voor te bereiden. Waarschuwingen tegen alternatieve genezers komen nogal eens van de huisartsen in het panel. Eén van hen wees ook op de vaak geringe bereidheid tot communicatie bij alternatieve genezers en op de kosten waar patiënten soms op worden gejaagd. In verband met het voorgaande verbaast het niet dat er geen duidelijke meerderheid wordt gevonden voor de uitspraak: 'De huisarts dient in voorkomende gevallen met alternatieve genezers te overleggen'; zowel in het panel als in de steekproef is minder dan de helft het hiermee eens; de uitspraak wordt daarmee een discussiepunt.

Ook al zijn alternatieve geneeswijzen omstreden, er is wel een behoorlijke ma-

te van consensus als het gaat om de vraag, hoe de huisarts zich moet gedragen tegenover een patiënt die naar een alternatieve genezer wil gaan. Zowel het panel als de huisartsengroep stemt in grote meerderheid in met de uitspraak: 'Als een kankerpatiënt meedeelt naar een alternatieve genezer te willen gaan, zou de huisarts moeten proberen te begrijpen waarom de patiënt dat wil'. De meeste panelleden vinden ook, dat de huisarts de patiënt die naar een alternatieve genezer wil gaan niet moet laten vallen en dat hij, daarnaar gevraagd, zijn mening over alternatieve genezers zou moeten geven, zonder de mening van de patiënt in diskrediet te brengen. Deze uitspraken zijn niet aan de steekproef voorgelegd. Een kleinere panelmeerderheid vindt, dat de huisarts die niets in het bezoek van een patiënt aan een alternatieve genezer ziet de patiënt dat bezoek gerust mag afraiden. Geeft de patiënt te kennen er toch heen te willen gaan, dan vindt ruim 60% van het panel, maar nog geen 40% van de steekproef, dat de huisarts de patiënt daarin dient te ondersteunen. Hiermee is dit punt een aandachtspunt of een discussiepunt, afhankelijk van het referentiekader dat wordt gehanteerd.

In tabel 4 staat, hoe het naar eigen zeggen van de onderzochte huisartsen in de praktijk met enkele punten is gesteld. De houding tegenover alternatieve genezers vormt duidelijk een probleem. Hoewel velen het erover eens zijn, dat er begrip voor de patiënt dient te zijn en men de patiënt die werkelijk naar een alternatieve genezer gaat niet mag laten vallen, lijkt het waarschijnlijk dat een open houding hiertegenover in de praktijk hooguit moeizaam wordt opgebracht. De geringe bereidheid tot overleg met alternatieve genezers heeft in de praktijk waarschijnlijk tot gevolg dat een deel van wat er met de patiënt gebeurt zich aan het oog van de huisarts onttrekt.

Tabel 4. Houding tegenover alternatieve genezers: percentages huisartsen die zonder voorbehoud aangeven het beschrevene te doen (N=90).

<b>AANDACHTSPUNT</b>	
als kankerpatiënt naar alternatieve genezer wil, proberen te begrijpen waarom de patiënt dat wil .....	72%
<b>aandachtspunt volgens panel/discussiepunt volgens steekproef</b>	
kankerpatiënt die naar alternatieve genezer wil gaan, daarin ondersteunen .....	30%
<b>DISCUSSIEPUNT</b>	
zo nodig met alternatieve genezers overleggen .....	18%

#### CONCLUSIE

De bevindingen onderstrepen dat de samenwerking een lastig en precair onderwerp vormt.

Wat opvalt is de dubbele houding van sommige huisartsen hiertegenover: enerzijds lijkt men op punten waarover veel verschil van mening is (bijvoorbeeld dat van de taakafbakening met de specialist) meer te willen doen dan nu gebeurt, anderzijds wordt datgene wat vrij algemeen als wenselijk wordt gezien en waar men als huisarts zelf invloed op heeft waarschijnlijk maar door relatief weinigen gerealiseerd.

Het zou de situatie verbeteren, als verschillende van de beschreven aandachtpunten in ruimere mate zouden worden verwezenlijkt dan nu het geval is en als de beroepsgroep tot consensus zou kunnen komen over punten waarover zij nu verdeeld is. In de relatie tot de professionele hulpverlening verdient het naar onze mening aanbeveling, na te streven dat in elk geval een goede organisatie van de zorg wordt gerealiseerd; op basis daarvan wordt verdergaande samenwerking dan misschien mogelijk. In de regio Rotterdam worden enkele experimenten op dit vlak uitgevoerd<sup>15</sup>. In relatie tot de non-professionele en alternatieve hulpverlening zou een minder defensieve, meer open houding gewenst zijn, in de zin als eerder door Spreeuwenberg bepleit<sup>15</sup>. Naar huisartsen in dit onderzoek zelf aangaven, brengen maar weinigen dit momenteel op. □

De bij dit artikel behorende literatuurlijst kan bij de redactie worden opgevraagd.



# Probleemoplossing in de interactie tussen gynaecoloog en patiënt

## Een casus

Een half jaar geleden werd ik door mijn zwangerschap, die geheel anders verliep dan ik verwachtte, veelvuldig geconfronteerd met de wereld van de gynaecologie en verloskunde. Vanuit mijn sociaal-wetenschappelijke achtergrond als androgoloog en mijn beroepsmatige bemoeienis met de gezondheidszorg, waarin ik mij bezighoud met de communicatie tussen hulpverlener en patiënt, kon ik het niet nalaten mijn eigen ervaringen ook in dat licht te bezien. Het resultaat van deze wijze van kijken naar de gynaecologische hulpverlening is in dit artikel vastgelegd. Na een beschrijving van mijn ervaringen, in een week tijd opgedaan, volgt een commentaar op die ervaringen, een poging om mijn subjectieve beleving te plaatsen in het kader van de interactie tussen gynaecoloog en patiënt tijdens het consult.

De huisarts maakte een afspraak voor ons in het academisch ziekenhuis teneinde informatie te verkrijgen over het uitdragen van de zwangerschap en de consequenties daarvan voor mij en de baby's, over selectieve zwangerschapsonderbreking en over de mogelijkheid van een totale abortus. Dokter L, de assistent-gynaecoloog aldaar voerde het gesprek op een rustige, gestructureerde manier. Als mensen van dezelfde leeftijdsgroep met een vergelijkbare levensstijl en daarbij behorende opvattingen ontstond in dat half uur een relatie van vertrouwen en ondersteuning. Al onze vragen werden systematisch beantwoord. Hij verzekerde ons dat wij medewerking zouden krijgen aan de uitvoering van elk besluit dat wij zouden nemen, mits dat medisch verantwoord was.

De informatie die dokter L ons gaf was niet opwekkend: De kans op een 'goed' resultaat (waarbij het begrip 'goed' niet nader gedefinieerd bleef) bedroeg 30%-60%. Over meerlingzwangerschappen en de gezondheidstoestand van de kinderen is weinig bekend, zo zei hij. Ook in dit ziekenhuis werd een echo gemaakt. De eigenlijke behandelend arts naar wie wij waren doorverwezen liep even binnen en wierp een blik op het scherm. Hij liet terloops merken het een moeilijke en nare zaak voor ons te vinden. Over de

### Mw. Drs. E. J. van der Jagt

*Medisch ingrijpen mag op rationele gronden een logische gevolgtrekking lijken, de gevolgen daarvan voor de beleving van de individuele arts en de individuele patiënt zijn vaak niet in te schatten. Mijn ervaring met een vierlingzwangerschap is een voorbeeld van zo'n dilemma. Hoe kun je als patiënte besluiten een zwangerschap, die je graag had gewild, af te breken en hoe kun je daar als arts aan meewerken? De auteur, Mw. Drs. E. J. van der Jagt, is als androgoloog werkzaam in de gezondheidszorg, waar zij zich bezighoudt met de communicatie tussen hulpverlener en patiënt.*

situatie zelf en de keuzes die er lagen liet hij zich op geen enkele manier uit.

Na wat aanvullend onderzoek keerden we naar huis terug en zetten daar, met het door onszelf geformeerde 'hulpverlenerteam' van vrienden en familie, het keuzeprocess voort. Wij zagen drie alternatieven: over het voldragen van de zwangerschap waren we, met de verkregen informatie, niet erg optimistisch, terwijl een totale abortus ons bleef afschrikken. We hoopten op de mogelijkheid van een selectieve abortus, een soort compromis.

De volgende dag deelde dokter L ons mee dat selectieve abortus, gezien de duur van de zwangerschap, niet meer uitvoerbaar was en in mijn geval (groot postuur, goede eerste zwangerschap en bevalling, lichamelijke toestand goed) de kans op een goed resultaat bij het uitdragen van de zwangerschap wel 60%-80% bedroeg. Overleg met collega's had tot deze informatie geleid en dokter L had de opdracht gekregen een 'pep-talk' te houden. De begripvolle en meelevende houding uit het eerste gesprek was veranderd in een wat belerende en optimistische toon waarop hij vertelde dat het advies van het team luidde: uitdragen van de

zwangerschap. Wij vertelden hem echter dat onze behoefte aan pep-talk gering was en dat wij slechts informatie wilden krijgen waarmee wij een overwogen besluit konden nemen. Daarmee keerde de zakelijke toon weer terug in zijn verhaal en herstelde zich de verhouding informatiezoeker-informant. De vraag of – indien we ondanks alles toch zouden kiezen voor abortus – het ziekenhuis daaraan zou meewerken werd opnieuw stellig met ja beantwoord. Desondanks belde diezelfde avond dokter L om te vertellen dat de verloskundige staf die middag had besloten op deze belofte terug te komen met als argumentatie: het weghalen van een tot dan toe gezonde vierling bij een gezonde vrouw, die zwanger was geraakt omdat zij graag een tweede kind wilde, zou een feit zijn waarmee het ziekenhuis niet graag in de publiciteit kwam. Mijn reactie, kwaadheid, gevat in kritiek op het gevoerde beleid ('waarom is ons dat niet gisteren al verteld') leverde slechts spijtbetuigingen op en uitingen van medeleven.

Wij voelden ons machteloos: net nu we langzamerhand toegroeiden naar het idee van abortus als enig juiste besluit in onze situatie bleek dat deze keus niet eens kon worden gerealiseerd, terwijl daar in eerste instantie alle ruimte voor leek te zijn. Dokter L vertelde ons dat hij zich eveneens machteloos voelde en niets meer kon doen dan verwijismogelijkheden zoeken en ons sterkte toewensen.

Met de constatering, gedaan door de verloskundige, dat mijn baarmoeder voor een zwangerschap van 15 weken wel erg groot was werd ik voor een echografie doorgestuurd naar het algemeen ziekenhuis in mijn woonplaats. Het vermoeden bestond dat ik een tweeling verwachtte of langer zwanger was dan ik dacht. Tot onze schrik en verbazing wees de echo uit dat ik zwanger was van een vierling. Ik was heel blij geweest met de zwangerschap – het zou ons tweede kind worden – maar het voldragen en zeker ook het grootbrengen van een vierling leek me een onmogelijke opgave te zijn.

Van de arts herinner ik mij zijn bezorgde blik, en de zware en gespannen sfeer in de kamer. Dokter P stelde voor er direct over te praten. In dat gesprek vertelde hij

ons dat de prognose van een vierling 'matig' is: allerlei mogelijke complicaties tijdens de zwangerschap en een schrale levensstart behoren tot het beeld. Al tijdens de echo had ik – in een eerste opwelling – de vraag gesteld of onderbreking van de zwangerschap nog mogelijk was. Dokter P kwam hierop terug en vertelde dat het beleid in zijn ziekenhuis was boven 12 weken zwangerschap niet te aborteren; wel wilde hij informeren waar men dat toch nog deed. Ook stelde hij ons op de hoogte van de mogelijkheid van selectieve abortus, al was de zwangerschap daarvoor al te ver gevorderd. Afsproken werd dat we hem over vier dagen konden bellen.

De huisarts en de verloskundige, dezelfde dag nog geconsulteerd, bevestigden ons in de gedachte dat abortus een reële mogelijkheid was en daarmee begon duidelijk te worden dat er sprake was van een keuze: een vierling dragen en grootbrengen, wat onze toekomst totaal zou veranderen, of een abortus, wat ik voorheen beschouwde als iets dat mij nooit zou hoeven overkomen.

Met de vraag de mogelijkheid van selectieve abortus te onderzoeken of een totale abortus te verrichten kwamen we terecht bij een *kliniek voor geboortenregeling*.

De intake, een één uur durend gesprek met een arts van het centrum, verliep rustig en liet het hele verhaal rond de zwangerschap de revue passeren. Allerlei aspecten die vastzaten aan ons besluit de zwangerschap van een vierling niet te willen uitdragen, onze redenen en gevoelens daaromheen kwamen op een rij te staan. Selectieve abortus zou experimenteel kunnen worden gedaan; de mogelijke consequenties werden ons voorgespiegeld en deden ons besluiten daar niet aan te beginnen. Er was veel ruimte voor onze vragen en andere reacties tijdens het gesprek. Na het maken van een echo gingen we naar huis in de wetenschap dat ik de volgende morgen een abortus zou ondergaan.

In tegenstelling tot het academisch ziekenhuis, waar men bij een zwangerschap van 15 weken een 'mini-bevalling' opwekt, werkt men in dit centrum met de aspiriotomie-methode, waarbij de patiënt geheel bij bewustzijn blijft en de baarmoedermond wordt verdoofd. De tijd die men voor de ingreep nodig had en die vol onderdrukte spanning voorbij had kunnen gaan, werd door dokter S en de verpleegkundige vakkundig volgepraat. Blijven praten maakte het voor mij makkelijker om dat moeilijke uur door te

komen, terwijl ik toch heel bewust kon beleven wat er aan mij gebeurde. De communicatie tussen arts en verpleegkundige verliep als een gestroomlijnd geheel van handelingen, waarbij ik het middelpunt van zorg vormde. Na een paar uur rust kon ik naar huis. Tijdens de nacontroles werd mijn lichamelijke situatie zorgvuldig bekeken en kon ik de vragen die ik had, bespreken.

## COMMENTAAR

In en na de periode waarin ik herhaaldelijk werd geconfronteerd met de gynaecologie en de verloskunde voelde ik van tijd tot tijd respect en waardering voor de artsen waarmee ik te maken kreeg, doch ook kritiek op de wijze waarop met mij, mijn partner en onze hulpvraag is omgegaan. De conclusies die ik daar persoonlijk uit heb getrokken, heb ik samengevat in een aantal punten.

Deze punten zijn:

- de orgaangerichte versus de probleemgerichte benadering in de gynaecologie;
- de noodzaak van een integratieve aanpak van een gynaecologisch probleem zoals beschreven;
- de factoren die de relatie tussen gynaecoloog en patiënt beïnvloeden.

### *Orgaangerichte versus probleemgerichte benadering*

Beide gynaecologen met wie ik in eerste instantie contact had, zowel degene in het algemeen ziekenhuis als die in het academisch ziekenhuis nabij mijn woonplaats zou je representanten van een orgaangerichte benadering kunnen noemen, terwijl de arts in de kliniek voor geboortenregeling meer een vertegenwoordiger van de probleemgerichte benadering is. Aan de hand van een aantal kenmerken wil ik dit verduidelijken.

Het contact met dokter P, de gynaecoloog die de eerste echo maakte en de vierlingzwangerschap constateerde, laat zich vooral door drie aspecten kenmerken: *informatie, begrip en hulp*. Informatie geeft hij over de stand van zaken rond de zwangerschap op dit moment en een schatting van het toekomstige verloop (de baarmoeder, het orgaan). Begrip uit hij voor de moeilijke situatie en voor de emoties van mij en mijn partner. Met name via zijn gezichtsuitdrukkingen, zijn stem, gebaren en door mee te delen dat hij snapt hoe dit alles ons moet overvallen komt dit begrip tot uiting. Hulp geeft hij door mee te delen naar een mogelijk-

heid tot zwangerschapsonderbreking te willen informeren buiten het ziekenhuis waar hij werkt, met de belofte dat hij over vier dagen die informatie aan ons kan geven.

Naar onze reactie, gevoelsmatig en verstandelijk (wat denken we op dat moment, hoe staan we tegenover een vierling, welke gevoelens komen bij ons boven) vraagt hij niet: daardoor wekt hij de indruk of het zijn zaak niet is en hij zuiver de aandrager is van enig feitenmateriaal. Het contact met hem is dan ook functioneel en zakelijk. Op dat moment gaf dat een erg 'leeg' gevoel: alleen gelaten met een boodschap zonder voldoende informatie te bezitten over de consequenties ervan.

Dokter L, de tweede gynaecoloog, in het academisch ziekenhuis, laat in zijn gedrag tegenover ons eveneens aspecten zien die kenmerkend zijn voor een orgaangerichte benadering: ook hij geeft informatie en toont begrip, waarbij moet worden aangetekend dat de informatie sterk gekleurd bleek te zijn door subjectieve elementen als de attitude van de verloskundige staf tegenover deze zwangerschap en tegenover abortus in het algemeen (vergelijk de 'pep-talk' en het uiteindelijke advies).

Zijn hulp zou aanvankelijk bestaan uit het desgewenst meewerken aan een abortus, maar bleek later te zijn beperkt tot het eventueel zoeken naar een plaats waar dit zou kunnen worden gedaan. De houding van dokter L wordt bovendien door nog een aspect gekenmerkt: *directiviteit*. Immers, hij gaf informatie die erop gericht moest zijn onze keuze te sturen in de richting die hij (of zijn instituut) als de meest wenselijke zag.

Ondanks het feit dat beide artsen uitleg gaven, begrip tonen en tijd uittrekken voor een gesprek met mij en mijn partner wil ik hen beiden toch vertegenwoordigers noemen van die orgaangerichte benadering. Als onderwerp van het gesprek staat steeds op het programma die baarmoeder en de foetussen, nu en in de loop van de komende maanden. Mijn emoties, mijn persoonlijkheid en die van mijn partner, onze leefwijze en onze sociale situatie (wonen, werken, leven) en onze redenen om onze situatie in te schatten zoals we dat deden vormden een zeer ondergeschikt bestanddeel van de gespreksinhoud met de beide gynaecologen. Voorop staat de prognose van het orgaan en haar inhoud: het lijkt nauwelijks relevant hoe de hele problematiek rond dat orgaan daarmee is verweven.

Ik heb in het contact met beide gynaecologen in beide ziekenhuizen weinig aandacht bemerkt voor het feit dat ik mijn eigen keuzeproces doorliep, waarin denkstappen en conclusies elkaar opvolgden en zo tot onze eigen probleemoplossing leidden. De interventies van de gynaecoloog waren niet afgestemd op die eigen probleemoplossing, en dat bracht schade toe aan de samenwerking tussen arts en patiënt.

De arts in de kliniek voor geboortenregeling zou ik een representant van de probleemgerichte benadering willen noemen. Het contact met deze arts wordt door een aantal aspecten gekenmerkt: *informatie, begrip, respect, holisme*, en een *op participatie* gerichte methode van *probleemoplossing*. Informatie werd er gegeven over de situatie van de baarmoeder en de zwangerschap op dat moment en over de twee mogelijke ingrepen en hun consequenties, voor zover die te overzien waren. Overigens werd veel informatie schriftelijk gegeven, wat de duidelijkheid bevorderde en mij rust gaf. Begrip was er voor de emoties die een rol spelen in de verschillende voorgestelde scenario's (geen/volledige/selectieve abortus). De ethische uitgangspunten die de kliniek hanteert werden al bij de intake duidelijk gemaakt, zodat we wisten in hoeverre men onze eigen keuze zou respecteren en in staat waren ons eigen probleemoplossingsproces tot een goed einde te brengen. Dit leidde er automatisch toe dat veel vragen werden gesteld over de hele geschiedenis van de zwangerschap: op die manier kwam op een rij waarom we een zwangerschap, maar ook een onderbreking daarvan wensten en welke onduidelijkheden en onzekerheden er lagen. Onze participatie in die probleemoplossing werd zo als uiterst relevant onderkend en vanzelf kwamen daarbij ook onze sociale situatie en leefwijze aan de orde.

Non-directiviteit is in deze benadering een belangrijke voorwaarde. Niet alleen kan de patiënt niet buiten de mening van de gynaecoloog; het is ook zo dat de

gynaecoloog niet kan buiten de mening van de patiënt; hij moet tot een advies zien te komen dat kan rekenen op de volledige acceptatie van de patiënt zelf. Het gevaar bestaat immers dat patiënten die een advies hebben opgevolgd dat hen niet volledig 'eigen' was, later terecht komen in een spiraal van klagen en klachten bij arts of RIAGG.

De 'formule van Maier':  $E = K \times A$ , wat wil zeggen dat het effect van de hulpverlening het produkt is van de inhoudelijke kwaliteit en de acceptatie van de geboden oplossing, moge deze gedachte ondersteunen.

De mijns inziens noodzakelijke probleemgerichte benadering van gynaecologische problemen brengt mij op een volgend punt.

#### *Noodzaak van een integratieve aanpak*

De hulpvraag waarmee ik het ziekenhuis binnenstapte was een complex geheel. Het onder woorden brengen van wat je denkt, voelt en wilt is in de situatie waarin ik me bevond geen gemakkelijke opgave. De gynaecoloog met wie ik te maken krijg moet dan ook een goed verstaander zijn om te begrijpen wat ik nu precies van hem verwacht.

In mijn hulpvraag lopen somatische, psychologische en sociale aspecten door elkaar. Zwanger van een vierling heb je het gevoel of er aan de fundamenteën van het leven – welke die dan ook mogen zijn – wordt gerammeld en moet je je bezighouden met vragen rond leven en dood, rond de zin en de bedoeling van het leven.

Ook op religieus, ethisch en moreel gebied spelen er zich allerlei dilemma's af. De gynaecoloog heeft op zo'n moment een functie die verder gaat dan die van 'medisch consulent'; hij is degene die de beslissende informatie lijkt te hebben en de macht lijkt te bezitten om je toekomst verregaand te bepalen. Dezelfde gynaecoloog is echter geen psycholoog, geen pastor en geen maatschappelijk werker. Het is de huisarts die, als vertrouwde gezinsarts, de aangewezen persoon is om, eventueel noodzakelijke hulpverleners van deze disciplines in te schakelen. Hij zal hierover met de gynaecoloog in overleg dienen te treden.

Om een integratieve aanpak waar te kunnen maken is het wel nodig dat de gynaecoloog de vaardigheid bezit de verschillende aspecten aan de hulpvraag te onderzoeken en zodoende signaleert op welke punten een andere begeleiding dan alleen de zijne nodig is. Met name in de fase van nazorg is dit van groot belang.

Schuldgevoelens, rouw en vragen rond een nieuwe kinderwens verdienen net zoveel aandacht als lichamelijk herstel en hebben in mijn beleving veel invloed op de lichamelijke processen die zich afspelen. Een holistische visie op de hulpvraag en gespreksvaardigheden die deze visie omzetten in concreet handelen zijn mijns inziens de ingrediënten voor een integratieve aanpak in een dergelijk gynaecologisch probleem.

#### *Factoren die de relatie tussen gynaecoloog en patiënt beïnvloeden*

In het kort wil ik een aantal factoren noemen die van invloed zijn op de relatie tussen gynaecoloog en patiënt.

Een eerste en wellicht meest in het oog springende factor is het *communicatiegedrag* van de arts. Als belangrijke voorwaarden voor een goede communicatie kwamen al eerder begrip, respect en een op participatie van de patiënt gerichte methode van probleemoplossing naar voren. In de praktijk betekent dit dat de arts vaardigheden bezit om in korte tijd een vertrouwensrelatie op te bouwen door in het gesprek ruimte te geven aan de patiënt, op haar gevoelens en meningen in te gaan en haar voor 'vol' aan te zien. Informatie geven is een belangrijke voorwaarde om de patiënte ook echt als participant in de probleemoplossing te zien. Het communicatiegedrag van de patiënte hangt nauw met het communicatiegedrag van de arts samen. Haar gespreksvaardigheden, haar afhankelijk of onafhankelijke opstelling zijn uiteraard ook bepalend voor de wijze waarop het gesprek verloopt, en als het gaat om de inhoud van het gesprek zijn haar wijze van omgaan met stress-situaties en haar houding ten opzichte van zwangerschap en abortus variabelen waarmee de gynaecoloog rekening dient te houden.

Een tweede factor is de *cultuur* van het ziekenhuis waar het de vigerende waarden en normen betreft. In mijn geval bleken de grenzen die worden gesteld aan de uitvoering van een abortus voor het algemeen ziekenhuis, het academisch ziekenhuis en de kliniek heel verschillend te liggen. Naast de ethiek van het ziekenhuis, de binding die zij heeft met verschillende denkende bevolkingsgroepen en haar eigen levensbeschouwelijke signatuur is ook de politiek een niet te verwaarlozen factor. De 'naam' van het ziekenhuis en de beslissingen die op politiek niveau worden voorbereid aangaande de instandhouding van afdelingen

zijn mede van invloed op de hulpverlening die door het ziekenhuis kan worden geboden. Ethische en politieke factoren lopen vaak op verwarrende wijze door elkaar. De bij de cultuur behorende normen en waarden zijn bepalend voor het handelen van de arts en dat heeft grote invloed op de patiënt; het toeval waar je een gynaecoloog bezoekt kán zo gevolgen hebben voor een belangrijk stuk van de toekomst van een patiënt. Ook blijkt er een discrepantie te kunnen bestaan tussen het beleid van het ziekenhuis en de privé-optiek van de arts met betrekking tot wat wel en niet ethisch toelaatbaar wordt geacht. Zo heb ik immers zelf ervaren hoe de besluitvorming in een verloskundige staf ertoe kan leiden dat de arts op eerder gedane uitspraken terug

moest komen en daarmee het vertrouwen in het ziekenhuis erg schaadde.

Een laatste factor is er een op macro-niveau: de technologische ontwikkelingen en de daardoor veranderde publieke opinie ten aanzien van gynaecologische onderwerpen.

De snel toenemende kennis over de fysiologie van de voortplanting en de biotechnologische mogelijkheden in zaken als selectieve abortus en prematurenzorg zorgen voor een tijdgeest waarin de keuzes tussen leven en dood voor steeds meer mensen actuele vragen zijn geworden. Al wie de kranten een beetje volgt, wordt regelmatig uitgenodigd zich te verdiepen in vragen over euthanasie of in vitro fertilisatie: dilemma's in leven en dood. Dit zijn dilemma's waarin de strijd

tussen natuur en techniek zich openbaart en waar artsen noch patiënten voor zijn toegerust.

Medisch ingrijpen mag op rationele gronden een logische gevolgtrekking lijken, de gevolgen daarvan voor de beleving van de individuele arts en de individuele patiënt zijn vaak niet in te schatten. Mijn ervaring met mijn vierlingzwangerschap is een voorbeeld van zo'n dilemma. Hoe kun je als patiënte besluiten een zwangerschap, die je graag had gewild, af te breken? En hoe kun je als arts het ene moment bezig zijn leven te doen ontstaan, te controleren en het volgende moment leven te onderbreken? Hopelijk vinden we een manier om ook op deze vragen een antwoord te kunnen geven. □

# Medische besliskunde in Nederland

## Een literatuuronderzoek

### INLEIDING

Sinds het begin van de jaren zeventig neemt de belangstelling voor de medische besliskunde toe. Er werd veel verwacht van de medische besliskunde, met name op het gebied van kwaliteits- en kostenbeheersing van de gezondheidszorg. Het onderwerp van de hier beschreven literatuurstudie, die werd uitgevoerd in het kader van zes weken keuze-onderwijs, is de stand van zaken met betrekking tot de medische besliskunde in Nederland. Aanleiding voor het onderzoek waren de indrukken die wij hebben opgedaan tijdens de ontwikkeling van een literatuurbestand op het gebied van medische besliskunde/'technology assessment' bij de vakgroep Epidemiologie van de Rijksuniversiteit Limburg.

Het is een hachelijke zaak de carrière van de medische besliskunde geïsoleerd van aanverwante (en daarmee verstrengelde) zaken, zoals protocollering en toetsing, te bestuderen. Wij besloten daarom het aandachtsveld enigszins te verruimen.

In dit artikel geven wij een overzicht van de Nederlandse medisch-besliskundige tijdschriftliteratuur. Een inventarisatie van recente ontwikkelingen, 'trends', hiaten en meningsverschillen, kan nuttig zijn voor de discussie over de plaats en waarde van de medische besliskunde in de geneeskunde.

D. K. Warndorff,  
C. J. M. Pouls en  
Dr. J. A. Knottnerus

*Het onderwerp van de in dit artikel beschreven literatuurstudie is de stand van zaken met betrekking tot de medische besliskunde in Nederland, D. K. Warndorff, C. J. M. Pouls en J. A. Knottnerus, verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg, inventariseren de laatste ontwikkelingen, 'trends', hiaten en meningsverschillen. Dat kan nuttig zijn voor de discussie over de plaats en waarde van de medische besliskunde in de geneeskunde.*

### METHODEN EN CRITERIA

De grondstof voor het onderzoek vormden de jaargangen 1982-1986 van negen gangbare Nederlandse medische tijdschriften: Medisch Contact, het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Huisarts en Wetenschap, het Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, Maatschappelijke gezondheidszorg, Gezondheidszorg en Samenleving, Patient Care

(Nederlandse uitgave), Modern Medicine (Nederlandse uitgave) en The Practitioner (Nederlandse uitgave). Alle jaargangen werden 'gescreend'; dit gebeurde in eerste instantie op titel, ondertitel en algemene indruk, hetgeen 62 artikelen opleverde. Naar aanleiding van literatuurreferenties in deze artikelen verzamelden we vervolgens nog een twintigtal publikaties.

In figuur 1 is aangegeven op welke terreinen wij ons bij de literatuurverzameling hebben gericht. De samenhang tussen medische besliskunde, consensusvorming en protocollen, en de wegen waarlangs deze het medisch beleid beïnvloeden, wordt weergegeven. Wij hebben die artikelen in de studie opgenomen die de medische besliskunde in formele zin – zoals door Weinstein en Fineberg behandeld in 'Clinical Decision Analysis' – tot hoofdonderwerp hebben. Daarnaast selecteerden wij publikaties over onderwerpen als protocollering, toetsing, consensusvorming en onderwijs, voor zover deze de medische besliskunde mede tot onderwerp hebben en naar onze mening implicaties inhouden voor de medische besliskunde. Inzake consensusontwikkeling en toetsing in strikte zin, dat wil zeggen als fenomeen of als procedure, werd volledigheid niet nagestreefd. Anders is het wanneer bijvoorbeeld het aan-

deel van de medische beslistkunde daarin wordt behandeld.

Niet in dit onderzoek betrokken werden:

- artikelen geschreven uit (puur) economisch gezichtspunt, bijvoorbeeld budgetfinanciering van ziekenhuizen;
- artikelen met als onderwerp de effectiviteitsbeoordeling van (nieuwe) technologieën zonder speciale aandacht voor het besluitvormingsaspect;
- artikelen van (klinisch-)epidemiologische aard, waarbij het verzamelen en presenteren van basisgegevens centraal staat. Deze publikaties kunnen het uitgangspunt vormen voor beslistkundige analyse, maar hebben deze niet tot onderwerp;
- uit het Engels vertaalde artikelen.

Hoewel we niet pretenderen op het omschrijven, begrensde terrein volledig te zijn geweest, denken we hier wel een goed beeld van te hebben.

## RESULTATEN

De geselecteerde artikelen werden als volgt gerubriceerd (tabel 1):

*Categorie 1* omvat theoretische stukken over voor- en nadelen van medische beslistkunde en haar toepassingen.

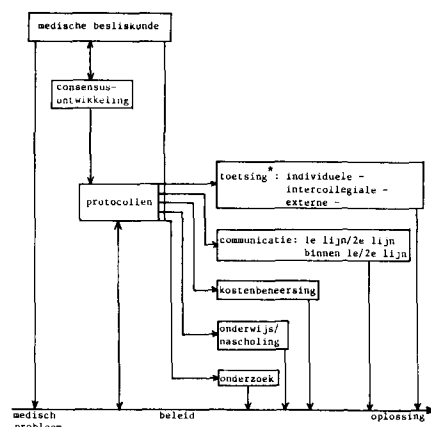
*Categorie 2* bestaat uit artikelen die primair instructief van karakter zijn. Voorbeeld: het ter illustratie construeren van een beslistboom en deze invullen met gefingeerde gegevens.

In *categorie 3* gaat het om publikaties waarin een concreet medisch vraagstuk wordt geanalyseerd door middel van formele beslistkundige technieken.

Artikelen in *categorie 4* zijn geschreven om de kwaliteit van het medisch handelen te verbeteren door middel van consensusontwikkeling. Niet opgenomen zijn verslagen van consensusbijeenkomsten ter stimulering van algemene kritische bezinning.

De categorieën 5, 6 en 7 dekken onderwerpen die slechts zijdelings op ons aandachtsveld betrekking hebben; wij hebben niet getracht voor deze categorieën volledigheid na te streven (zie 'methoden en criteria'). *Categorie 5* bestaat uit publikaties die de verschillende aspecten van een medisch probleem belichten om vervolgens richtlijnen te formuleren; van medische beslistkundige analyse of van

Figuur 1. Relaties tussen medische beslistkunde en patiëntenzorg.



*Ter verklaring.* Tussen de medische beslistkunde en patiëntenzorg bestaat zowel een directe relatie, namelijk via het denken en handelen van de individuele arts, als verschillende indirecte verbanden. Zo draagt de beslistkundige techniek – al dan niet via consensusvorming – bij tot de ontwikkeling van protocollen, die op hun beurt zowel direct als na verschillende toepassingen hun invloed op de beleidsvorming uitoefenen. De medische beslistkunde onderhoudt ook directe relaties met genoemde toepassingen.

### \* Definities

Protocol: een beschrijving van een optimaal geachte benadering van een medisch probleem (Van Es).  
Toetsing: het vergelijken van geneeskundig handelen met een als juist aanvaarde norm (Gill).

Tabel 1. Inleiding van publikaties over medische beslistkunde in categorieën.

categorie	omschrijving	aantal
1	beschouwingen over medische beslistkunde (1-27)	27
2	methodiek der medische beslistkunde; mogelijkheden; instinctief (28-35)	8
3	toepassingen van medische beslistkunde op actuele medische problemen/vraagstukken (36-38)	3
4	kwaliteitsverbetering door consensusontwikkeling (39-50)	12
5	'capita selecta' (51-61)	(>)11
6	beschouwingen over het geneeskundig handelen; theorie, toetsing (62-73)	(>)12
7	randgevallen (74-82)	(>) 9
	totaal	82

Toelichting: zie tekst.

consensusvorming is echter geen sprake. In *categorie 6* werden algemene beschouwingen over het geneeskundig handelen en de toetsing daarvan ondergebracht. *Categorie 7* is een restcategorie van 'randgevallen'.

De artikelen in categorie 1 konden verder worden gekenmerkt als overwegend *pro medische beslistkunde*, *contra medische*

*beslistkunde* en *neutraal*. Deze subcategorieën, alsmede categorie 3, konden vervolgens verder worden onderverdeeld als geschreven vanuit een huisartsgeneeskundige optiek; vanuit de optiek van de tweede lijn, vanuit een algemeen gezichtspunt, vanuit economisch perspectief en vanuit onderwijskundig perspectief. Het resultaat van deze splitsing wordt weergegeven in *figuur 2*. Om de verhoudingen duidelijk te representeren zijn percentages gebruikt, ook al zijn de getallen erg klein. Deze *kansboom* is als volgt te interpreteren:

U slaat een nummer van een van de negen bij dit onderzoek betrokken tijdschriften op. De kans dat het eerste het beste artikel dat u tegenkomt de medische beslistkunde tot onderwerp heeft is 0,6%\*. De kans dat enige publikatie over medische beslistkunde van beschouwend aard is, is 71%. De kans dat een beschouwend artikel van uitgesproken kritische kleur ('contra') is, is 18%. Door 'terug te vouwen' is nu de kans te berekenen dat een willekeurig artikel voldoet aan de beschrijving: 'zeer kritisch, beschouwend artikel over de medische beslistkunde, geschreven vanuit huisartsgeneeskundig perspectief', namelijk:  $0,6\% \times 71\% \times 18\% \times 80\% = 0,06\%$ .

Figuur 2 betreft de medisch-beslistkundige publikaties; de categorieën 4 tot 7 werden dan ook niet in de kansboom opgenomen.

## KARAKTERISERING MATERIAAL

Het is opmerkelijk dat publikaties vanuit een (exclusief) tweedelijsgezichtspunt alleen in de *pro*-sfeer voorkomen, terwijl bijdragen uit de huisartsgeneeskundige wereld daarentegen meestal een *neutraal* of een *contra*-karakter dragen.

Treffend is ook, dat slechts drie artikelen in categorie 3 konden worden ondergebracht. Naar onze mening waren de toelatingscriteria voor deze categorie niet buitensporig stringent. Integendeel: slechts een van de drie artikelen had alle kenmerken van de beslistkundige methode, namelijk<sup>1</sup>: precieze formulering van de probleemstelling; structureren van het probleem in een beslistboom; 'aankleden' van de boom met kansen; toekennen van waarden aan de verschillende uitkomsten; berekenen van de optimale strategie en nagaan in hoeverre de voorkeurstrategie wordt gewijzigd door ver-

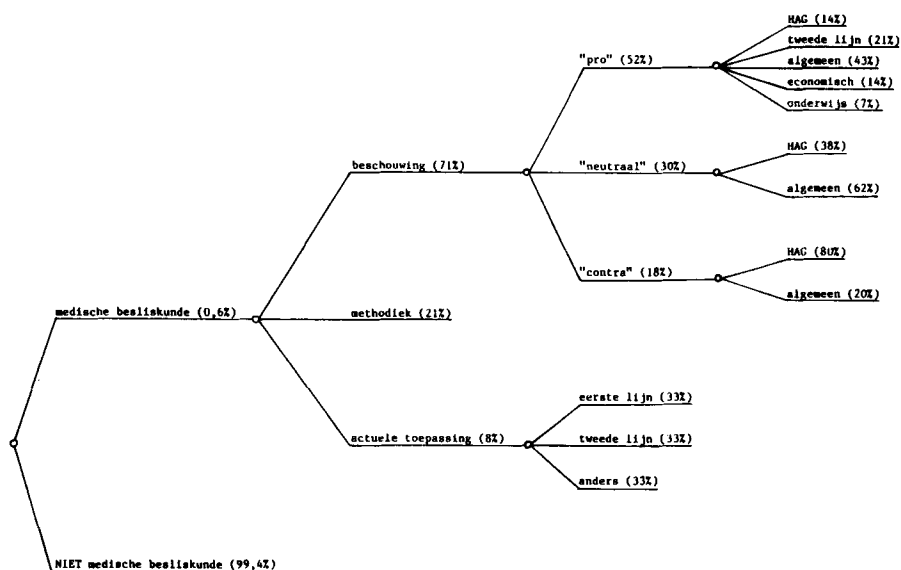
\* Dit cijfer werd berekend op basis van het door steekproeven geschatte totaal aantal artikelen in de vijf jaargangen van de negen tijdschriften.

andering van één of meer kansen en/of uitkomstwaarden (sensitiviteitsanalyse). Het doorbladeren van een tijdschrift als het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde doet niettemin de indruk ontstaan dat de beslistkundige methode vaak wordt toegepast bij medische vraagstukken; het oog valt regelmatig op een algoritme (dat overigens herhaaldelijk 'beslisboom' of 'beslissingsboom' wordt genoemd). Meestal leert nadere bestudering dat het gaat om een visuele voorstelling van al dan niet op persoonlijke titel geformuleerde richtlijnen die ook in talloze capita selecta, klinische lessen en leerboeken te vinden zijn, maar dan door de tekst heen verspreid (men zou van 'impliciete' algoritmen kunnen spreken). Deze 'pseudo-beslistkundige benaderingen' werden ondergebracht in categorie 5. Bij de artikelen in categorie 5 bestaan overigens grote verschillen wat de benadering en de uitgebreidheid van de gebruikte literatuur, en de hantering van belangrijke begrippen, zoals 'sensitiviteit' en 'voorspellende waarde', betreft. Tabel 2 geeft een opsomming op vier verschillende niveaus van de pro's en contra's van medische beslistkunde zoals deze in categorie 1 het meest worden aangedragen.

## DISCUSSIE

Het is de vraag of een aantal argumenten in de 'contra'-kolom berust op misverstanden over het gebruik van protocollen. Uitspraken als: 'Middel wordt doel' en 'Geneeskunde is een zaak van individuele behandeling', verraden de veronderstelling dat protocollaire geneeskunde de arts dwingt tot het uitvoeren van standaardprocedures, ongeacht de individuele kenmerken van de patiënt. Medewerkers van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) hebben er echter op gewezen dat protocollaire geneeskunde nooit 'kookboekgeneeskunde' kan worden<sup>2,4</sup>. Een protocol laat de arts de vrijheid er in individuele gevallen van af te wijken, maar dwingt dan wel tot een expliciete onderbouwing van de reden daarvan. Frequent afwijken van een protocol kan aanleiding zijn tot het aanpassen ervan. In dit verband is een ervaring die op het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut is opgedaan het vermelden waard. De protocollen uit het project 'Preventie van somatische fixatie' bestaan uit 'items' die worden onderverdeeld in 'obligaat', 'facultatief' en 'overbodig'. Wat het protocol 'keelpijn' be-

Figuur 2. Indeling van medisch-beslistkundige literatuur van 1982 tot en met 1986.



Uitgaande van een totaal aantal artikelen van 6.750, wordt 0,6% (n = 38) gewijd aan medische beslistkunde.

Toelichting en interpretatie: zie tekst

Tabel 2. In de literatuur vermelde pro's en contra's met betrekking tot de medische beslistkunde.

pro	contra
<b>PERSOONLIJK</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Leidt tot meer overwogen medische besluitvorming door: <ul style="list-style-type: none"> <li>• structurering medisch probleem;</li> <li>• scherpe definiëring van uitgangspunten, vraagstellingen en criteria's; en</li> <li>• bewaren van overzicht bij het behandelen van deelproblemen.</li> </ul> </li> <li>Bevordert systematisch en efficiënt handelen.</li> <li>Leidt tot minder defensieve geneeskunde.</li> <li>Biedt verantwoording bij externe toetsing.</li> <li>Instrument voor zelftoetsing.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leidt tot: <ul style="list-style-type: none"> <li>• versimpeling van werkelijkheid;</li> <li>• verstarren van het denken;</li> <li>• verslapping van belangstelling; en</li> <li>• vrijheidsbeperking.</li> </ul> </li> <li>Creativiteitdodend. Kunst wordt kunde.</li> <li>Onterecht veiligheidsgevoel.</li> <li>Computerisatie dreigt.</li> <li>Vaak onvoldoende basisgegevens om beleid kwantitatief te kunnen onderbouwen.</li> <li>Ook niet-kwantificeerbare factoren spelen mee in de dagelijkse medische besluitvorming.</li> </ul>
<b>ARTS-ARTS (intercollegiaal)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Noodzakelijke explicitering bevordert overleg door het duiden en analyseren van essentiële geschilpunten in opinie. Hierdoor ook tijdswinst.</li> <li>Verbeterd de samenwerking: <ul style="list-style-type: none"> <li>• binnen eerste lijn, binnen tweede lijn;</li> <li>• tussen eerste en tweede lijn.</li> </ul> </li> <li>Voorbeeld: betere taakverdeling en integratie van beleid voor verwezen patiënten.</li> <li>Meer efficiënte nascholing.</li> <li>Bevordert intercollegiale toetsing.</li> </ul>	
<b>PATIËNTGERICHT</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Betere medische zorg, minder iatrogenese door: <ul style="list-style-type: none"> <li>• selectiever handelen;</li> <li>• trefzekerdere diagnostiek;</li> <li>• continuïteit van zorg, waardoor bijvoorbeeld onderzoek minder vaak nutteloos wordt herhaald en noodzakelijke handelingen niet worden nagelaten.</li> </ul> </li> <li>Explicitering van de besluitvorming komt de betrokkenheid van de patiënt ten goede.</li> <li>Idem: patiëntenvoorlichting.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gevaar dat middel doel wordt. In het verlengde hiervan: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Minder ruimte voor individuele benadering van de patiënt.</li> <li>– Patiënt kan worden behandeld omdat zijn keus niet dezelfde hoeft te zijn als de beste keus volgens de arts.</li> <li>– Dynamiek van het arts-patiëntcontact is niet voor formalisering vatbaar.</li> </ul> </li> </ul>
<b>MAATSCHAPPIJGERICHT</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kostenbesparend.</li> <li>Betere controle op geleverde kwaliteit mogelijk.</li> <li>Vinden van hiaten in medische kennis bevordert doelgericht wetenschappelijk onderzoek.</li> <li>Medisch handelen wordt meer inzichtelijk. Dit bevordert onderwijs en externe toetsing.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eventuele besparing door minder nutteloos onderzoek zal worden tenietgedaan door extra onderzoek, voorheen ten onrechte nagelaten.</li> <li>Medische kennis en mogelijkheden veranderen snel. Het is de vraag of beslissomen de verandering van opvattingen en technieken zullen kunnen bijbenen.</li> <li>Idem: of de investeringen om een beslisboom actueel te houden tegen de baten opwegen.</li> </ul>

treft, bleek dat juist het achterwege laten door huisartsen van obligate handelingen samenhang met 'onvoldoende aandacht voor mogelijke bijzondere omstandigheden'<sup>5</sup>.

Medische beslistkunde is op zich een *neutrale techniek*. Het gaat om explicitering van sinds jaar en dag impliciet genomen stappen in de medische besluitvorming. Onzekerheden en controversen worden daarbij onthuld, niet gecreëerd. In zekere zin lijkt het er dan ook op dat men zichzelf beschuldigt, als men oppert dat het bij een bepaald medisch probleem aan te veel basisgegevens ontbreekt om via beslistkundige analyse tot een verantwoord protocol te komen. Het huidige algemene beleid is dan blijkbaar niet gefundeerd op wetenschappelijk getoetste gronden. In feite is dit een pleidooi voor 'subjective probability assessment'; anderen wijzen op consensusvorming als oplossing voor dit (omvangrijke) euvel<sup>2</sup>. Het argument dat medische beslistkunde leidt tot kostenbesparing, wordt niet door iedereen gedeeld. Het kan zijn dat er diagnostiek zal plaatsvinden die voorheen ten onrechte werd nagelaten<sup>6</sup>. Er is dan in ieder geval wel sprake van een verbetering van de kwaliteit van het geneeskundig handelen. Boelen neigt tot de opvatting dat reductie van het aantal beslissingen tot handelen uit een oogpunt van besparing niet hoeft te leiden tot verminderde kwaliteit van de zorg; hij acht zelfs het tegendeel plausibel<sup>7</sup>.

Een vraag die met name in artikelen uit de 'kritische hoek' van de huisartsgeneeskunde een belangrijke rol lijkt te spelen is: in hoeverre gaat de medische beslistkunde voorbij aan het belang van *waarden, normen en gevoelens* waarvan sprake is in de alledaagse medische besluitvorming? Van Es ziet hier niet direct een conflict<sup>8,9</sup>. Hij meent dat de bijdrage van ethische factoren aan de medische besluitvorming juist volwaardig tot haar recht zal komen door het toepassen van de beslistkundige methode. Deze stimuleert immers de bewustwording van ook minder tastbare factoren in het arts-patiëntcontact. Van Haaren stelt echter<sup>10</sup> met de Engelse filosoof Hume, dat 'ethische oordelen nooit redelijk maar steeds gevoelsmatig zijn', zodat het niet mogelijk is precies te duiden waar en hoe deze subjectieve factoren meespelen in praktijkbeslissingen.

Wat de *individuele keuze van de patiënt* betreft, meent Dunning een tekort van de beslistkundige methode te constateren<sup>11</sup>, aangezien de keus van de patiënt 'op iets

anders dan de beste keuze kan zijn gebaseerd'. Van Es stelt echter<sup>8</sup>: 'Om de patiënt in staat te stellen een verantwoorde keuze te maken, moet de arts het beslissingsproces met alle betrokken overwegingen expliciteren'. Dit proces bevordert het betrekken van de gevoelens en de opvattingen van de patiënt in de besluitvorming.

Over bepaalde aspecten of toepassingen van de medische beslistkunde lijkt geen meningsverschil te bestaan (tabel 2). Dat geldt bijvoorbeeld voor de stelling dat beslistkunde via het duiden van hiaten in de kennis de doelgerichtheid van medisch onderzoek bevordert. Ook over de waarde van medische beslistkunde in het onderwijs en bij nascholing bestaat consensus. Andere punten waarover men het eens is zijn: medische beslistkunde als slijpsteen voor het medisch denken, als (zelf)toetsingsinstrument en als middel ter bevordering van communicatie op verschillende niveaus.

In diverse opzichten neemt de *huisartsgeneeskunde* een bijzondere plaats in de discussie in. Werkterrein en werkwijze van de huisarts zouden dermate verschillen van die van de clinicus, dat toepassing van de medische beslistkunde in de huisartspraktijk een probleem apart is<sup>12</sup>. Meyman meent dat er behoefte bestaat, en gevoeld wordt, aan normering van het handelen van de huisarts. Protocollen kunnen daarbij zinvol zijn, maar men moet er niet te veel van verwachten. Zij zijn niet het antwoord op de grote variatie tussen artsen die de huisartsgeneeskunde zo kenmerkt en die vaak als indicatie voor protocollering wordt gezien. Analyse van de variatie tussen huisartsen zou de constatering kunnen opleveren dat deze 'geen bastaard maar een raspaard' van de huisartsgeneeskunde is. Volgens Van Weel doet de variatie 'zich met name voor onder omstandigheden waarbij men nauwelijks kan verwachten dat huisartsen uniform handelen'<sup>12</sup>, zoals bij 'probleemgedrag', waar de keuzevrijheid van de patiënt bijzonder groot is en bij problemen die een 'self-limiting' karakter dragen, zodat per definitie het rendement van de therapie beperkt is. Bovendien trekt de huisarts een eigen klanterkring; het ligt voor de hand dat bij de keuze van een huisarts juist die overwegingen en behoeften een rol spelen, die zich vervolgens als interdoktervariatie laten meten'. Volgens Van Weel is de eerste fase van de hulpverlening door haar complexiteit nauwelijks voor protocollering toegankelijk. Anders is het

wanneer de probleembreedte beperkt is bij een bepaalde diagnose of een bepaald symptoom, 'een situatie die zich per definitie voordoet in de specialistische geneeskunde'. In dergelijke gevallen ziet Van Weel de toepassing van protocollen echter beperkt tot toetsing.

Volgens Wigtersma liggen de enige onomstreden rollen van de protocollering in de huisartsgeneeskunde op het gebied van onderwijs<sup>13</sup>. De 'dynamiek' van het huisartsgeneeskundig handelen kan niet in schema worden gebracht. De beslistkunde kan slechts dan van toepassing zijn wanneer er sprake is van 'een goed gedefinieerd, somatisch uitgangsprobleem'. Gill acht protocollen onmisbaar voor wetenschappelijk onderzoek, maar is sceptisch over de toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk<sup>14</sup>.

Vat men de bijdragen van de hiervoor genoemde auteurs samen, dan is men geneigd te concluderen dat protocollering in de huisartsgeneeskunde pas mogelijk wordt waar deze gaat lijken op de specialistische geneeskunde, namelijk ná de fase van het anamnestic gesprek, wanneer dit een begrensde diagnostische hypothese heeft opgeleverd.

Een volgend heet hangijzer is de *autoriteitsvraag*: wie maakt protocollen, en hoe zullen deze worden ingevoerd? Moeten protocollen worden opgesteld door individuele onderzoekers of dienen consensusprocedures de bronnen van protocollen te zijn? Kan men wel aan consensusvorming ontkomen bij gebrek aan gegevens of bij tegenstrijdige literatuur?<sup>2,15</sup> Moeten officiële instituten ten behoeve van consensusvorming, zoals in Nederland het CBO, consensusbijeenkomsten organiseren op verzoek van bijvoorbeeld ziekenhuisstaven, of is er ruimte voor eigen initiatief? Hoe moet het er bij consensusbijeenkomsten aan toe gaan? Is het wenselijk dat de samenleving er wordt vertegenwoordigd, of dient het een aangelegenheid van deskundigen te blijven?<sup>16</sup>

Verschiedende auteurs bepleiten de oprichting van instituten voor medische beslistkunde of protocollaire geneeskunde. Sommigen denken daarbij met name aan de planning en coördinatie van op protocol gerichte activiteiten in ziekenhuizen<sup>17</sup>, anderen aan een onder de Gezondheidsraad ressorterend orgaan, dat de actualiteit van protocollen bewaakt<sup>18</sup>. Het is niet denkbeeldig dat door onafhankelijke instanties ontwikkelde protocollen op grote weerstand stuiten bij invoering 'in het veld'. Polee stelt<sup>19</sup>: 'introduc-



tie van richtlijnen, verkregen uit binnen- en buitenlandse centra, is vaak tot mislukken gedoemd, omdat de participanten niet zelf bij de opstelling ervan waren betrokken.' Komaroff citeert een clinicus<sup>20</sup>: 'I am being regimented if you give algorithms to me, but I am being systematic if I develop algorithms for myself.' Anderzijds zal consensus van experts de aanvaardbaarheid van protocollen in brede kring verhogen. Het CBO bewandelt een middenweg: het functioneert op verzoek en stelt voorop dat aanbevelingen aan plaatselijke omstandigheden moeten worden aangepast<sup>21</sup>. Er is veel voor te zeggen de medische besliskunde op te vatten als 'advieskunde'<sup>22</sup>. Anderzijds kan worden gewezen op het 'standaardenbeleid' van het Nederlands Huisartsen Genootschap, dat naar verwachting een minder vrijblijvend karakter zal dragen.

## SLOT

In essentie is de medische besliskunde niet meer dan 'the systematic articulation of common sense', teneinde op rationele wijze met onzekerheid om te gaan<sup>1</sup>. Aan de te nemen beslissingen verandert niets: controversen en onzekerheden blijven. En<sup>23</sup>: '... expecting an ancillary technique to make decisions is like expecting your mirror to make you beautiful ...' Dit legt misschien een vinger op de zere plek: waren de verwachtingen van de medische besliskunde te hoog gespannen?<sup>24</sup>

Een andere vraag is, in hoeverre artsen het wenselijk vinden dat de medische besluitvorming meer wordt geëxpliciteerd. Wanneer Dunning schrijft<sup>9</sup>: 'Clinici menen vaak dat het klinisch denken een proces is dat uniek is, dat moeizaam door ervaring en naar voorbeeld wordt verkregen en nauwelijks voor analyse toegankelijk is', kan men zich afvragen of niet in het verlengde van een dergelijke zienswijze ligt, te vrezen dat de geneeskunst door de invoering van medische besliskunde aan charme zal inboeten. Dat de besliskundige methode toegepast op een concreet medisch probleem in slechts drie artikelen uit vijf jaargangen van negen Nederlandse medische tijdschriften is terug te vinden, is merkwaardig, omdat de medische wereld in het algemeen weinig terughoudend lijkt wat betreft het adopteren van nieuwe technieken.

Op 10 februari 1984 organiseerde het CBO een symposium over medische besliskunde in Utrecht. Van der Kooij

## NIET ROKEN

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

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

schreef na afloop van dit symposium<sup>25</sup>: 'Afgezien van verstrekte informatie en inzicht heeft dit symposium ook een historische betekenis: in de komende jaren zal de besliskunde zonder twijfel nog veel van zich laten horen. We kunnen er niet meer omheen.' Wat de toepassingen in de concrete patiëntenzorg betreft menen wij te mogen concluderen dat de Nederlandse medische tijdschriftliteratuur de visie van Van der Kooij tot nu toe niet ondersteunt. □

*Met hartelijke dank aan A. Visser en T. Seegers.*

## Literatuur

1. Weinstein MC, Fineberg HV. Clinical decision analysis. Philadelphia: WV Saunders 1980.
2. Casparie AF. Maatstaven voor goede zorg. Consequenties voor de medische praktijk van alledag. Medisch Contact 1983; 38: 349-50.
3. Vissers TCGM. Protocollaire geneeskunde. Medisch Contact 1983; 38: 685-88.
4. Vissers TCGM, Casparie AF. Medische besliskunde en de kwaliteit van het medisch handelen. Medisch Contact 1984; 39: 272.
5. Mesker PJR, Mesker Niesten JJLM, Mokkink HGA. Een protocollaire benadering bij keelpijn. Huisarts en Wetenschap; praktijk 1982; 6: 44-48.
6. Dool CWA van den. Pro protocol. Huisarts en Wetenschap; praktijk 1982; 8: 37-9.

7. Boelen JLA. Wie beslist er eigenlijk in de gezondheidszorg? Medisch Contact 1985; 40: 715-17.
8. Es JC van. Verantwoord kiezen. Medisch Contact 1984; 39: 273-75.
9. Es JC van. Medische besliskunde: normen en waarden centraal in de besliskunde. Medisch Contact 1984; 39: 263.
10. Haaren WJM van. Gevoelens in de medisch-ethische besluitvorming. Medisch Contact 1984; 39: 401-44.
11. Dunning AJ. Het medisch handelen als proces. Medisch Contact 1984; 39: 269-71.
12. Weel C van. Alledaagse ziekten en een gezond verstand. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 133-36.
13. Wigersma L. Doelstellingen en beperkingen van protocollen in de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 300-05.
14. Gill K. Protocollaire huisartsgeneeskunde: schijn van zekerheid? Huisarts en Wetenschap 1984; 8: 32-36.
15. Everdingen JJE van, Casparie AF, Deroy van Zuydewijn HJ. Consensusontwikkeling, een vergelijking tussen de Verenigde Staten en Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1935-38.
16. Consensus: de waarheid in het midden? Redactioneel. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 130: 1922.
17. Sturmans F. Is de gezondheidszorg beheersbaar? Budget en protocollen als instrumenten voor de planning van kostenbeheersing. Medisch Contact 1985; 40: 417-21.
18. Roos J. Protocol toverkol? Medisch Contact 1983; 38: 653-54.
19. Polee JRB. Protocollaire geneeskunde in de oncologie. Medisch Contact 1983; 38: 533-34.
20. Komaroff AL. Algorithms and the 'art' of medicine. American Journal of Public Health 1982; 72: 10-11.
21. Henneman G, Snoek JA van der. Consensus-bijeenkomst diagnostiek solitaire nodus in de schildklier. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1878-82.
22. Hartkamp S. Medische besliskunde, moet ze een kans hebben? Medische informatie- en besliskunde. Academisch Ziekenhuis Groningen 1986.
23. Davidoff F. New England Journal of Medicine 1982; 306: 613-14.
24. Knottnerus JA. Bouwstenen voor een rationele besluitvorming. Medisch Contact 1987; 42: 501-4.
25. Kooij S van der. Medische besliskunde: indrukken symposium. The Practitioner 1984; 1: 525-28.

Hierboven staat alleen die literatuur waarnaar in het artikel expliciet wordt verwezen. De totale lijst, behorende bij de in dit artikel besproken literatuurstudie, groot 87 titels, is bij de redactie opvraagbaar.

## Arts en recht

# Bewijslast

## Uitspraak Hoge Raad d.d. 20 november 1987

In het burgerlijk recht geldt het aloude adagium: 'Wie beweert, moet bewijzen' (art. 1902 BW). Met ander woorden: de gene die de procedure aanspant en de andere partij aansprakelijk stelt zal in het algemeen zijn vordering moeten kunnen hardmaken; de verwerende partij kan zich beperken (gemotiveerd) tot ontkennen. Aangezien men lang niet altijd kan bewijzen wat waar is – en men zelfs wel eens kan bewijzen wat niet waar is! – beslist de verdeling van de bewijslast vaak over de uitslag van het proces. In concreto stelt de rechter die verdeling vast. De afgelopen jaren is er vanuit diverse geledingen bepleit de positie van de patiënt in een civiele procedure te verbeteren door de bewijslast om te keren, dat wil zeggen door de verwerende partij (de arts) de opdracht te geven te bewijzen dat hij geen fout heeft gemaakt. De rechterlijke macht is tot nu toe op deze verzoeken niet ingegaan.

De hier gepubliceerde uitspraak van de Hoge Raad biedt patiënten echter wel een belangrijke handreiking. Hoewel de Hoge Raad onder 3.4 vasthoudt aan het uitgangspunt dat op de patiënt de bewijslast rust, voegt hij daar een eis aan toe. De arts moet immers voldoende feitelijke gegevens verstrekken ter motivering van zijn betwisting van de stellingen van de patiënt teneinde deze aanknopingspunten voor een eventuele bewijslastverdeling te verschaffen. Met andere woorden: de verwerende arts kan niet volstaan met achteroverleunend de acties van de patiënt af te wachten of met te constateren dat het medisch dossier of onderdelen daarvan 'zoek' is c.q. zijn. Als de arts te gemakkelijk meent te kunnen volstaan met een ontkenning, loop hij nu een niet te onderschatten risico door de rechter de bewijslast toebedeeld te krijgen of zelfs de procedure zonder meer te verliezen.

Goede dossiervorming en deskundige rapportages zijn derhalve noodzaak. Want, zoals reeds gesteld, de verdeling van de bewijslast beslist vaak over de uitslag van het proces.

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

### 1. Het geding in feitelijke instanties

Eiseres tot cassatie, verder te noemen: Mw. A, heeft bij exploit van 5 december 1981 verweerder in cassatie, verder te noemen: B, gedagvaard voor de rechtbank te Groningen en gevorderd dat de rechtbank B zou veroordelen om aan Mw. A te betalen de schade die Mw. A ter zake als in de inleidende dagvaarding vermeld, had geleden, leed en nog zou lijden, welke schade zou dienen te worden opgemaakt bij staat en te worden vereffend volgende de wet, vermeerderd met de wettelijke rente vanaf de dag der inleidende dagvaarding tot aan die der algehele voldoening.

Nadat B tegen die vordering verweer had gevoerd, heeft de rechtbank bij vonnis van 13 januari 1984 de vordering afgewezen.

Tegen dit vonnis heeft Mw. A hoger beroep ingesteld bij het Hof te Leeuwarden. Bij arrest van 20 november 1985 heeft het hof het vonnis van de rechtbank bekrachtigd. (. . .)

### 2. Het geding in cassatie

Tegen het arrest heeft Mw. A beroep in cassatie ingesteld. (. . .)

B heeft geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

De zaak is voor partijen toegelicht door hun advocaten.

De conclusie van de advocaat-generaal Biegman-Hartogh strekt tot vernietiging van het bestreden arrest en tot verwijzing van de zaak naar een aangrenzend hof.

### 3. Beoordeling van het middel

3.1. In cassatie moet van het volgende worden uitgegaan:

Mw. A is op 27 september 1978 door B, orthopedisch chirurg, geopereerd aan haar rechterheup, waarbij een volledige heupprothese is aangebracht. Bij de operatie is de hoofdstam van de rechter nervus ischiadicus beschadigd, waardoor volledige verlamming van alle spieren van het rechteronderbeen en de rechtervoet is opgetreden, gepaard met volledige gevoelloosheid van rechtersvoetzool, -voorvoet en -tenen. Mw. A vordert deswege schadevergoeding van B, stellende dat voormelde beschadiging is te wijten aan een medische kunstfout van B. De rechtbank heeft de vordering afgewezen. Het hof heeft het vonnis van de rechtbank bekrachtigd.

Rechtbank en hof hebben aangenomen dat de beschadiging van de nervus ischiadicus slechts kan zijn ontstaan door één van de drie mogelijke oorzaken, genoemd in het door B overgelegde, op verzoek van zijn aansprake-

lijkeheidsverzekeraar op 27 mei 1980 uitgebrachte rapport van de orthopedisch chirurg Dr. C. Die mogelijkheden zijn: a. de ischiadicus heeft te veel rekking ondervonden; b. de ischiadicus is doorgesneden; c. de ischiadicus is chemisch-termisch beschadigd door de hitte van het uithardend botcement, dat door de bij de ingreep geboorde gaten in het kleine bekken ter hoogte van de musculus iliacus kan zijn terechtgekomen in de buurt van het foramen ischiadicum. De rechtbank heeft oorzaak c als de meest waarschijnlijke beschouwd en geoordeeld dat Mw. A niet aannemelijk heeft gemaakt – gelijk zij had moeten doen – dat in dit opzicht van een kunstfout van B sprake is. Het hof heeft zich daarmee verenigd.

3.2. In cassatie is niet bestreden r.o. 3, waarin het hof komt tot verwerping van de grief van Mw. A, dat de rechtbank ten onrechte tussen partijen vaststaand heeft aangenomen dat de zenuwbeschadiging slechts door één van de drie in het rapport-C genoemde oorzaken kan zijn ontstaan, in welk verband het hof nog opmerkt dat ook op andere wijze van een andere mogelijke oorzaak niet is gebleken. Dit brengt mee dat het middel faalt voor zover het aan het slot van de eerste alinea van onderdeel 2c ervan uitgaat dat in dit geding nog plaats is voor debat over 'nog een andere oorzaak'.

3.3.1. De vraag aan welke van de drie in het rapport-C genoemde oorzaken de zenuwbeschadiging te wijten, behandelt het hof in r.o. 9. Het oordeelt dat Mw. A de stelling van B, dat de zenuw is beschadigd door de hitte van het botcement, in feite slechts heeft bestreden met een beroep op B's brief van 4 december 1979. Dit oordeel is, als berustend op 's hofs uitleg van de gedingstukken, van feitelijke aard, zodat het in cassatie niet op zijn juistheid kan worden getoetst. Het is niet onbegrijpelijk. Daarop stuit de primaire klacht van onderdeel 2a af. De subsidiaire klacht mist feitelijke grondslag; immers, het hof heeft kennelijk aangenomen dat Mw. B zich op de in het rapport-C genoemde mogelijkheden a en b heeft beroepen, niet ter betwisting van mogelijkheid c, maar omdat deze mogelijkheden overblijven, gegeven de door haar op grond van voormelde brief van B gestelde onjuistheid van mogelijkheid c.

3.3.2. Onderdeel 2b, stellende dat niet duidelijk is of en, zo ja, waarom het hof bewezen acht dat oorzaak c zich heeft voorgedaan, mist feitelijke grondslag. Uit de r.o. 9, 10 en 11, in onderling verband gelezen, volgt dat het hof bij gebreke van deugdelijke betwisting door Mw. A oorzaak c als vaststaand aanneemt.

3.3.3. Onderdeel 2c – voor zover nog niet behandeld hierboven in 3.2 – faalt, omdat het

miskent dat 's hofs oordeel dat oorzaak c vaststaat berust op het ontbreken van deugdelijke betwisting van dit laatste door Mw. A, zodat voor bewijslevering door Mw. A geen plaats was.

3.4. Onderdeel 1 berust op de stelling dat wanneer een arts, aangesproken tot voldoening van schade als gevolg van een door hem verrichte operatie, betwist dat hij bij de operatie een kunstfout heeft gemaakt, de bewijslast niet op de patiënt maar op de arts rust. Deze stelling kan in haar algemeenheid niet als juist worden aanvaard. Hetzelfde geldt in het mede door het onderdeel genoemde geval dat vaststaat dat de oorzaak een kunstfout kan zijn. Wel kan van de arts worden verlangd dat hij voldoende feitelijke gegevens verstrekt ter motivering van zijn betwisting van de stellingen van de patiënt teneinde deze aanknopingspunten voor eventuele bewijslevering te verschaffen. Het hof is er kennelijk van uitgegaan dat aan dit laatste hier is voldaan, doordat B zijn lezing van het gebeurde heeft gegeven,

met een beroep op en onder overlegging van het rapport-C, het daarin aangehaalde operatieverslag en B's brieven aan de medisch adviseur van zijn aansprakelijkheidsverzekeraar van 6 november 1979 en 4 december 1979.

3.5. Onderdeel 3 verwijt het hof te zijn voorbijgegaan aan het betoog van Mw. A, dat de onderhavige operatie zo moest worden uitgevoerd dat het risico van thermisch-chemische inwerking van het botcement werd uitgesloten en dat B, die in zijn brief van 4 december 1979 schreef dat bij de door hem gevolgde operatietechniek nooit botcement terechtkomt in het gebied van de nervus ischiadicus, die operatietechniek in het onderhavige geval blijkbaar heeft verlaten, althans onvoldoende zorg en aandacht heeft besteed aan en onvoldoende maatregelen heeft genomen ter voorkoming van dit risico. Deze klacht is gegrond. Het hof heeft inderdaad aan dit betoog geen aandacht besteed. Door de overneming van r.o. 10 van de rechtbank heeft het wel de beschouwing van de rechtbank over voormelde brief tot de

zijne gemaakt, maar die beschouwing betreft de vraag of B in dit geding nog kan beweren dat oorzaak c de juiste is, niet hetgeen B omtrent de door hem gevolgde operatietechniek schrijft. Een beoordeling van dit betoog is van belang voor de door het hof ontkennend beantwoorde vraag of oorzaak c een kunstfout oplevert. Het hof heeft zijn arrest op dit punt dus niet naar behoren gemotiveerd.

#### 4. Beslissing

De Hoge Raad:

vernietigt het arrest van het Hof te Leeuwarden van 20 november 1985;

verwijst de zaak naar het Hof te Arnhem ter verdere behandeling en beslissing;

veroordeelt B in de kosten van het geding in cassatie, tot op deze uitspraak aan de zijde van Mw. A begroot op f 3.439,10, op de voet van art. 57b Rv te voldoen aan de griffier. □

Wim de Jong. *De verliefde chirurg. Notities over gezondheid, ziekte, patiënten en hun dokters.* J. H. Kok, Kampen 1988. 196 blz. ISBN 90 242 4940 6. Prijs f 29,—.

In dit boek zijn bijdragen verzameld over 'gezondheid, ziekte, patiënten en hun dokters' die de auteur, chirurg, geschreven heeft in het dagblad Trouw.

Op de flap staat: 'Het is niet zo eenvoudig een breed publiek goed en helder te informeren over allerlei medische kwesties'. Dit is juist. Bij lezing van dit boekje valt het echter op hoe goed de auteur deze kunst verstaat. De bijdragen, die steeds slechts enkele pagina's beslaan, zijn boeiend geschreven, getuigen van een allerminst oppervlakkig oordeel over vaak ingewikkelde problemen en zijn vaak ook nog geestig. Het aardige is ook dat de schrijver vele onderwerpen in een leuk historisch perspectief weet te plaatsen, waardoor deze bijdragen waarschijnlijk lang het lezen waard blijven terwijl zij toch actueel zijn. De tekst veronderstelt bij de lezer wel een vrij grote algemene ontwikkeling.

De vraag kan worden gesteld voor wie dit boekje nu bedoeld is. Ik kan mij voorstellen voor lezers van het dagblad Trouw die dat wat zij zo in de loop van de tijd van de auteur hebben gelezen – de auteur schrijft al vanaf 1981 zijn bijdragen in dit blad – wel eens bij elkaar willen hebben in een bundeltje. Zo exclusief is dit boekje waarschijnlijk echter niet bedoeld. Ook voor andere 'algemeen geïnteresseerde leken' bevat het interessante bijdragen en het zou heel goed kunnen dienen als een eerste oriëntatie in een bepaald onderwerp (euthanasie, rechten van de patiënt, enzovoort).

Een negatieve opmerking: Mij stoort het als de schrijver zich te zeer met zijn lezers identificeert: '... laten we er toch voor waken geen

## BOEKEN

drogredenen en onzindelijke argumenten in de discussie te gebruiken ...' (p. 161). Ik waak al zoveel.

Maar laten we dit boekje wel kopen. Het is leuk om aan onze familieleden te geven die niet geneeskundig geïndoctrineerd zijn. En aan een neefje of nichtje dat geneeskunde gaat studeren. Wie heeft die niet tegenwoordig?

G. J. Bremer

Paul van Dijk. *De kleine eigen praktijk.* Uitgave van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Zeist, 1988. 80 blz. ISBN 90 9002055 1. Exemplaren van deze uitgave zijn, zolang de voorraad strekt, te bestellen door overmaking van f 3,95 per exemplaar op postgiro 4024 ten name van VNZ te Zeist.

Dit is een leuk boekje waar niet alleen patiënten, maar ook vooral jonge huisartsen veel aan kunnen hebben.

Ik citeer de auteur, die huisarts is en op dit publicistische gebied in Nederland zijn sporen wel heeft verdiend: 'Veel voorkomende klachten en problemen die ik in mijn praktijk tegenkom, hebben ertoe geleid mijzelf de vraag te stellen: Welke gezondheidsproblemen zouden mensen goed zelf kunnen behandelen, waarvoor nu de hulp van de huisarts wordt ingeroepen? De gedachte 'bij twijfel de huisarts raadplegen' heeft er in de afgelopen tien jaar toe geleid dat bij het minste of geringste probleempje een deskundige wordt ingeschakeld. Zelf durven wij niets meer te ondernemen. We zijn onzeker geworden en voelen ons analfa-

beten als het gaat om gezondheid en ziekte. We leveren ons over aan dokters en andere gezondheidsdeskundigen. De laatste jaren echter zijn we gaan beseffen dat deze ontwikkeling z'n schaduwkanten heeft. De medische zorg blijkt lang niet altijd zonder risico's. Bovendien is niet alle medische hulpverlening zo effectief als vaak wordt verondersteld'.

In dit boekje worden ruim twintig veel voorkomende kwalen en klachten uitvoerig besproken (benauwdheid, blaasontsteking, hoge bloeddruk, hoofdpijn, enzovoort). Oorzaak, verschijnselen en de vraag 'Naar de dokter?', komen aan bod, waarna de auteur goede behandelingsadviezen geeft en daarbij ook allerlei onschuldige alternatieve behandelingen betreft. Het komt mij voor dat de auteur zich vergist als hij beweert dat mensen alleen de laatste tien jaar met kleine kwaaltjes de dokter raadplegen. Dit is altijd – bij de welgestelden – zo geweest, maar tegenwoordig is deze vraag om allerlei redenen door de arts moeilijker te hanteren.

Het boekje geeft veel stof tot nadenken. Ik bezit een ander klein boekje – uitgegeven in ongeveer 1910 – getiteld 'De huisdokter', uitgegeven door J. M. Akkerman met toestemming van Dr. Schreiner, ook vol adviezen en raadgevingen. De inleiding vermeldt dat er verschillende recepten in staan die '... niet alleen nuttig zijn, maar tevens voor de gezondheid van den mensch dienen en waardoor men, zoowel kinderen als volwassenen, in de meeste gevallen van ziekten verschoond blijft en de hoge doktersrekeningen niet meer behoeft te betalen'.

In beide gevallen dus adviezen omdat het zo duur wordt als mensen te veel naar de dokter gaan. Vroeger te duur voor de individuele patiënt, tegenwoordig te duur voor ons allen. Kortom een erg leuk boekje. Zowel voor dokters als voor gewone mensen.

G. J. Bremer

## Euthanasie: werkgroep British Medical Association brengt rapport uit

Het bestuur van de British Medical Association heeft zijn goedkeuring gehecht aan het rapport over euthanasie dat is opgesteld door een werkgroep onder voorzitterschap van Sir Henry Yellowlees<sup>1</sup>. De conclusies van het rapport worden hieronder weergegeven.

Sommige patiënten beschouwen de dood als een passend besluit van hun leven. Deze mensen zullen hun dood willen bespoedigen noch vertragen. De dood is voor hen een mysterie dat zij met kalmte onder ogen zien. Er zijn grenzen aan de medische wetenschap en het is onjuist als artsen patiënten in deze omstandigheden blijven lastig vallen.

Er is verschil tussen actief levensbeëindigend handelen van een arts en het besluit een leven niet te rekken (een besluit tot abstineren). In beide categorieën zijn er gelegenheden waarbij de patiënt de arts zal vragen een van deze stappen te ondernemen en momenten waarop de patiënt daar wel om zou kunnen vragen, maar dat niet doet. Ook zijn er gevallen waarin de patiënt niet in staat is een beslissing te nemen.

Actief ingrijpen door wie dan ook om het leven van iemand anders te beëindigen dient strafbaar te blijven. Het is onjuist artsen of andere beroepsgroepen in een zodanige positie te plaatsen dat zij in mindere mate verantwoordelijk zouden worden gesteld voor hun daden.

In de medische praktijk doen zich vaak gevallen voor waarbij het terecht is dat een arts ingaat op een verzoek het leven van de patiënt niet te verlengen. De patiënt dient te worden bijgestaan met inzet van geëigende medische vaardigheden en technieken, wanneer er een redelijke kans is dat het aldus verlengde leven in de ogen van de betrokkene leefbaar is. De autonomie van de patiënt is een essentieel aspect van de zorg voor geïnformeerde patiënten. De meeste

kans op succes bestaat daar waar een open relatie op basis van wederzijds vertrouwen tussen arts en patiënt inspraak mogelijk maakt in beslissingen aangaande de ziekte en de behandeling. Artsen dienen ervan uit te gaan dat patiënten hen machtigen tot behandeling; zowel deze machtiging als een besluit de toestemming in te trekken zouden ze dienen te respecteren. Autonomie werkt echter naar twee kanten. Patiënten hebben het recht van verdere behandeling af te zien, maar mogen geen behandeling verlangen die de arts in geweten niet kan geven. Actieve levensbeëindiging is zo'n 'behandeling'. Patiënten kunnen en mogen niet van hun artsen eisen dat die meewerken aan hun overlijden. Het moet hun duidelijk zijn dat hun arts het volste recht heeft 'nee' te zeggen.

Belangrijker dan de discussie over de grenzen van de autonomie is de noodzaak voor artsen en voor alle anderen die bij de zorg voor terminale patiënten zijn betrokken, het gesprek met hun stervende patiënten gaande te houden. Artsen moeten in staat zijn te achterhalen door welke angsten stervende patiënten worden bezocht, daar met hen over te praten en hun vragen te beantwoorden. Zij moeten in staat zijn openlijk over stervensbegeleiding te spreken, zodat hun patiënten kunnen zien dat zij niet hulpeloos aan hun lot zullen worden overgelaten, mochten ze terminaal ziek worden. Alleen als een dergelijke communicatie en goede behandeling de norm wordt, kan de maatschappij verwachten dat de druk op artsen zal verdwijnen om dingen te doen die de medische professie niet zou moeten accepteren.

Sommigen zien een sterke overeenkomst tussen het doden van een mens van wie vaststaat dat hij of zij veel pijn zal lijden en verstoken zal blijven van menselijke warmte en compassie bij zijn of haar overlijden, en de situatie van een terminale patiënt. In het hy-

pothetische geval van iemand die vastzit in een hotelbrand lijkt er wellicht geen alternatief te zijn voor het besluit actief in te grijpen om het leven van de betrokkene te beëindigen. Dit geldt evenzeer voor het handelen van legerartsen in Birma tijdens de tweede wereldoorlog. Tegenwoordig is de terminale medische zorg echter in handen van (groepen) mensen die zich volledig kunnen inzetten om het lijden te verzachten met respect voor de gevoelens en de waardigheid van de stervende patiënt. Dat lukt ook regelmatig en met aanzienlijk succes. Beide situaties zijn niet te vergelijken. Verzoeken om beëindiging van het leven van jonge, ernstig zieke patiënten vormen een van de moeilijkste problemen in de dagelijkse praktijk. Het is van essentieel belang deze mensen goed te begeleiden, opdat zij zich bevestigd weten in hun gevoel van eigenwaarde, om de druk weg te nemen die kan ontstaan door het gevoel dat niemand om je geeft en door een gevoel van schaamte of schuld te opzichte van degenen van wie je volledig afhankelijk bent. De subtiele dynamische factoren die meespelen bij invaliditeit en de wens te sterven, maken een drastische wetswijziging voor elke groep patiënten onverstandig. Elke stap op weg naar liberalisering van de actieve beëindiging van het leven van een zwaar defecte pasgeborene zou een ernstige en onvoorspelbare verandering in het bestaande ethos van de geneeskunde inluiden. Desalniettemin zijn er omstandigheden waarin de arts terecht kan oordelen, dat verdere behandeling in dit soort gevallen wreed is en dat het beter is het sterven van het kindje te vergemakkelijken dan het leven te rekken door het zonder gevoel alles doen wat technisch mogelijk is. Dit soort beslissingen vergt een zorgvuldige communicatie tussen arts, ouders, verpleegkundigen en andere hulpverleners. Het is absoluut noodzakelijk dat de arts als uitgangspunt

neemt, dat het leven iets is om te beschermen en te waarderen en niet zozeer iets dat zo nu en dan niet de moeite waard is. Ook moet worden benadrukt dat het afzien van verdere behandeling op zich geen beletsel vormt voor een liefdevolle verzorging van een stervend kind. Daarbij zal uiteraard het lijden van het kind worden verzacht.

De overgrote meerderheid van mensen die van een serieuze suïcidepoging zijn gered onderneemt later geen nieuwe poging. Dit betekent dat mensen die kiezen voor hun eigen dood dit besluit bij nader inzien niet altijd staande houden. De aanpak die in Nederland is ontwikkeld komt erop neer, dat de patiënt deze kans om na te denken waarschijnlijk niet krijgt wanneer de arts tot actieve levensbeëindiging overgaat. Het levenstestament waar wij hier op doelen wordt door de Engelse en – naar wij menen – de Schotse wet niet als bindend beschouwd. Wij kunnen het zien als een waardevolle indicatie van de wensen van de patiënt, indien deze niet lan-

ger mee kan praten over de behandeling, maar het mag niet worden beschouwd als een onveranderlijk of wettelijk bindend voorschrift. Respectvolle aandacht en een fijngevoelige interpretatie zijn hier op hun plaats.

Dat de wetgever zoveel belang hecht aan wat er is bedoeld en niet alleen kijkt naar hoe iets uitwerkt, is een belangrijk gegeven bij de morele beoordeling van een bepaalde daad. Bij het besluit verder af te zien van een behandeling die de patiënt tot last is geworden en hem of haar niet meer onverkort tot voordeel strekt, is er sprake van een andere intentie dan bij het besluit het leven van de patiënt te beëindigen. Wij accepteren een indicatie die het leven van de patiënt in gevaar kan brengen, indien men daarmee voorheeft zijn of haar ziekte, pijn, verdriet en lijden te verlichten. Stel, een arts acht zich in geweten verplicht actief in te grijpen om iemands leven te beëindigen. Zo'n arts moet beseffen dat hij of zij bereid moet zijn om zich aan een uiterst

nauwgezet justitieel onderzoek te onderwerpen.

De wet moet niet worden veranderd en opzettelijke levensberoving moet een misdrijf blijven. Deze afwijzing van een wijziging van de wet die de bedoeling zou hebben het arts en mogelijk te maken het leven van een patiënt te beëindigen, betekent niet dat het individueel welzijn ondergeschikt wordt gemaakt aan het maatschappelijk beleid. Ze houdt juist een bevestiging in van de ultieme waarde van het individu, hoe waardeloos en hopeloos dit zich ook mag voelen.

Euthanasia. Conclusions of a BMA working party set up to review the association's guidance on euthanasia. *Br Med J* 1988; 296: 1376-7 (Medical Ethics).

#### Literatuur

1. Working party to review the British Medical Association's guidance on euthanasia. The euthanasia report. London: BMA, 1988.

## Euthanasie: commentaar op BMA-rapport

Sommige artsen in Groot-Brittannië zijn ervan beschuldigd het leven van patiënten onnodig te hebben gerekt, terwijl andere artsen zijn aangeklaagd wegens het onterecht of onwettig beëindigen van leven<sup>1</sup>. Samenlevingen als de onze, met weinig gemeenschappelijke attitudes of traditionele reacties waar het gaat om de dood, tonen meer belangstelling voor actieve interventies wanneer het proces van sterven lang duurt of pijnlijk is. Vaak veronderstelt men dat dat ligt aan het 'humanistische' perspectief. Niettemin lijkt een recent survey-onderzoek onder nabestaanden in Camberwell erop te wijzen dat gebrek aan 'geestelijke' begeleiding rond het sterfbed een algemene reden tot zorg is. Tegen deze achtergrond vroeg de jaarvergadering van de British Medical Association in 1986 om herbezinning op het BMA-beleid inzake eutha-

nasie. De daartoe ingestelde werkgroep heeft recent rapport uitgebracht<sup>2</sup>.

Binnen een tijdsbestek van zestien maanden is de werkgroep erin geslaagd met een gedetailleerd, eensluidend standpunt naar buiten te komen. In haar rapport maakt ze onderscheid tussen 'actief levensbeëindigend handelen van een arts en het besluit een leven niet te rekken'. Terwijl wordt onderstreept dat men te allen tijde van behandeling mag afzien, wordt met nadruk gesteld dat actieve interventies strafbaar moeten blijven en niet van de arts mogen worden geëist, ongeacht de wens van de patiënt. Bijzondere nadruk wordt gelegd op het verbeteren van de communicatie met de stervende. Actief ingrijpen beschouwt men echter als onverenigbaar met een goede terminale zorg, die zowel gericht moet zijn op het be-

houden van de waardigheid van het leven dat de patiënt nog rest als op het verzachten van lijden. Opzettelijke levensberoving moet een misdrijf blijven en een arts die zich in geweten verplicht acht in te grijpen zal bereid moeten zijn zich te onderwerpen aan een nauwgezet gerechtelijk onderzoek.

Dat er eenheid werd bereikt in de werkgroep is verheugend, maar het heeft zijn keerzijde. De verwijzingen zijn teleurstellend (één van mijn publicaties is verkeerd geciteerd en is helemaal niet in het notenapparaat opgenomen<sup>2,3</sup>) en er is geen lijst bijgevoegd van personen die zijn gehoord, noch is vermeld hoe hun getuigenis is verkregen. Dit is echter haarkloverij, vergeleken bij wat het meest stoort in het rapport: het lijkt te zijn geschreven door mensen die van tevoren al wisten wat ze zouden gaan opschrijven. Mag

dat als werkwijze fout zijn, het wordt helemaal erg als het gaat om een rapportage die niet alleen artsen als richtsnoer moet dienen, maar ook tot doel heeft een bezorgd publiek te informeren en gerust te stellen. Ook al zullen de meeste artsen de conclusies van het rapport niet bestrijden, toch zullen velen onder hen ontevreden zijn over de redenering die tot die conclusies heeft gevoerd. Zaken die zoveel emoties oproepen als de euthanasiekwestie vergen een objectievere aanpak dan we hier zien. Nog altijd geldt dat onderzoek en diagnose aan de prescriptie voorafgaan.

De samenleving stelt artsen de kaders waarbinnen zij moeten werken, maar wanneer zij met hun patiënten alleen zijn worden ze vaak deelgenoot gemaakt van zaken die weliswaar maatschappelijk niet worden geaccepteerd, maar waar de patiënt toch mee bezig is en die hij toch met iemand moet delen. Of de patiënt zich in staat voelt hierover met zijn arts te spreken, hangt er voor een deel van af of er tussen hen beiden een vertrouwensrelatie bestaat, maar ook van de manier waarop de patiënt denkt dat de arts op zijn ideeën zal reageren. Het verlangen naar actieve levensbeëindiging valt wat dit aangaat in dezelfde categorie als zorgen over incontinentie of gedachten over suïcide: ze worden pas duidelijk wanneer men ernaar vraagt.

Terecht wordt in het rapport gesteld dat men de morele waarde van een argument niet mag afmeten aan het aantal mensen dat dat argument onderschrijft en dat vragenlijsten dus een beperkte waarde hebben. Maar dat werkt naar twee kanten: als artsen uit de pas zouden lopen met de bevolking als geheel (dit noch het tegendeel laat zich uit het rapport opmaken), zouden zij aan hun eigen meerderheidsstandpunt geen groter gewicht mogen toekennen dan hun argumenten rechtvaardigen. In beide gevallen moet men onbevooroordeeld luisteren naar de minderheid. Dat artsen zijn gehouden tot respect voor het leven wordt niet in twijfel

getrokken, maar de kern van het probleem lijkt te liggen in de vraag wie er beslissingen moet nemen rond het sterven. In het ideale geval zijn arts en patiënt in de moderne samenleving deelgenoten: de één deskundig in medische zaken, de ander deskundig waar het erom gaat wat hij of zij wil<sup>4,5</sup>. De zaken waarover in de persoonlijke sfeer moet worden beslist kunnen veel complexer zijn dan die in de professionele sfeer en de nadering van de dood lijkt bij uitstek een situatie waarin de wensen van de patiënt voorop moeten staan. De meeste patiënten verzoenen zich met de tijd die hun door de natuur (en de medicatie) wordt toegemeten, maar wanneer iemand heeft besloten te willen sterven hebben wij niet het recht om, net als het rapport, dan maar gauw te concluderen dat het uiten van dergelijke 'uitgesproken wensen . . . bij artsen twijfels losmaakt of patiënten zelf wel zo goed kunnen beslissen'. Dat moge waar zijn, er zijn ook indicaties dat het probleem en de oplossingen die ervoor zijn aangedragen verdere verkenning behoeven en dat men de dingen ook eens zou kunnen bekijken uit het standpunt van de patiënt<sup>6</sup>. Verlies van controle of waardigheid kan een slechter alternatief zijn dan de dood. Zelf in de laatste ogenblikken van een mensenleven liggen mogelijkheden voor persoonlijke groei en vooruitgang, maar als de patiënten dat – ondanks een zorgvuldige begeleiding – zo niet zien, is de keuze aan hen. Op dit punt worden zowel de theorie als de praktijk verwarrend. Elk beleid dat de wet tart en ruimte creëert voor een actiever medisch ingrijpen, lijkt op het dunne uiteinde van een wig: onhandig in de praktijk en gevaarlijk in een tijd van beperkte middelen. Het lijkt misschien aantrekkelijk verschil te maken tussen het besluit van verdere behandeling af te zien en het besluit iemands leven te beëindigen, maar lastig genoeg blijft er van het scherpe onderscheid tussen handelen enerzijds en nalaten te handelen anderzijds waarop dat verschil berust, bij nauwkeurig en zorgvuldig onder-

zoek niet veel over<sup>7</sup>. Intenties zijn in de ethiek net zo belangrijk als in het recht en zowel het beginsel van het dubbele effect als het onderscheid tussen gewone en buitengewone middelen had in dit rapport behoren te worden vermeld, ook al blijken beide ontoereikend voor onze hedendaagse doeleinden<sup>8</sup>.

Uiteindelijk moeten in de toekomst zowel het beleid als de individuele beslissingen berusten op een zorgvuldige afweging van principes, waarbij eerbied voor het leven wordt afgewogen tegen de vrije wil van de patiënten. Dit in een rechtvaardig systeem, dat een zo groot mogelijk individueel welzijn garandeert, maar schade aan mens of maatschappij voorkomt. De resultaten moeten worden getoetst aan de hand van 'zware' voorbeelden<sup>9</sup>.

Een verandering in de wetgeving met betrekking tot de euthanasie zal niet veel helpen, totdat of tenzij wij allen veel en veel duidelijker kunnen zijn over wat we willen en waarom. Het eerste noch het laatste woord is met dit rapport gesproken.

Higgs R. Not the last word on euthanasia. *Br Med J* 1988; 296: 1348.

#### Literatuur

1. Davis JA. The 'baby Brown' case and the Dr Arthur verdict. *J Med Ethics* 1985; 11: 159.
2. Working party to review the British Medical Association's guidance on euthanasia. The euthanasia report. London: BMA 1988.
3. Higgs R. Cutting the thread and pulling the wool: a request for euthanasia in general practice. *J Med Ethics* 1983; 9: 219-26.
4. Kennedy I. A survey of the year I: the doctor-patient relationship. In: Byrne P (ed) Rights and wrongs in medicine. London: King Edward's Hospital Fund for London, 1986.
5. Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A. Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. London: Tavistock, 1985.
6. Campbell A, Higgs R. In that case. London: Darton, Longman & Todd, 1982.
7. Rachels J. Active and passive euthanasia. *N Engl J Med* 1975; 292: 78-80.
8. Gillon R. Philosophical medical ethics. Chichester: Wiley, 1985: 133-47.
9. Higgs R, Livesley B, Rennie J, and relatives. Earning his heroin but seeking release while the surgeon advises amputation. *J Med Ethics* 1987; 13: 43-8.

## Lichaamsbeweging en geestelijke gezondheid

Iedereen weet hoe belangrijk lichaamsbeweging is voor de preventie en revalidatie van hartinfarcten<sup>1</sup>. De psychische implicaties van regelmatige lichamelijke inspanning zijn minder bekend<sup>2</sup>.

Er zijn drie soorten lichaamsbeweging<sup>3</sup>: 1. aëroob (of cardiorespiratoir), bijvoorbeeld lange-afstandslopen; 2. anaëroob (spieroefeningen), bijvoorbeeld gewichtheffen; en 3. oefeningen gericht op flexibiliteit-coördinatie-ontspanning, bijvoorbeeld yoga. Het meeste weten we over de psychische effecten van aërobe lichaamsbeweging. Mensen die normaal gezond zijn ervaren zichzelf als minder gespannen, depressief of prikkelbaar na een flinke lichamelijke inspanning<sup>4,5</sup>, maar er zijn ook onderzoeken waarbij weinig of geen effect van lichaamsbeweging op iemands gemoedstoestand is geconstateerd<sup>6</sup>. Regelmatige aërobe lichaamsbeweging kunnen bovendien leiden tot een afname van de autonome reacties die we bij stress zien optreden<sup>7</sup>, hoewel we er in dit opzicht ook weer niet te veel van mogen verwachten<sup>8</sup>.

Er zijn verschillende pogingen gedaan om angstgevoelens en depressiviteit te behandelen door mensen te laten bewegen. Sommige auteurs rapporteren een afname van angstgevoelens na lichamelijke inspanning<sup>4,5</sup>, maar anderen hebben lichaamsbeweging juist gebruikt om in een laboratoriumsituatie een angstaanval te provoceren<sup>9</sup>. Hardlopen is met succes toegepast om iets te doen aan de hevige angsten waar fobieën mee gepaard gaan<sup>10-12</sup>. Systematisch onderzoek naar de behandeling van patiënten met angst door middel van lichaamsbeweging is echter nooit gedaan. In een aantal gecontroleerde onderzoeken heeft men het gezocht in lichaamsbeweging om depressiviteit te behandelen. Deze onderzoeken laten zich moeilijk met elkaar vergelijken, wegens verschillen in de omschrijving van de betrokken pa-

tiëntengroepen, de aard van de lichaamsbeweging en de beoordeling van het resultaat<sup>13</sup>. Bij de meeste van deze onderzoeken ging het om licht tot matig depressieve patiënten; de controlegroep kreeg ontspanningsoefeningen, psychotherapie of geen behandeling, en voor het evalueren van de resultaten werden uiteenlopende zelfbeoordelingsschalen gebruikt. Over het algemeen gaven alle groepen een verbetering te zien. De groepen die aan lichaamsbeweging deden verging het beter dan de groepen die geen behandeling kregen<sup>14,15</sup>, of net zo goed als de groepen die werden behandeld met een of andere vorm van psychotherapie<sup>16,17</sup>. Van mensen met een ernstiger vorm van depressiviteit is niet bekend dat ze ooit experimenteel zijn behandeld met bewegingstherapie, al dan niet in combinatie met antidepressiva of elektroshocktherapie.

Soms kan lichaamsbeweging ook schadelijk zijn voor de geestelijke gezondheid. Er zijn gevallen bekend van mensen ('dwangmatige hardlopers') die zware lichamelijke inspanning zien als een middel om af te vallen en er is wel gewezen op een mogelijke analogie tussen mensen die buitensporig veel doen aan lichaamsbeweging en mensen die lijden aan anorexia nervosa<sup>18-21</sup>. Om de psychopathologie van deze groep patiënten te kunnen beschrijven heeft men de term 'trainingsverslaving' bedacht. Deze mensen vertonen veel psychologische symptomen die ook bij andere verslaafden worden gezien, inclusief een ontwenningssyndroom dat zich kenmerkt door een toestand van disforie op het moment dat het trainingsprogramma wordt stopgezet.

Szabadi E. Physical exercise and mental health. *Br M J* 1988; 296: 659-60.

### Literatuur

1. Paffenberger R, Hyde RT, Wing AL, Steinmetz CH. A natural history of athleticism and cardiovascular health. *JAMA* 1984; 252: 491-5.
2. Coverley Veale DMW de. Exercise and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 113-20.
3. American College of Sports Medicine. Guidelines for graded exercise testing and exercise prescription. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1980.
4. Morgan WP. Anxiety reduction following acute physical activity. *Psychiatric Annals* 1979; 9: 36-45.
5. Vries HA de. Tranquilizer effect of exercise: a critical review. *Physician and Sports Medicine* 1981; 9: 47-55.
6. Hughes JR, Casal DC, Leon AS. Psychological effects of exercise: a randomised cross-over trial. *J. Psychosom Res* 1986; 30: 355-60.
7. Keller S, Seragianian P. Physical fitness level and autonomic reactivity to psychosocial stress. *J Psychosom Res* 1984; 28: 279-87.
8. Sinyor D, Golden M, Seinert Y, Seragianian P. Experimental manipulation of aerobic fitness and the response to psychosocial stress: heart rate and self-report measures. *Psychosom Med* 1986; 48: 324-37.
9. Cameron OG, Hudson CJ. Influence of exercise on anxiety level in patients with anxiety disorders. *Psychosomatics* 1986; 27: 270-3.
10. Orwin A. 'The running treatment': a preliminary communication on a new use for an old therapy (physical activity) in the agoraphobic syndrome. *Br J Psychiatry* 1973; 122: 175-9.
11. Orwin A. treatment of a situational phobia – a case for running. *Br J Psychiatry* 1974; 125: 95-8.
12. Muller B, Armstrong HE. A further note on the 'running treatment' for anxiety. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1975; 12: 385-7.
13. Simons AD, McGowan CR, Epstein LH, Kupfer DJ, Robertson RJ. Exercise as a treatment for depression: an update. *Clinical Psychological Reviews* 1985; 5: 553-68.
14. McCann IL, Holmes DS. Influence of aerobic exercise on depression. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46: 1142-7.
15. Martinsen EW, Medhus A, Sandvik L. Effects of aerobic exercise on depression: a controlled study. *Br Med J* 1985; 291: 109.
16. Greist JH, Klein MH, Eischens RR, Faris J, Gurman AS, Morgan WP. Running as treatment for depression. *Compr Psychiatry* 1979; 20: 41-54.
17. Klein MH, Greist JH, Gurman AS et al. A comparative outcome study of group psychotherapy as exercise treatments for depression. *International Journal of Mental Health* 1985; 13: 148-77.
18. Yates A, Leehey K, Shisslak CM. Running – an analogue of anorexia? *N Engl J Med* 1983; 308: 251-5.
19. Blumenthal JA, O'Toole LC, Chang JL. Is running an analogue of anorexia nervosa? An experimental study of obligatory running and anorexia nervosa. *JAMA* 1984; 252: 520-3.
20. Chalmers J, Catalan J, Day A, Fairburn C. Anorexia nervosa presenting as morbid exercising. *Lancet* 1985; i: 286-7.
21. Katz JL. Long-distance running, anorexia nervosa and bulimia: a report of two cases. *Compr Psychiatry* 1986; 27: 74-8.
22. Coverley Veale DMW de. Exercise dependence. *Br J Addict* 1987; 82: 735-40.





## Ledenvergadering 3 november 1988

### Convocatie

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging convoceert een Ledenvergadering en een vergadering van de Apotheekhoudende Afdeling van de Ledenvergadering op donderdag 3 november om 18.30 uur.

De vergadering zal worden gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht (030-955911).

De agenda van de Apotheekhoudende Afdeling van de Ledenvergadering luidt als volgt:

1. Opening
2. Mededelingen
  - Ontwikkelingen met betrekking tot Clanag
3. Voorstel tot goedkeuring van de notulen van de vergadering van de Apotheekhoudende Afdeling van 28 april 1988 (88/1985/BK) en 9 juni 1988 (88/3196/BK) *besluitvormend*
4. Geneesmiddelen
  - a. Ontwikkelingen rondom de geneesmiddelenvoorziening (*informatief/opiniërend*)
  - b. Voorstel tot goedkeuring van het 'omni-partijenakkoord', voor wat betreft specifieke belangen van de apotheekhoudende huisartsen (*besluitvormend*)
5. Begroting 1989, specifiek apotheekhoudende belangen; Voorstel tot goedkeuring van de begrotingsvoorstellen; (*besluitvormend*)
6. Bespreking van het voorstel tot statutenwijzigingen met betrekking tot het aantal apotheekhoudende afgevaardigden en hun verkiezing (*besluitvormend*)
7. Wat verder ter tafel komt
8. Rondvraag
9. Sluiting

De agenda van de Ledenvergadering luidt als volgt:

1. Opening
2. Mededelingen
3. Problematiek assistentschap/waarneming (*besluitvormend*)
4. Financiële zaken (*besluitvormend*)
  - a. Begroting 1989; voorstel tot goedkeuring van de begroting van 1988 LHV, met de daarin opgenomen voorstellen
  - b. voorstel tot goedkeuring van het overzicht van extra respectievelijk nieuwe uitgaven 1988

5. Honorering
 

VNZ-rechtstreekse contributie-afdracht; rechtstreekse betaling deskundigheidsbevordering; particulier tarief; norminkomen (*besluitvormend/informatief/eventueel opiniërend*)
6. Benoeming Financiële Commissie (*besluitvormend*)
7. (Her)verkiezingen
  - a. Voorstel tot herverkiezing van A.M.C. van de Zandt tot voorzitter van de LHV per 1-1-1989;
  - b. Voorstel tot herverkiezing per 1-1-1989 van de volgende leden van het Centraal Bestuur:
    - A. Groeneveld stelt zich beschikbaar tot herverkiezing voor de periode van één jaar
    - H. A. M. Staring
8. Huisvesting (*besluitvormend*)
9. Wijziging Statuten Huishoudelijk Reglement (*besluitvormend*)
  - a. Voorstel tot statuten wijziging betreffende:
    - vorming van een afdeling van de Ledenvergadering van de gewone leden die een aanspraak hebben op een uitkering vanwege de Stichting Goodwillfonds Huisartsen;
    - het aantal apotheekhoudende afgevaardigden en hun verkiezing;
    - het vetorecht van de Ledenvergadering van besluiten van afdelingen van de Ledenvergadering
  - b. voorstel tot goedkeuring van wijziging van het Huishoudelijk Reglement inhoudende een verkorting van de oproepingstermijn van Ledenvergaderingen tot drie weken
10. Voorstel tot goedkeuring van het 'omni-partijenakkoord' (*besluitvormend*)
11. Voortgang Discussienota (*informatief*)
 

Beleidsplan; nota Bereikbaarheid Beschikbaarheid
12. Definitieve Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (*informatief/opiniërend*)
13. Regeling opnemings in de waarnemingsregeling
14. Wat verder ter tafel komt
15. Rondvraag
16. Sluiting

De benodigde stukken zullen zo spoedig mogelijk worden toegezonden.

S. Buijs, huisarts, secretaris-penningmeester



## Informatie automatisering

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

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

## KNMG Servicerubriek werkzoekende artsen

Deze rubriek is opengesteld voor werkzoekende KNMG-leden. Via deze rubriek kunnen werkzoekende artsen zich – anoniem – bekendmaken aan potentieel geïnteresseerden. Hiertoe schrijft u in telegramstijl de belangrijkste gegevens op (opleiding, eventuele specialisatie, bijzondere interesse, ervaring, leeftijd en dergelijke) en stuurt deze gegevens naar de KNMG, t.a.v. de secretaris Public Relations, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht. De KNMG zorgt dan voor verdere afhandeling, zoals tekststroomlijning, publikatie en doorzending van reacties aan de inzender. Wat betreft dat laatste kunt u desgewenst ook uw eigen telefoonnummer en/of adres vermelden in deze mededeling. Het duurt twee à drie weken voordat publikatie kan plaatsvinden, houdt u daar rekening mee. Geïnteresseerden kunnen schriftelijk reageren via de KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht ter attentie van de secretaris Public Relations (onder vermelding van het desbetreffende servicenummer) of via het in de annonce genoemde telefoonnummer.

107. Aanstaaend basisarts, 28 jr, artsdiploma oktober 1988 te Rotterdam, HBO-A diploma medisch analist. Ervaring: immuun-dermatologisch onderzoek. Interesse: assistentschap dermatologie, eventueel in combinatie met wetenschappelijk onderzoek. Reacties: tel. 010-4334054.

108. Neuroloog, aantekening klinische neurofysiologie, 31 jr, zoekt waarneming of functie als chef de clinique. Voorkeur: Randstad of midden- Nederland. Reacties: tel. 020-470182.

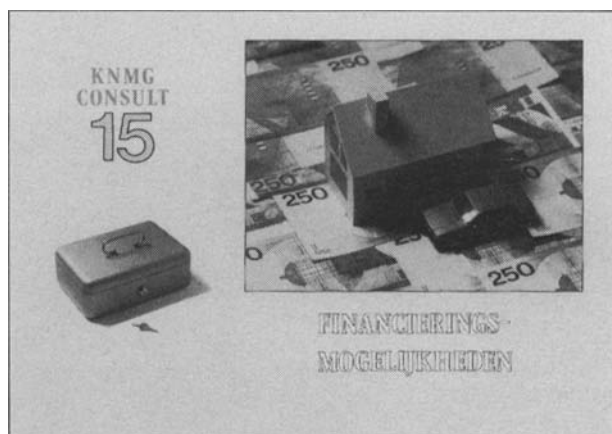
109. Huisarts, zonder praktijk en zonder psychiatrische ervaring, 31 jr, Utrecht. Wil zich bekwamen in de psychiatrie. Zoekt assistentschap in de geestelijke gezondheidszorg. Reacties: tel. 030-516886.

110. Arts, 41 jr, vrouw, alleenstaand, artsexamen juni 1976. Interesse: geriatrie. Zoekt werk in verpleeghuis, in eerste instantie in opleidingssituatie en vervolgens als assistent niet in opleiding. Reacties: tel. 01620-26640.

111. Huisarts, 30 jr, waarnemerservaring en assistentschappen chirurgie, gynaecologie en interne, zoekt collega die van plan is zijn praktijk te beëindigen of uit te breiden. Voorkeur plaats tot plusminus 15.000 inwoners in midden, oosten of zuiden des lands. Reacties: tel. 030-734889.

112. Huisarts, 32 jr, uitgebreide ervaring als waarnemer, zoekt waarnemingen. Reacties: tel. 020-854172.

## KNMG 'KNMG-Consult': Financieringsmogelijkheden



De 'KNMG-Consult'-reeks is een serie brochures die informatie verschaft over de diverse onderwerpen in relatie tot de medische beroepsuitoefening. De 'Consult'-reeks wordt gratis aan KNMG-leden verstrekt. Onlangs hebben alle KNMG-leden nummer 15 van de reeks ontvangen, getiteld 'Financieringsmogelijkheden'. Dit is een herziene uitgave van 'Consult'-reeks nummer 2.

Nog verkrijgbaar in de 'Consult'-reeks zijn: nr. 3: Juridische kanttekeningen; nr. 7: De KNMG gulden; nr. 9: Arts en werkloosheid; nr. 10: Strikt geheim? nr. 11: Arts en orgaantransplantatie; nr. 12: Contract arts/patiënt; nr. 14: Zekerheid in verzekeringen; voorts de zojuist verschenen nieuwe uitgave nr. 15: Financieringsmogelijkheden.

De 'KNMG-Consult'-reeks is voor KNMG-leden gratis opvraagbaar, telefoon 030-823911; voor niet-leden tegen betaling van f 10 per brochure over te maken op gironummer 58083 ten name van de KNMG Utrecht onder vermelding van 'Consult'-reeks nummer . . .

Mr. W. R. Kastelein

### Rechtsbijstand LAD-bureau

De juristen van het LAD-bureau verschaffen aan LAD-leden kosteloze bijstand inzake dienstverband-kwesties, zoals:

- advies over arbeidscontracten
- salarisadviezen
- CAO-aangelegenheden
- geschillen tussen werkgever en werknemer (schorsing, ontslag e.d.).

- advies aan ondernemingsraadsleden en leden van andere medezeggenschapsorganen
- gezondheidsrecht
- pensioenkwesties

De juristen van het bureau zijn dagelijks telefonisch bereikbaar van 10.00 uur tot 12.30 uur.  
Telefoon: 030-823911

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



# PREVENTIE

### Schrijf alsnog in en voeg u bij de congresgangers

Schonk u al aandacht aan het congres thema 'Preventie', even boeiend als veelzijdig met een keur van deelonderwerpen, die voor elk van ons op zich aantrekkelijk moeten zijn?

Ontging u wellicht de eerste aankondiging van dit breed opgezette congres, verwoord in de afleveringen van *Medisch Contact*; nr. 25, blz. 797 e.v. en nr. 33/34, blz. 1001 e.v.?

Wil dit nummer nog eens tevoorschijn halen; u vindt naast het programma ook het inschrijfformulier. Schroom dan niet, schrijf in en voeg u bij de congresgangers.

U kunt het natuurlijk ook *telefonisch* regelen óf u direct programma en inschrijfformulier *laten toezenden*. Bel dan:

Mw. C. de Ronde-Zwaard, tel. 023-32 52 70,  
of schrijf haar: Postbus 272, 2000 AG Haarlem.

Het moet voor u toch aantrekkelijk zijn om u:

- kortdurend bevrijd te voelen van het professionele keurslijf!
- te congresseren in de mooie, moderne en historische stad Haarlem, die u zoveel heeft te bieden,
- temidden van het veelvoud aan gepresenteerde wetenswaardigheden voor u zelf 'kennis op maat' te verkrijgen,
- te mogen verwachten dat u oude vrienden of studiegenoten na zoveel jaren weer eens ontmoet en spreekt.



*Het Haarlems stadhuis*

Laat u dan niet meer weerhouden; stel een goede traditie in of vernieuw deze en voeg u bij de bezoekers van het

### 40ste landelijke KNMG-Ledencongres

*Wat heeft het 40ste Ledencongres van de KNMG u dan wel te bieden?*

Allereerst de actualiteit van het thema: de *Preventie*. Het is buiten discussie dat sedert jaar en dag op velerlei symposium, congres of wetenschappelijke bijeenkomst dit onderwerp op de agenda stond. Maar dan toch veelal als onderdeel van een eigen en specifiek programma. Juist een congres van de KNMG met haar veelvoud aan disciplines kan een ongekennde mogelijkheid bieden een dergelijk thema van zoveel mogelijk kanten te belichten. En ook de tijd is er meer dan rijp voor. De welhaast ongebreidelde opmars van het genezend handelen van de hedendaagse arts werpt de vraag op waar en wanneer een kritische grens is bereikt en waar de geneesmeester dient terug te keren naar het uitgangspunt van de medische attitude. Voor velen onder ons naakt het ogenblik, is de grens in zicht, dient de steven gewend. Als dit dan zo is, blijft de vraag, of de zeggenschap van de arts binnen het vrije handelen van de bevolking – ook de patiëntenpopulatie – nog wel ingrijpende veranderingen kan aanbrengen in de attitude van het gehele volksdeel. Zal de roepstem nog véér genoeg klinken en zal deze motiveren tot verandering in het dagelijkse gedrag van ons volk? Maar ontslaat een onzeker resultaat van waarschuwend spraak de boodschapper van zijn plicht deze oproep tot verandering te verkondigen? Deze plicht tot preventief handelen, neergelegd binnen de opdracht van elke geneeskundige, moet daarom springlevend worden gehouden en dus is 'Preventie' voor dit 40ste KNMG-congres een indringend, welsprekend, actueel en aangepast thema.

We bieden u op de volgende bladzijde een greep uit de belangrijkste evenementen, gerangschikt in de tijd.

**donderdag 6 oktober**

te 13.00 uur bent u reeds welkom in het Concertgebouw, Klokhuisplein 2 voor inschrijving, een eerste oriëntatie en kennismaking. Er is koffie.

te 13.45 uur

- Drs. D. J. D. Dees, staatssecretaris van WVC: 'Preventie en Overheid';
- W. H. Cense, voorzitter van de KNMG: 'De traditionele jaarrede' met een charmant supplement;
- Dr. H. H. Kruyswijk, voorzitter afdeling Haarlem van de KNMG: Introductie tot het congres.

Na de thee volgt dan een der hoogtepunten van de congresdagen:

te 14.45 uur

- William P. Castelli, MD, Medical Director Framingham Heart Study, Framingham (Mass.): 'Cholesterol Contra-Coronary Crusade in the USA';
- Prof. Dr. D. N. Erkelens, hoogleraar Interne Geneeskunde Utrecht: 'Cholesterol, strategie voor enkelen, velen of allen?'

Daarmede is het wetenschappelijke gedeelte van de dag ten einde en gaan we naar:

te 17.30 uur – het orgelconcert in de Grote of St. Bavokerk door collega A. B. M. Rietveld, trompet en Jaap Stork, orgel;

te 18.00 uur – de ontvangst door het college van Burgemeester en Wethouders op het stadhuis;

te 19.30 uur – de culturele avond in het Frans Halsmuseum, door de warme ambiance, rijke inhoud en historische schoonheid een goed toeven waard.

**vrijdag 7 oktober**

Deze dag is geheel gewijd aan het centrale thema: preventie. Al naar eigen wens en verlangen kan worden gekozen tussen de twee parallelsessies in de grote benedenzaal of de kleine bovenzaal, waar respectievelijk wordt gepresenteerd:

van 9.30 tot 12.30 uur

eerste sessie, waarin de preventieproblematiek in de huisartsenpraktijk, tevens Prof. Dr. D. de Wied over opzienbarende research van de neuropeptiden, ook in de samenhang met de menselijke veroudering en centrale functie;  
tweede sessie over de mogelijkheden van preventie in de tweedelijnszorg, vervolgens binnen bedrijf, beroep en arbeid, door een keur van sprekers aangedragen.

Tussendoor is er koffie, erna de lunch, waarna het programma vervolgt met:

van 14.00 tot 16.40 uur

eerste sessie: deze brengt de boeiende, uiterst actuele vragen rondom milieu en voorlichting, u op levendige wijze aangedragen door een zestal uiterst deskundige sprekers;  
tweede sessie over de vragen van preventieve zorg in het gezin, op

de school, met de voeding; praktische vragen, deskundige antwoorden door uitgezochte sprekers.

Het *partnerprogramma* verschaft u het beste dat deze mooie stad met haar boeiende omgeving heeft te bieden, óf een bezoek aan de verkeersleiding van Schiphol, een uniek kijkje in de – vrijwel steeds hermetisch voor het publiek gesloten – verkeersleidingsdienst met gezellig Javaans buffet erna, óf de hofjestocht, een sfeervolle gang door nauwe steegjes en oude poorten naar verstilde binnenplaatsen, waar de restauratie de 17-de eeuwse sfeer heeft hersteld (architectonische schoonheid, rustieke huisjes, de regentenkamer, de pomp, de tuin, soms een kapelletje), om u daarna binnen te brengen in het pronkjuweel van Haarlems historie: het Frans Halsmuseum, of binnen de schatkamer van het oudste vaderlandse museum: het Teyler. Ook staat voor de liefhebber een strandwandeling in Bloemendaal aan Zee op het programma.

Daarmee is ook het dagprogramma van de vrijdag afgesloten en gaat een ieder enkele uren zijns weegs tot

te 19.00 uur – het feestelijk bijeenzijn in het Concertgebouw, omlijst door toneelpresentatie en muziek, durend tot in de kleine nachtelijke uurtjes en gekleurd door de traditionele goede congresstemming.

**zaterdag 8 oktober**

te 9.30 uur is er koffie en opnieuw zijn er dan twee parallelsessies, te weten:

te 10.00 uur

de eerste sessie plaatst – op pakkende wijze – de gezondheidszorg binnen de context van de ziekten op de kindereleeftijd, maar voegt daar de vragen rond verantwoorde voeding en de mogelijkheden van alternatief geneeskundig denken aan toe;  
in de tweede sessie wordt u deskundig beziggehouden met de indringende vragen die de problematiek van de preventie op de kindereleeftijd stelt.

Na de koffie volgt de presentatie van het KNMG-congres 1989 en de sluiting.

Bijzonder op deze zaterdag is het *kinderprogramma* in de Beyneshal, waar de kinderen zich onder de deskundige leiding van CIOS in de Sport- en spelinstuif naar hartelust kunnen uitleven; een unieke aanvulling op het programma.

Voor *logeergelegenheid* kunt u terecht bij gastvrije Haarlemse collegae, die hun kamers gaarne ter beschikking stellen én bij de hotels, vermeld in:

Medisch Contact 1988, nr. 23, blz. 736 en nr. 33/34, blz. 1000, of bij andere, u bekende hotels in Haarlem of omgeving.

Nogmaals: wil alsnog inschrijven door:

1. gebruik te maken van het inschrijfformulier in de Medisch Contactnummers 23 en 33/34;

2. te schrijven of te bellen naar: Mw. De Ronde-Zwaard, Postbus 272, 2000 AG Haarlem, tel. 023-32 52 70; u zal dan programma en inschrijfformulier worden toegezonden.