

# MEDISCH CONTACT

Nummer 44 – 4 november – 43e jaargang

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft kort geleden een advies over het gebruik van privacyreglementen in de gezondheidszorg vastgelegd. Dit advies bevat model-privacyreglementen, waaronder een model ten behoeve van individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Drs. A. J. C. van Rijen, hoofd informatievoorziening bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, licht ons voor.

Een onderzoek onder een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder leert, dat men in ons land zeer verschillend oordeelt over de merites van DNA-technologie en in vitro fertilisatie. Drs. P. van Beek en Drs. W. P. Knulst, beiden verbonden aan het Sociaal en Cultureel Planbureau te Rijswijk, buigen zich over de maatschappelijke en ethische gevolgen van wetenschap en technologie.

CARA komt voor bij 10% van de Nederlandse bevolking. Zowel een verbeterde zorg in de vorm van diagnostiek, behandeling en begeleiding door de huisarts, als een goede patiëntenvoorlichting zal de morbiditeit reduceren. Reden voor een aantal longartsen en huisartsen uit Eindhoven om gezamenlijk een programma te ontwikkelen voor diagnostiek en controle.

Uit onderzoek naar de ervaringen van honderdveertig homoseksuele mannen en vrouwen met hun huisarts blijkt dat in hun geval de arts-patiëntrelatie niet onverdeeld gunstig wordt beoordeeld. Ton Coenen, doctoraalstudent Gezondheidswetenschappen in Maastricht, en Nicoline Tamsma, psychologe en medewerkster homoseksualiteit bij de GGD te Rotterdam, doen verslag.

Welke bijdrage aan de gezondheid van de jeugdige(n) levert de preventieve jeugdgezondheidszorg? Om deze vraag te kunnen beantwoorden geeft Mw. J. F. Lim-Feijen, die als jeugdarts deel uitmaakt van de staf van Dienst Zorgverlening bij de Provinciale Noordbrabantse Kruisvereniging, een overzicht van de doelstellingen in de preventieve jeugdgezondheidszorg.

## INHOUD

Privacyreglementen voor de gezondheidszorg

*Drs. A. J. G. van Rijen - 1339*

Het röntgenarchief: andere wegen

*P. J. van Wieghen - 1341*

DNA-technologie en in vitro fertilisatie. Wat de Nederlanders ervan vinden

*Drs. P. van Beek en Drs. W. P. Knulst - 1343*

CARA in kaart. Samenwerkingsproject van huisartsen en longartsen in Eindhoven

*R. M. Schipper - 1347*

Het veranderde beeld van de patholoog-anatoom

*Prof. Dr. D. J. Ruiter c.s. - 1350*

Homoseksualiteit op het spreekuur

*T. Coenen en N. Tamsma - 1353*

Terminale zorg. Euthanasie op een klinisch-geriatrische afdeling

*Dr. C. van Proosdij - 1355*

Doelstellingen in de preventieve jeugdgezondheidszorg

*J. F. Lim-Feijen - 1357*

Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege. Geneeskundige verklaring in strijd met regels verstrekt en onvoldoende gefundeerd: huisarts gewaarschuwd - 1359

---

Colofon 1334 - Colofon officieel 1334 - Hoofdredactioneel commentaar 1335 - Voorzitterskolom LAD 1336 - Brieven 1337 - Dagboek van een waarnemer 1338 - Meester Dokter 1360 - Buitenland 1361 - Uit de Verenigingen 1365

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

#### Bestuur Medisch Contact

Dr. P. van Rosevelt, voorzitter  
E. Iwema Bakker, secretaris  
Funke Kupperstraat 3, 1068 KL Amsterdam  
Mw. G. A. E. Kreek-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 Wandeelen, redactrice  
R. A. te Velde, eindredacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

#### Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 136,99 (inclusief BTW); overige landen f 242,—  
Administratie: Tijl Tijdschriften BV  
Jacques Veltmanstraat 29  
1065 EG Amsterdam  
telefoon 020-5182.828, telex 15230.  
Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

#### Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgave van redenen worden geweigerd.  
Opgave: Tijl Tijdschriften BV  
Jacques Veltmanstraat 29  
1065 EG Amsterdam  
telefoon 020-5182.828, telex 15230.  
Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

#### Bij de voorplaat:

Ziekenverpleging: uit 'Reglement van de Zusters van het Hôpital Notre Dame' te Doornik 1238. 'De Zusters verzorgen de zieken en herbergen de armen'.  
Archief van het Kapittel van de Kathedraal.

## 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 Mijne 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.

# Samenwerken bij CARA

Onlangs vroeg een Belgische hoogleraar mij wat wij in Nederland toch eigenlijk onder *substitutie* verstaan. Hij kwam nogal eens op vergaderingen in Nederland en kon zich niet voorstellen wat wij met dat begrip bedoelen. Ook raadpleging van Van Dale had hem niet geholpen: met de uitleg aldaar (*substitutie* = vervanging) kon hij de discussie die hij bijwoonde, niet beter volgen. Ik heb hem gezegd dat in de gezondheidszorg met substitutie het streven wordt bedoeld zorg te geven op het laagste niveau waar dat verantwoord kan geschieden. Zijn vraag deed mij me realiseren in welk een korte tijd wij vertrouwd zijn geraakt met de gedachte dat het niveau van hulp moet worden bepaald door de zorgbehoefte.

Nadat jarenlang de expansie van de medische zorg uitsluitend betrekking heeft gehad op de specialistische voorzieningen, is de laatste jaren voorzichtig geprobeerd een aantal medische handelingen dat voorheen door de specialist werd verricht weer door de huisarts te laten uitvoeren en ervoor te zorgen dat deze de daarvoor benodigde kennis, vaardigheden en praktijkuitrusting ter beschikking heeft. Er zijn echter nogal wat problemen waarvan waarvan niet op het eerste gezicht duidelijk is of de specialist of de huisarts nu de meest aangewezen behandelaar is. Soms heeft dit te maken met de vraag of de mogelijk geringere a priori kans op een afwijking in de huisartspraktijk de nadelen van een bepaalde techniek doet opwegen tegen de voordelen, een vraag die bijvoorbeeld wordt bestudeerd in het in de regio Utrecht lopende gastroscopieproject. Een andere keer ligt de oorzaak van de onduidelijkheid in de variatie in ernst van een bepaalde ziektecategorie.

Over de problemen rond samenwerking is de laatste jaren voldoende gepubliceerd. Het komt nu aan op het opstellen en toetsen van aan ziektecategorieën gebonden modellen. Op blz. 1347 van dit nummer wordt ten aanzien van CARA een zogeheten inkaartings- en controleprogramma gepresenteerd, dat in Eindhoven loopt.

In de huisartspraktijk komen chronische problemen van de luchtwegen frequent voor. Hoewel de gebruikelijke morbiditeitsstudies in huisartspraktijken slechts een prevalentie van enige percenten opgeven, worden er bij gerichte studies percentages van 10 tot 15 gevonden, zodat

de veronderstelling niet ongerechtvaardigd is dat een groot aantal mensen met CARA als zodanig niet bij medici bekend is.

Een probleem van CARA is onder meer dat onder dit, ten behoeve van epidemiologisch onderzoek gecreëerde, begrip uiteenlopende ziektebeelden vallen met enerzijds verschillende pathogenese, symptomatiek en behandeling en anderzijds overlapping en voorkomen van mengvormen. Voor het stellen van de diagnose zijn subjectieve criteria als anamnese en het verloop van de klachten in de laatste twee jaar van essentiële betekenis. Het herkennen van CARA is belangrijk omdat mensen zich bij een adequate behandeling van hun CARA aanmerkelijk beter kunnen voelen, zodat wellicht latere schade kan worden voorkomen.

## Dr. C. Spreeuwenberg

CARA is een fraai voorbeeld van een aandoening die zowel tot het domein van huisartsen als tot dat van de longartsen behoort. Zelfs patiënten met de ernstigste vormen van CARA zullen zich bij een exacerbatie immers eerst tot de huisarts wenden. Deze behoort dus van alle behandelingsmogelijkheden van CARA op de hoogte te zijn.

De opstellers van het programma beogen de medische zorg voor CARA-patiënten te verbeteren door de diagnostiek te verdiepen, gestructureerd en systematisch te werken en de samenwerking tussen huisartsen en longartsen te verbeteren. De invoering van het programma wordt voorafgegaan door een cursus aan de hand van casuïstiek, terwijl ook het gezamenlijk volgen van nascholing wordt aanbevolen.

Geprobeerd is een zo eenvoudig mogelijk schema, met drie klassen van ernst, aan te houden. De huisarts tracht een patiënt te classificeren en degenen die niet in de laagste klasse vallen vrijwel allemaal voor nadere diagnostiek naar de specialist te verwijzen. De patiënten in de middelste klasse worden door huisarts en specialist gezamenlijk behandeld, terwijl de patiënten met de ernstigste vormen van CARA merendeels door de specialist alleen worden behandeld.

Inhoudelijk kunnen er natuurlijk kanttekeningen worden geplaatst. Zo vind ik het

jammer dat in het programma niet uitdrukkelijk een plaats is ingeruimd voor het eenmalig consulteren van een specialist. In onze eigen huisartspraktijk zijn veel patiënten die wij zelf hebben trachten 'in te kaarten' en die door ons worden behandeld, maar bij wie verfijning van de diagnostiek wellicht toch zou kunnen leiden tot een (nog) gerichtere advisering en behandeling. Bij een gewone verwijzing worden de patiënten vaak zó lang specialistisch onderzocht en behandeld dat bij hen het idee postvat dat specialistische behandeling voor hun probleem meer aangewezen is dan behandeling door de huisarts, welk idee vervolgens moeilijk corrigeerbaar blijkt te zijn.

Tevens is het me niet duidelijk waarom patiënten beneden de 15 jaar nooit in de laagste klasse kunnen vallen. Afgaande op het symptoom 'piepen op de borst', komt bij kinderen vaak astma voor. Omdat er bij deze kinderen sprake is van een *reversibele* bronchusobstructie, kan de huisarts – zeker als hij enigszins bedreven is in de indicatiestelling en uitvoering van allergologisch onderzoek en de hieruit voortvloeiende behandeling – het merendeel van deze kinderen zelf adequaat behandelen.

Hoewel niet expliciet vermeld, lijkt het erop dat men er in Eindhoven van uitgaat dat alle huisartsen daar in staat zijn spirometrie, voor en na toedienen van histamine, te verrichten. Hiervoor is het noodzakelijk dat huisartsen zelf beschikken over een spirometer (kosten van een eenvoudig apparaat: circa f 1.000,—) of een huisartsenlaboratorium spirometrie kunnen laten verrichten. Het openstellen van spirometrie voor huisartsen is toe te juichen, mits is aangetoond dat zij deskundigheid op dit gebied bezitten.

Vanwaar al die aandacht voor dit CARA-programma? Eén reden is, dat het gaat om een door huisartsen én specialisten onderschreven project. Een andere, dat het een stimulans kan zijn voor degenen die ook op andere terreinen door concrete werkafspraken invulling willen geven aan het begrip 'substitutie'. □

LAD-voorzitter J. C. F. M. Aghina:

## Daar staan wij voor!

*Nu, zo kort nadat de LAD voor het eerst in haar bestaan actie voerde, heb ik er behoefte aan om nog een paar zaken te verduidelijken.*

*Natuurlijk blijven daar vooreerst de onzekerheden. Hadden we niet beter zo, zouden we niet liever zus, wikkelen en wegen. Ruim een week actie ligt achter ons, een week van stand-by zijn, standpunten verklaren, toelichten, moeilijke vragen beantwoorden, begrip kweken. Was het vechten tegen de bierkaai? Was het de moeite waard?*

*Dan zijn daar ook de zekerheden. Ja, natuurlijk was het de moeite waard! Wij hebben als LAD onze mening kunnen geven over een breed front, discussie losgemaakt, aangegeven dat het in deze tijd niet meer zo normaal is dat de dokter 55 à 60 uur werkt.*

*Dit vak is leuk, boeiend, verantwoordelijk, en dat moet het blijven. Het is de taak van de vakvereniging, de LAD, om daarvoor zorg te dragen. Die taak betreft ál onze leden, of ze nu specialist zijn of assistent-geneeskundige, basisarts of huisarts, bedrijfsarts of verzekeringsgeneeskundige.*

*Zoals ik al zei: we hebben de kans gekregen onze meningen en ideeën, de punten waarvoor wij staan, over een breed front uit te dragen. Dat dat in enkele gevallen moeilijk was, ligt voornamelijk aan de complexiteit van de materie. Zelfs voor de doorgewinterde journalist is de ingewikkelde financieringsstructuur van bijvoorbeeld het academisch ziekenhuis wel eens iets te veel. Over het algemeen zal duidelijk zijn geworden dat wij:*

*a. kortere werkweken wensen, waardoor instroommogelijkheden voor jonge werkloze collegae ontstaan; en*

*b. vermindering van de inkomstestroom van de academische en grote dienstverbandziekenhuizen als gevolg van de voorgenomen tariefsverlagingen niet zullen accepteren, indien dit tot kwaliteitsverlies van de zorg en tot verlies aan werkgelegenheid zal leiden.*

*Dat zijn ook de opties waarmee we het overleg met de overheid zijn ingegaan. Wij zijn blij met dat overleg, dat wil ik hier*



*met nadruk stellen. Niemand is gebaat bij acties. En voor artsen is actie voeren een uiterst tegennatuurlijke bezigheid. We zijn er om de patiënten te helpen en niet om het belang van de patiënt te negeren, laat ik dat eveneens duidelijk stellen.*

*Het doel van onze actie is dan ook niet geweest om aan te kondigen dat de LAD zich in het vervolg strikt aan de rechtspositie zal houden en een 38-urige werkweek zal claimen; wij weten allen dat ons werk nu eenmaal vaak méér vraagt. Ons doel is wel om van het structureel overwerk tot 55 à 60 uur, soms zelfs nog langer, af te komen en hierdoor extra*

*werkgelegenheid te scheppen, om vooral voor onze assistenten-leden een goede overwerkregeling te verkrijgen en om de continuïteit in de academische ziekenhuizen op het gebied van kwaliteit en werkgelegenheid te waarborgen.*

*Tot slot nog één opmerking. Ik hoop dat gedurende de afgelopen periode duidelijk is geworden dat het de LAD niet primair om het inkomen te doen is geweest. Hoewel alles van alles afhankelijk is in de gezondheidszorg en dit vooral ook op de inkomens van artsen slaat, of ze nu in dienstverband werkzaam zijn of niet, acht de LAD op dit moment het belang van meer werkgelegenheid, een redelijke werkweek en behoud van de financiële middelen om ons vak op het kwalitatief hoge niveau te kunnen uitoefenen dat we gewend zijn, van hoger orde. Dáár staan wij voor en dat zullen we blijven doen!*

J. C. F. M. Aghina,  
voorzitter LAD

**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.**

## ACTIE-ALTERNATIEF

*Staken: de juiste actie voor de specialisten?*

Om zeer goed invoelbare redenen zijn de medisch specialisten, na het bekend worden van het kabinetsbesluit om de onkostenvergoeding en het norminkomen drastisch te verlagen, tot actie overgegaan. Actie voeren kan buitengewoon nuttig zijn en soms zelfs noodzakelijk. Zeker nu de acties een wat grimmiger karakter hebben gekregen dan de voorafgaande, moeten we ons bezinnen op het nut en de effectiviteit van deze acties. Hiernaast speelt natuurlijk ook een aantal medisch-ethische motieven een rol. Of het doen van uitsluitend zondagsdiensten het kabinet van gedachten doet veranderen blijft tot nog toe een open vraag. Het welslagen van deze actie hangt af van: het kunnen handhaven van de solidariteit bij de specialisten; het financieel kunnen volhouden; de druk van de publieke opinie te kunnen blijven weerstaan; de juridische mogelijkheden om langdurig de gezondheidszorg te verstoren.

Inmiddels is dan ook gebleken dat de rechter een dergelijke actie als onjuist beoordeelt. Als alternatief voor deze actie zou ook het volgende gedaan kunnen worden: op regelmatige tijden gratis medisch specialistische hulp aanbieden. Hierdoor zullen zich meer patiënten tot de specialisten wenden. Dientengevolge zullen meer diagnostische en waarschijnlijk ook meer therapeutische verrichtingen worden gedaan. Voorts zal ook meer intercollegiale verwijzing noodzakelijk blijken te zijn. In tegenstelling tot staken zullen van deze actie de ziektekostenverzekeraars wel degelijk de gevolgen voelen. Zij zijn het tenslotte die zich uit het door Dekker bereikte compromis ter elfder ure hebben teruggetrokken. Als voordeel geldt verder dat een dergelijke actie patiënt-vriendelijk is, eveneens veel aandacht in de media zal verwerven en lang kan worden voortgezet.

Helmond, oktober 1988  
Dr. H. A. M. Neumann

## LEF

De acties van de LSV waren dus onrechtmatig. Daar is best wat voor te zeggen. Echter onder voorwaarde. Iedere burger, met uitzondering van degene wie het stakingsrecht wettelijk is ontzegd, heeft nauwelijks het recht te staken. En iedere niet-in-loondienst werkende mag besluiten om, al dan niet tijdelijk, niet te werken. Als specialisten, vanwege de verantwoordelijkheid die hun functie met zich mee



brengt, naar het oordeel van de rechter, zich niet op dit burgerrecht mogen beroepen en als bijgevolg de vakbond niet tot staking mag oproepen, betekent dit dat specialisten een uitzonderingspositie innemen, daar het stakingsrecht hen niet bij wet is ontzegd. Voor de samenhang tussen rechten en plichten betekent dit dat de specialist een hogere plicht en een lager recht heeft. Met andere woorden: de rechter levert een nieuw argument voor de honoreringsclaim van de specialisten, daar de specialist, gezien het gerechtelijk oordeel, een tot nog toe nog niet onderkende uitzonderingspositie inneemt ten aanzien van met het beroep samenhangende verantwoordelijkheid; hogere verantwoordelijkheden worden hoger gehonoreerd, zoals mij bekend is uit strijd over schaalindelingen in de ambtelijke wereld waarin ik terecht ben gekomen.

Indien de regering – die er overigens zelf niet voor terugdeinst om gerechtelijke uitspraken naast zich neer te leggen (zie bijvoorbeeld Nijpels met betrekking tot de uitspraak van het Europese Hof inzake fiscaal voordeel voor 'schonere' auto's) – de uit deze constatering voortkomende claim niet wenst te honoreren, dient de consequentie te zijn dat iedere staking onrechtmatig wordt verklaard. Want, tenzij uitdrukkelijk anders bepaald, heeft iedere burger gelijke rechten, en iedere staking schaaft onvermijdelijk ook mensen die niet verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor de stakingsgrond en tegen wie de staking niet is gericht. Ooit gehoord dat stakend spoorwegpersoneel de abonneementhouders opbelden om hen van hun actie in kennis te stellen? Waarom die eis dan wel aan specialisten gesteld? Vanwege de verantwoordelijkheid die hun positie meebrengt, antwoordt de rechter. Akkoord, maar onder bovengenoemde voorwaarden. Want anders betekent de uitspraak dat mensen op verantwoordelijke posities rechteloos zijn indien anderen over hun rechten kunnen beschikken en beslissen. Want laat de maatschappij (ik bedoel niet de Maatschappij) dan aangeven hoe verantwoordelijken dan wel hun gelijk kunnen afdwingen als het er naar uitziet dat zij het hebben.

En dat de specialisten het hebben moet ik afleiden uit de uitkomst van de bemiddeling-Dekker, toch beslist geen verdachte jongen, zoals ook de regering laat blijken door het naar hem genoemde plan grotendeels te willen volgen. Ik kan niet nagaan of de berekening juist is die stelt dat het salarisdeel volgens het traject-Dees uitkomt op f 9.600,— per maand.

Bruto? Dan is het een grof schandaal. Accountants, die niet dag en nacht bereikbaar behoeven te zijn, lachen om zo'n salaris. Maar die worden dan ook niet tot de verantwoordelijken gerekend. (Ik verdien in een ambtelijke functie zonder disutility bruto al bijna dit bedrag.) Functiewaardering, gepaard gaande met schaalverlaging, heeft voor zittende ambtenaren, vanwege 'verworven rechten', geen salariële gevolgen. Ook daarin verschilt de specialist blijkbaar met andere burgers: voor hen geldt het principe van 'verworven rechten', zoals nu blijkt, dus niet.

Als de regering niet inziet dat ook verantwoordelijken hun rechten moeten kunnen waarmaken, dan zal zij onder ogen moeten zien dat zij uitlokt dat verantwoordelijken, uiting gevend aan hun gevoelens van onmacht, om psychologische redenen het wat minder nauw met hun verantwoordelijkheid gaan nemen of afzien van hun positie, met alle desastreuze gevolgen van dien.

Stakingen schaden de belangen van patiënten? En het verlagen van de praktijkkosten dan? Moet de specialist dan voortaan ook nog z'n brieven aan de huisarts uittikken? Dat hij dat niet of veel minder, zal (moeten) doen, schaaft niet alleen de kwaliteit van de gezondheidszorg, maar heeft ook consequenties voor de uitvoering van de sociale wetten. De verzekeringsgeneeskundige beoordeling is voor een belangrijk deel afhankelijk van de uit aan huisartsen geschreven specialistenbrieven blijken de informatie. Voor een rechtvaardige, aan de bedoeling beantwoordende uitvoering van de sociale wetten is deze informatie vaak onontbeerlijk. Wat is, macro-economisch bezien, de uitkomst van de op specialisten door te voeren bezuiniging? Zou deze regering ooit hebben gehoord van het sprookje van de kip met de gouden eieren? Uitgerekend het kabinet dat de ministersauto van f 40.000 tot f 100.000 wilde verhogen en tenslotte morrend 'genoegen' moest nemen met f 60.000 vindt de onkostenvergoeding van specialisten te hoog? Je moet maar lef hebben.

Velp, oktober 1988  
F. D. Gunning,  
verzekeringsgeneeskundige

## KWAKZALVERIJ

*Chiroprakter en röntgendiagnostiek*

Bijgaand schrijven werd door mij namens het bestuur van de Vereniging tegen de Kwakzalverij, vereniging tot evaluatie van alternatieve behandelmethoden en tot bestrijding van de kwakzalverij, opgericht 1 januari 1881, ver-

zonden aan de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid en in afschrift aan de geneeskundig hoofdinspecteur van de Volksgezondheid:

Onze organisatie beschikt over gegevens waaruit blijkt dat, nog niet op grote schaal, maar in toenemende mate, zogenaamde chiroprakters en alternatief werkende fysiotherapeuten in eigen beheer gebruik maken van röntgendiagnostiekapparatuur. Deze situatie is naar onze opvatting in hoge mate ongewenst en niet zonder gevaar voor diegenen die zich tot bovenvermelde hulpverleners wenden.

Wellicht is het goed kort onze bezwaren tegen deze vorm van onbevoegd uitoefenen der geneeskunde toe te lichten: *Ten eerste* zullen talrijke foto's die worden gemaakt volstrekt overbodig zijn, omdat er óf al voldoende foto's (meestal betreft het de wervelkolom) beschikbaar zijn in bijvoorbeeld het ziekenhuis, óf omdat er geen medische noodzaak bestaat tot het maken van röntgenfoto's. Chiroprakters en fysiotherapeuten hebben onvoldoende opleiding om daarover te kunnen oordelen. *Ten tweede* kunnen deze hulpverleners niet in staat worden geacht röntgenfoto's adequaat te beoordelen, omdat dat ook een specialistische

deskundigheid vereist. Veel alternatief röntgenonderzoek zal dus niet alleen onnodig zijn, maar ook voor de betrokken patiënte geen enkele diagnostische winst kunnen betekenen. *Ten derde* hebben wij gereede twijfel over de deskundigheid van bijvoorbeeld de chiroprakter met betrekking tot de stralingshygiëne. Dit kan zowel de gezondheid van de patiënte als die van de chiroprakter ernstig schaden.

Het is onze vereniging een grote zorg en een doorn in het oog, dat er tegen deze hoogst ongewenste situatie, die zich volledig onttrekt aan elke controle, niet wordt opgetreden.

Recent is in een concreet geval gebleken, dat de Noordhollandse Inspectie voor de Volksgezondheid weinig mogelijkheden zag om op te treden tegen een chiroprakter die zich schuldig maakt aan röntgendiagnostiek. In hetzelfde geval meende ook de Officier van Justitie in Alkmaar niet te kunnen optreden bij gebreke van wetgeving tot invoering van de richtlijn van de Raad van de Europese Gemeenschappen van 3 september 1984.

Ons inziens biedt de Wet op de uitoefening der geneeskunst voldoende mogelijkheden, maar tot ons leedwezen is deze wet grotendeels een

dode letter. In de komende Wet BIG wordt bovenvermelde groep hulpverleners uitgesloten van het gebruik van röntgenapparatuur, maar dit biedt thans juridisch nog geen soelaas. De Richtlijnen Stralingsbescherming van de Raad van de Europese Gemeenschappen, ingaande 1 januari 1986, bieden ons inziens goede mogelijkheden om deze misstand onmiddellijk te beëindigen; de huidige situatie is volledig in strijd met artikel 1, artikel 2, lid 1, artikel 3 en artikel 4 van deze richtlijnen. De Nederlandse regering heeft echter verzuimd tijdig maatregelen te treffen om de door de Raad van de EEG vastgestelde richtlijn in de Nederlandse wetgeving door te voeren. Wij verzoeken u dringend al het mogelijke te doen om een zo spoedig mogelijke invoering van de richtlijn in Nederland te bevorderen. In afwachting daarvan dienen wellicht andere wegen te worden gevonden om verdere proliferatie van röntgendiagnostiekapparatuur tegen te gaan.

Hoorn, oktober 1988

Namens het bestuur van de Vereniging tegen de Kwakzalverij,

C. N. M. Renckens, voorzitter



## Dagboek van een waarnemer

### 4: Naar het ziekenhuis?

Zondagochtend, 02.30 uur.

'Met Van Doorn spreekt u. Kunt u even langskomen voor onze baby?'

'Wat is er aan de hand?'

'Hij huilt nu al een half uur aan één stuk door. Het is gewoon géén doen.' Ik doe een lamp aan en kijk op de wekker. Als het niet zo'n ongelukkig tijdstip was, had ik gelachen.

'Hoe oud is de baby', begin ik maar eens voorzichtig.

'Zeven maanden, en kom nu maar, want mijn vrouw houdt het ook niet meer uit.'

'Geef me uw vrouw maar even.'

'Ja, als u niet wilt komen, kunt u het beter meteen zeggen. Dan gaan we naar het ziekenhuis.'

'Om daar te vertellen dat uw baby huilt? Vertel eens, is er nog niets anders aan de hand? Hoest hij, is hij benauwd, rochelt ie?'

'Dat weet ik allemaal niet. Ik weet alleen maar dat hij verschrikkelijk huilt en dat ik er niet meer tegen kan. Ik ben dat zat en er moet iets gebeuren!'

Ik ben nu net wakker genoeg om te beseffen dat die man gelijk heeft. Waarschijnlijk is het ouderpaar meer over zijn toeren dan het kind. Gezinstherapie, denk ik nog, en dan word ik praktisch: 'Rol het kind in een deken en kom maar naar mijn huis.'

'Nu?'

'Ja, nu! Weet u het te vinden?'

Ja, dat weten ze.

Als ze komen heeft de moeder een slapend, gezond jochie op haar arm. In de auto werd hij

rustig en is in slaap gevallen, vertellen ze. Ze wisten ook niet of ze nu toch langs moesten komen. Daar zijn ze het niet over eens geworden, maar de vader heeft doorgezet. Daar ben ik wel blij om: niets is vervelender dan voor niks wachten op patiënten, 's nachts.

Het kind mankeert niets. Had gewoon een huiluurtje, dat wat uit de hand was gelopen. De vader heeft een drukke baan en heeft zijn nachtrust nodig. Het is hun eerste kind. Zij is wat onzeker of ze het wel goed doet. Hun ouders en vrienden wonen in een ander deel van het land. Ze wonen hier pas. Tevreden gaan ze naar huis.

Ik ben blij dat niet alle ouders met huilende kinderen daar midden in de nacht de huisarts-waarnemer voor bellen.

Marie-José Molledans

# Privacyreglementen voor de gezondheidszorg

Kort geleden heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) een advies over het gebruik van privacyreglementen in de gezondheidszorg vastgesteld. Dit advies is een bijdrage aan de zelfregulering op dit terrein. Een eerdere bijdrage aan deze zelfregulering is onder meer in 1985 door het Beleidsadviescollege Automatisering Gezondheidszorg (BAG) geleverd in de vorm van modelprivacyreglementen. Nu, drie jaar na het uitbrengen van die modelreglementen, is de (tussen)balans opgemaakt. Er is gezien in hoeverre privacyreglementen (door koepelorganisaties) worden gehanteerd, in hoeverre dergelijke reglementen onderling en van de BAG-reglementen afwijken en in hoeverre op basis van enerzijds geconstateerde afwijkingen en anderzijds andere ontwikkelingen, waaronder nieuwe wetgeving, aanpassing van de BAG-modelreglementen wenselijk mag worden geacht. Ook is gezien in hoeverre de toepassing van dergelijke (eventueel aangepaste) modelreglementen kan worden gestimuleerd. Ten slotte is een antwoord geformuleerd op een vraag van de staatssecretaris van WVC aan koepelorganisaties inzake de wenselijkheid van de instelling van een zogeheten landelijke evaluatie- en interpretatiecommissie.

Het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid bevat de volgende aanbevelingen:

- Er dienen model-privacyreglementen te worden gehanteerd die zowel inhoudelijk als qua presentatie aansluiten op het in de Wet Persoonsregistraties gestelde; daarbij dient te worden geanticipeerd op het in het voorontwerp van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en het NRV-advies daarover gestelde.
- Sectorale model-privacyreglementen dienen zowel qua gehanteerde begripbepalingen als qua geboden regelingen aan te sluiten/overeen te stemmen met de reglementen die zijn gebruikt in vorenbedoelde modelprivacyreglementen. Het is daarbij ongewenst het aantal gedefinieerde begrippen nodeloos uit te breiden dan wel binnen begripbepalingen regelingen op te nemen.
- Naast de wenselijkheid van aanpassing van de vormgeving van de BAG-modelprivacyreglementen aan de opbouw van de Wet Persoonsregistraties

## Drs. A. J. G. van Rijen

*De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft kort geleden een advies over het gebruik van privacyreglementen in de gezondheidszorg vastgelegd. Dit advies bevat modelprivacyreglementen, waaronder een model ten behoeve van individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg: een hulpmiddel voor het gezondheidszorgveld om te voldoen aan de eisen die de Wet Persoonsregistraties stelt. Drs. A. J. G. van Rijen, hoofd informatievoorziening bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, licht voor.*

dient inhoudelijk bijstelling plaats te vinden ten aanzien van de onderwerpen inzage-recht, beveiliging, weigering van opname van gegevens, verstrekking van gegevens, toezicht en klachtenbehandeling.

– Als concrete uitwerking van het bovenstaande wordt het hanteren van NRV-modelprivacyreglementen binnen de gezondheidszorg aanbevolen. Bedoelde modelreglementen zijn als bijlagen bij het advies gevoegd.

– De invoering van privacyreglementen binnen instellingen, diensten en praktijken op basis van de NRV-modelprivacyreglementen dient te worden gestimuleerd.

– De instelling van een landelijke evaluatie- en interpretatiecommissie, zoals eerder door het BAG aanbevolen, wordt wenselijk geacht. Geadviseerd wordt voorshands voor een periode van twee jaar deze commissie, gezien taak en samenstelling van de Nationaal Raad voor de Volksgezondheid, bij die raad onder te brengen.

Aanleiding tot het bijstellen van de BAG-modelreglementen was:

- De aanstaande afkondiging van de Wet Persoonsregistraties en de inhoud van die wet.
- Het uitbrengen van het voorontwerp van Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en het NRV-advies daarover.
- De wens de invoering van privacyreglementen, gebaseerd op de eerder door

het BAG uitgebrachte modellen, te stimuleren.

– Inmiddels met de toepassing van BAG-modelprivacyreglementen opgedane ervaringen.

Ten tijde van de opstelling van de BAG-modelreglementen was het voorstel van Wet Persoonsregistratie in zijn huidige vorm nog niet beschikbaar. Nu inmiddels de Wet Persoonsregistraties op punt van afkondiging staat, is het mogelijk nader aan te sluiten op het in deze wet gestelde. Uiterlijk een half jaar na afkondiging zal de eerste tranche van de WPR (de paragrafen 1 tot en met 4: 'Gegevensverstrekking aan derden en gedragscodes', de paragrafen 7 tot en met 9: 'Rechten van geregistreerden op kennisneming en verbetering', 'Registratiekamer' en 'Internationale aspecten', en paragraaf 11: 'Overgangs- en slotbepalingen') in werking treden. Uiterlijk een jaar na de afkondiging zal de tweede tranche (paragraaf 5: 'Persoonsregistraties bij de overheid, het onderwijs, de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening', paragraaf 6: 'Persoonsregistraties op het gebied van bedrijf en beroep en op 'overige gebieden', en paragraaf 10: 'Strafbepalingen') in werking treden. Deze bepalingen worden dan van kracht voor nieuw aan te leggen registraties. Bestaande registraties wordt hiervoor nog een half jaar respijt gegund.

In het licht hiervan zijn de BAG-modelreglementen vergeleken met het in de Wet Persoonsregistraties bepaalde. Daarnaast is gezien wat er, mede op grond van de BAG-modelreglementen, in het gezondheidszorgveld aan privacyreglementering tot stand is gekomen. Ook zijn de relevante bepalingen van het voorontwerp van Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en het NRV-advies daarover bij de beschouwingen betrokken.

Met het aanbieden van de NRV-modelprivacyreglementen krijgen houders van persoonsregistraties een hulpmiddel om te voldoen aan de eisen die de Wet Persoonsregistraties stelt. Hiermee wordt invulling gegeven aan de in de Wet Persoonsregistraties bepleite zelfregulering. Opgemerkt kan worden dat enkele artikelen van de NRV-modelprivacyreglementen verder gaan dan strikt volgens de Wet Persoonsregistraties noodzakelijk is. Voorbeelden daarvan zijn:

- het inschakelen van een onafhankelijk



ke commissie, welke adviseert over verstrekking van gegevens aan derden in bepaalde gevallen;

– de behandeling van klachten en conflictbeslechting;

– het recht van geregistreerden om op hem betrekking hebbende gegevens over te doen dragen aan een andere houder.

De betrokken bepalingen worden evenwel zo wezenlijk geacht dat zij zijn opgenomen in dit model. Uitgangspunt bleef dat in een modelreglement een minimum aan regels wordt gegeven.

Geconstateerd kan worden dat de hier besproken regelingen een verschillende reikwijdte hebben. Het *schema* maakt dit duidelijk.

Aangetekend dient te worden dat in de Wet Persoonsregistraties geen onderscheid wordt gemaakt tussen geautomatiseerde en niet-geautomatiseerde persoonsregistraties. Door evenwel het criterium 'systematisch toegankelijk' te hanteren wordt daarmee impliciet aangegeven dat in ieder geval geautomatiseerde persoonsregistraties onder de reikwijdte van de wet vallen. Papieren dossiers vallen er als regel buiten, aangezien het hier een hoeveelheid doorgaans op alfabet gerangschikte dossiers met losse aantekeningen en min of meer chronologisch geordende documenten van velelei aard betreft; deze worden als niet-systematisch toegankelijk aangemerkt.

In het voorontwerp van Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst is dit onderscheid niet gemaakt. De regeling is op tenminste alle medische dossiers van toepassing. Van een reglementspllicht wordt in het huidige voorontwerp geen gewag gemaakt. Het gepresenteerde modelreglement voor individuele beroepsbeoefenaren biedt een basis om aan het volgens het voorontwerp vereiste te voldoen.

Het NRV-modelreglement bevat artikelen met betrekking tot:

*algemene bepalingen:* begripsbepalingen; reikwijdte;

*kenmerken persoonsregistratie:* doel en werking van de persoonsregistratie; in de registratie opgenomen gegevens;

*rechten geregistreerden en gebruik persoonsgegevens:* kennisgeving van het bestaan van de registratie; vernietiging c.q. anonimisering, correctie c.q. aanvulling en verwijdering van opgenomen gegevens; verstrekking van, toegang tot en inzage in persoonsgegevens; bewaartermijnen; overdracht van opgenomen gegevens; klachten;

*Schema. Reikwijdte van de verschillende regelingen ter bescherming van de privacy binnen de gezondheidszorg.*

REGELING	REIKWIJDTE	REIKWIJDTE IN DE PRAKTIJK
Wet Persoonsregistraties (WPR)	persoonsregistraties, gekenmerkt door: samenhangende verzameling van persoonsgegevens en systematische toegankelijkheid	als regel geen dossiervverzamelingen, tenzij deze zijn geautomatiseerd
Voorontwerp van Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)	persoonsgegevens gehouden door natuurlijke personen of rechtspersonen met wie de patiënt een overeenkomst heeft afgesloten	geautomatiseerde én niet-geautomatiseerde medische dossiers, doch niet niet-medische dossiers, zoals paramedische dossiers
Advies NRV betreffende voorontwerp WGBO	reikwijdte verbreden conform voorontwerp Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)	geautomatiseerde én niet-geautomatiseerde dossiers van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (volgens de Wet BIG)
NRV-model-privacyreglement	persoonsregistraties, voor zover binnen instellingen of praktijken in het kader van zorgverlening verzameld	geautomatiseerde én niet-geautomatiseerde dossiers van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg

*overgangs- en slotbepalingen:* looptijd, overdracht en overgang van de registratie; inwerkingtreding van het reglement; *bijlagen:* a. doelstelling van de persoonsregistratie; b. werking van de persoonsregistratie; c. in de persoonsregistratie opgenomen gegevens; d. gebruikers van de persoonsregistratie; e. bewaartermijnen van opgenomen gegevens.

Besluit wordt voor de periode van twee jaar een Landelijk interpretatie- en evaluatiecommissie met de volgende taakopdracht in te stellen:

- het optekenen van relevante ervaringen met betrekking tot de toepassing van de modelprivacyreglementen en het daartoe onderhouden van contacten met houders van persoonsregistraties, die de onderhavige reglementen toepassen;
- het beantwoorden van vragen van houders van persoonsregistraties inzake de interpretatie van de modelreglementen (vraagbaak- en klankbordfunctie);
- het coördineren van initiatieven en het bevorderen van uniforme gedragslijnen betreffende de toepassing van de modelreglementen;
- het evalueren van de ervaringen, opgedaan met de toepassing van de modelreglementen;
- het op basis van evaluatie (periodiek) bijstellen van de modelreglementen;
- het (doen) verzorgen van een adequate afstemming met ontwikkelingen op het gebied van wettelijke regelgeving ter zake en het op die basis eventueel bijstellen van de modelreglementen.

Ook nu wordt de eerder door het BAG geformuleerde doel- en taakstelling nog relevant geacht. In de afgelopen periode is gebleken dat er behoefte bestaat aan een centraal punt, waar het veld met vragen terecht kan. Verwacht mag worden dat deze behoefte nog toeneemt wanneer de Wet Persoonsregistraties in wer-

king treedt. Het mag dan ook van belang worden geacht dat er een duidelijk punt c.q. duidelijke 'postbus' is, waartoe men zich kan wenden. Dit kan voorkómen dat op vele plaatsen onnodig dezelfde werkzaamheden worden uitgevoerd en kan bijdragen tot de wenselijk geachte uniformiteit in privacyreglementering.

Aangenomen mag worden dat zowel de toename qua gebruik van privacyreglementen en de ervaringen daarbij op te doen als de verdere ontwikkelingen op wettelijk gebied, waaronder de wetgeving met betrekking tot de geneeskundige behandelingsovereenkomst, zullen leiden tot wijzigingsvoorstellen op onderdelen van de modelreglementen. In dit verband kan onder andere worden gedacht aan de verdere invulling van het artikel betreffende bewaartermijnen. Het is dan ook van belang dat het optimaliseren van de model-privacyreglementen aandacht blijft krijgen.

Gezien het ontbreken van ervaringen ten aanzien van het functioneren van een dergelijke commissie, is ervoor gekozen in dit stadium voor een periode van twee jaar een dergelijke commissie in te stellen en na afloop van die periode tot evaluatie over te gaan, waarna opnieuw een standpunt wordt ingenomen.

Geadviseerd is deze commissie onder te brengen bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. □

Het advies 'Gebruik van privacyreglementen' is te bestellen bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, tel. 079-517644.



# Het röntgenarchief: andere wegen

Het opslaan van medische gegevens in een ziekenhuis is een kostbare zaak. Het vraagt aangepaste ruimtes, met onderhoud, en gespecialiseerd personeel. Ondanks de discussies over de vraag wat wel en wat niet in een medisch dossier thuishoort, bestaat de neiging om meer gegevens uitgebreider vast te leggen. Het gevolg is dat er steeds meer archiefruimte nodig is. Verkleining van archieven wordt daarom noodzakelijk. Zolang het om letters en cijfers gaat is dat niet moeilijk; microverfilming heeft hier een grote vlucht genomen. Anders wordt het wanneer het gaat om beeldgegevens. Vooral het röntgenarchief stelt menig ziekenhuis voor grote ruimtelijke problemen. Het formaat en de dikte van het filmmateriaal vragen om speciale voorzieningen, die veel vloeroppervlak opeisen. Het ruimteprobleem wordt des te groter door het toepassen van de steeds strenger wordende regels aangaande bewaartermijnen van medische dossiers. Hierdoor ontstaan situaties die een verkleining van het röntgenarchief verhinderen. Wellicht moeten andere wegen worden bewandeld als het om bewaren van röntgenmateriaal gaat. Het nu volgende wil daartoe een eerste aanzet zijn.

In principe waren de ziekenhuizen vrij in het beschikbaar stellen van ruimtes voor een röntgenarchief. De bewaartermijn van het röntgenmateriaal werd daaraan aangepast. Tegenwoordig is die situatie aan het veranderen. Werd aanvankelijk slechts geadviseerd röntgenmateriaal op zijn minst tien jaar te bewaren, thans is dit bijna een wettelijke verplichting aan het worden.

De termijn van tien jaar is tamelijk willekeurig tot stand gekomen. De Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek adviseerde haar leden in 1978 een termijn van tenminste tien jaar aan te houden<sup>1</sup>. Het advies van de Gezondheidsraad uit datzelfde jaar was genuanceerder: de opstellers meenden dat medische en psychologische gegevens niet langer moeten worden bewaard dan noodzakelijk is. Bovendien waren zij voorstanders van bewaartermijnen per verzameling<sup>2</sup>. De KNMG gaf in 1985 haar richtlijnen met betrekking tot medische dossiers uit; daarin bepaalde zij dat een bewaartermijn van tien jaar na de laatste behandeling moet worden aange-

## P. J. van Wiechen

*Het röntgenarchief stelt menig ziekenhuis voor grote ruimtelijke problemen. De steeds strengere regels ten aanzien van bewaartermijnen van medische dossiers maken het probleem er niet kleiner op. Radiodiagnost P. J. van Wiechen uit Breda stelt voor, andere wegen te bewandelen als het gaat om het bewaren van röntgenmateriaal.*

houden; zij liet de directies van ziekenhuizen vrij in het maken van uitzonderingen op deze regel<sup>3</sup>. De LSV confirmeerde zich aan de richtlijnen van de KNMG, maar signaleerde dat de voorgestelde bewaartermijn voor sommige specialismen wellicht te lang en voor anderen te kort zou zijn<sup>4</sup>. Het ontwerp van Wet overeenkomst inzake geneeskundige behandeling (1987) stelt een bewaartermijn van tien jaar. De mening van de patiënt is daarbij belangrijk. Wil hij of zij een kortere dan wel een langere termijn, dan kan dat ook<sup>5</sup>. In 1987 boog zich ook een universitaire commissie over dit onderwerp; onder voorzitterschap van Prof. Schweitzer werd voor de academische ziekenhuizen eveneens uitgegaan van een bewaarperiode van tien jaar; als bijzonderheid werd bepaald dat röntgenonderzoeken van kinderen moeten worden bewaard tot die kinderen ruim volwassen zijn<sup>6</sup>. De neuroloog Kortbeek beklemtoonde in dit tijdschrift de noodzaak van een differentiatie ten aanzien van bewaartermijnen van patiëntgegevens. Vele gegevens, zo stelt hij, verliezen hun waarde bij langdurig bewaren en iets bewaren wat geen nut meer heeft is zinloos en kostbaar<sup>7</sup>.

Uit het bovenstaande blijkt dat er een zekere eenstemmigheid bestaat over een bewaartermijn van tien jaar, maar dat ook een roep om nuancing is te horen. Vanwege de juridische implicaties zullen de ziekenhuizen, die aanvankelijk nog enige manoeuvreerruimte hadden, zich aan een periode van tien jaar gaan houden. Vooral voor röntgenarchieven betekent dat een grote ruimtelijke belasting.

Hoe een röntgenarchief er moet uitzien is tot nu toe een zaak van de afdeling zelf geweest. Toch is in Nederland binnen de radiodiagnostische bedrijfsvoering min of meer een consensus ontstaan over het antwoord op de vraag hoe men dient te archiveren. Dat hoe kan als volgt worden beschreven:

Alle röntgenonderzoeken van één patiënt die op één dag zijn gemaakt worden in één map opgeborgen. Alle mappen van die ene patiënt worden – los dan wel in een verzamelmap – bij elkaar gehouden. De röntgenverslagen worden bij de diverse onderzoeken gevoegd en de patiënten worden op geboortedatum gerangschikt.

Als men zo archiveert is het belangrijk te weten welke vloeroppervlakten daarvoor nodig zijn. Ziekenhuizen met een productie van 90.000 tot 120.000 onderzoeken per jaar gaan ervan uit dat het röntgenarchief voor het meest recente jaar met een meter per dag groeit. In ons eigen ziekenhuis is berekend hoe de situatie over tien jaar zal zijn, uitgaande van 90.000 onderzoeken per jaar: Het materiaal van de twee laatste jaren beslaat 600 strekkende meter, dat van de twee jaren daarvoor ieder 100 meter en dat van de resterende eerdere jaren ieder 60 meter. In totaal is dat over tien jaar 1.150 strekkende meter. Een map heeft een breedte van 50 cm. Het benodigde oppervlak uitgaande van opslag in 4 lagen bedraagt dan afgerond 150 m<sup>2</sup>, waarvan het meest recente jaar 46 m<sup>2</sup> vraagt.

## CONSEQUENTIES

Men zou verwachten dat aan de geadviseerde bewaartermijnen consequenties worden verbonden, zeker wanneer het gaat om nieuwbouw van ziekenhuizen. Het College van Ziekenhuisvoorzieningen heeft in 1982 zijn zeer gedetailleerde 'Standaardgegevens voor het programma van eisen van algemene ziekenhuizen' doen verschijnen<sup>8</sup>; ook de radiodiagnostiekafdeling komt daarin aan bod. In dit rapport staan aanbevelingen voor een 'jong archief'. Voor een 'oud archief' verwijst het college naar het 'Bouwstenenrapport archief', dat echter nog niet is verschenen. Voor een 'jong archief' wordt per diagnostiekkamer per jaar 2,5 m<sup>2</sup> nuttige vloeroppervlak nodig geacht. Omgerekend tot zuiver archiefoppervlak

is dat volgens een bijgevoegde plattegrond 1,10 m<sup>2</sup>. Voor het bovengenoemde ziekenhuis met dertien diagnostiek-kamers is dan aan zuivere archief-ruimte 14,5 m<sup>2</sup> beschikbaar, terwijl zoals aange-toond in werkelijkheid een oppervlak van 46 m<sup>2</sup> nodig is!

Het gegeven 'bewaren tot tien jaar na het laatste contact of behandeling' heeft voor een röntgenarchief een aantal con-sequenties. Omdat 'het laatste contact' niet nader is gepreciseerd, betekent dat in de praktijk dat met elk nieuw röntgen-onderzoek voor alle eerder gemaakte on-derzoeken een nieuwe termijn van tien jaar ingaat. Een voorbeeld ter verduide-lijking: een patiënt ondergaat een maag-onderzoek maar vijf jaar eerder is er van hem een handfoto gemaakt; toepassing van de tien jaar-regel betekent dat de handfoto nu minstens vijftien jaar zal worden bewaard; daarbij komt dat de waarde van de handfoto het grootst was op het moment van de opname.

Röntgenonderzoeken van organen die operatief zijn verwijderd worden ook veel langer dan tien jaar bewaard, omdat dergelijke patiënten vaak trouwe klanten van een röntgenafdeling zijn. De waarde van de onderzoeken van de inmiddels verwijderde organen is al snel erg klein en rechtvaardigt geen lange bewaartijd. Het verhuizen of overlijden van pa-tiënten zou veel meer dan nu het geval is bij het röntgenarchief bekend moeten zijn, zodat de foto's op een andere en goedkopere wijze kunnen worden be-waard.

Het is ook zinloos de röntgenonderzoe-ken van mensen van wie mag worden aangenomen dat zij nooit meer zullen terugkomen in het archief te houden. Te denken valt aan vakantiegangers of inci-dentele passanten.

Het is de vraag of alle röntgenonderzoe-ken die gedurende een bepaalde behan-delingsfase worden gemaakt, bewaard moeten blijven. In deze categorie vallen controlefoto's bij fracturen of geproto-colleerde onderzoeken op IC's of CCU's.

Moeten de röntgenonderzoeken van overleden patiënten wel tien jaar be-waard blijven? Een zekere bewaartermijn is om medisch-juridische redenen gewenst, maar tien jaar lijkt overdreven. Zeer vreemd is het feit dat men in zieken-huizen binnenshuis naar oplossingen zoekt voor de archiefproblemen en dat men ruimtes gebruikt die daar absoluut niet voor zijn bestemd. Zo worden VIBO (voorzieningen in buitengewone omstan-digheden)-kelders volgepropt met ar-

chieven. Ik moet er niet aan denken dat in tijd van nood zo'n ruimte eerst moet worden leeggehaald alvorens er een noodhospitaal kan worden ingericht<sup>10</sup>.

## EEN KLEINER ARCHIEF

*Minder bewaren* ligt het meest voor de hand om de omvang van een röntgenar-chief te beperken. Dat kan op verschil-lende manieren: minder foto's per onder-zoek, op kleiner formaat werken, na ver-loop van tijd schonen. Wellicht kunnen er veel foto's aan het archief worden onttrokken, als men zich realiseert welke opnames voor de diagnostiek echt van belang zijn. Het is aan de radiodiagnos-ten zelf hierover met ideeën en voorstel-len te komen. Het werken op kleiner formaat vindt ingang, maar niet elk on-derzoek leent zich ervoor. Schonen ach-teraf is voor archiefverkleining erg effec-tief, maar omdat hiervoor deskundig per-soneel nodig is, is het een dure oplossing. Minder bewaren kan ook door patiënten de röntgenonderzoeken mee te geven – in België een zeer gebruikelijke gang van zaken. Het heeft als bijkomend voordeel, dat de patiënt zelf de verantwoordelijk-hed krijgt voor dit deel van zijn medisch dossier.

*Achteraf verkleinen* op microfilm is een methode die in Nederland op bescheiden schaal ingang heeft gevonden. Het is een slechte en zeker niet goedkope oplos-sing. Het op microfilm zetten van een röntgenfoto betekent dat alles wat in de loop der tijd in de fotografische weergave aan verfijning is bereikt in één klap teniet wordt gedaan. Het is dan ook volkomen juist dat de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek zich hiertegen uit kwa-liteitsoverwegingen verzet.

Archiefverkleining kan ook worden be-reikt door een – al dan niet gedecentrali-seerde – compactere opslag in speciale containers. Vooral voor röntgenmateri-aal dat ouder is dan drie jaar en dat zeer weinig worden opgevraagd, is dit een nog weinig toegepaste methode.

## CONCLUSIE

Zeker wanneer het röntgenonderzoeken betreft verdienen de strakkere richtlijnen ten aanzien van bewaartermijnen van medische dossiers een nadere differen-tiatie.

Stelt men wettelijke regels in, dan moet het financieel ook mogelijk zijn aan die regels te voldoen. Het is onjuist, ruimtes die niet voor een archief bestemd zijn daarvoor te gebruiken.

Belangrijk bij archiveren is het antwoord op de vraag *waarom* men bewaart. Ver-volgens kan worden bepaald *wat* men dan bewaart. Ten aanzien van röntgen-onderzoeken is het antwoord nog niet gegeven.

Het verdient ernstige overweging een deel van de bewaarplicht die thans alleen de ziekenhuizen hebben te verschuiven naar de patiënt, door hem of haar na bijvoorbeeld vier jaar de zorg voor zijn röntgendossier te geven. Daarnaast is een decentrale en compactere opslag waarin meerdere instellingen binnen een bepaalde regio participeren, een doel-treffende methode om ziekenhuisruimte te sparen.

Tenslotte kan het zijn dat het probleem van het röntgenarchief binnenkort wordt opgelost door nieuwere vormen van beeldarchivering (PACS). Hoewel deze technieken volop in ontwikkeling zijn, zullen de kosten toch aanzienlijk blijven. Deze vorm van archiveren zal daarom zeker niet voor elk ziekenhuis zijn weg-gelegd.

Het tijdperk van de röntgenfoto is nog lang niet afgesloten<sup>11</sup>. Het volumepro-bleem van het voor een röntgenarchief benodigde volume blijft dus actueel. □

*Met dank aan N. Kamst, Ir. J. G. Nuy-ten, C. T. Ruygrok en C. Schrauwen*

## Literatuur

1. Mededeling Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnos-tiek, 1978 (ongepubliceerd).
2. Advies inzake registratie van medische en psychologi-sche gegevens en de bescherming van de persoonlijke levens-sfeer. Uitgebracht door een commissie van de Gezondheids-raad. Rijswijk: Gezondheidsraad, november 1978.
3. Richtlijnen met betrekking tot de Bewaartermijnen van Medische Gegevens. Rapport van de Commissie Archivering Nominale Patiëntgegevens van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Utrecht: KNMG, 1985.
4. Medische dossiers in algemene ziekenhuizen. Rapport van de Landelijke Specialististen Vereniging. Utrecht: LSV, 1987.
5. Wetsontwerp overeenkomst inzake geneeskundige be-handeling. 1987.
6. Rapport bewaar/vernietigingsbeleid medische dossiers in academische ziekenhuizen. Commissie Medische Archieven. Februari 1987 (BAZ-nr 870462).
7. Kortbeek, LHTS. Bewaartermijn patiëntgegevens. Medisch Contact 1987; 42:51-3.
8. Haar Romeny BM ter. Beeld Opslag en Kommunikatie Systemen voor Ziekenhuizen. Gamma 1987; 37:5-16.
9. Standaardgegevens voor het programma van eisen van algemene ziekenhuizen. Röntgendiagnostiek. College voor Ziekenhuisvoorzieningen, Utrecht: 1982.
10. Bouw van beschermde ziekenhuizen (VIBO-kelders). Nota van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen met bijlage aan staatssecretaris WVC. Utrecht: College voor Ziekenhuisvoorzieningen, 17 februari 1986.
11. Koster WG. Röntgenfilm, een afgesloten tijdperk? Me-disch Contact 1987; 42:1411-13.

# DNA-technologie en in vitro fertilisatie

## Wat de Nederlanders ervan vinden

Sinds de industriële revolutie worden, als gevolg van technologische innovaties, mensen regelmatig geconfronteerd met veranderingen in hun bestaan waarvan het verloop onzeker is. Technische vindingen hebben altijd voor- en tegenstanders gekend. Door het ontbreken van zekerheid moesten beide partijen zich beroepen op eerdere ervaringen en op hun overtuigingen, dus op een vertrouwen, dan wel een wantrouwen in de goede afloop. Het eerste, het vooruitgangsgeloof heeft het lange tijd gewonnen. In de tweede helft van deze eeuw hebben vooral de vernietigingskracht van atoomwapens en de aantasting van het milieu dit vooruitgangsgeloof sterk getemperd. In brede kring is men ervan doordrongen dat technisch vernuft niet alleen maar vooruitgang brengt, maar tevens een zware tol kan eisen. In de jaren zestig werd er daarom voor gepleit toepassingen van nieuwe technologieën te begeleiden door een uitgebreide boekhouding over maatschappelijke gevolgen. Onder de naam 'technology assessment' ontstond tijdens de jaren zeventig in de Verenigde Staten het eerste onderzoekprogramma op dit terrein. Weldra vond dit programma navolging in andere westerse landen. De milieu-effectrapportage en de 'brede maatschappelijke discussie' over kernenergie waren de eerste voorbeelden van 'technology assessment' in Nederland. In het regeerakkoord van het eerste kabinet-Lubbers (1982) werd 'technology assessment' opgenomen als een permanent object van overheidsbeleid. In verband met dit nieuwe beleid kreeg het Sociaal en Cultureel Planbureau opdracht van de minister voor Onderwijs en Wetenschappen – de eerstverantwoordelijke bewindsman voor dit onderwerp – onderzoek te verrichten naar 'maatschappelijke en ethische gevolgen van wetenschappen en technologie'. Het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft hiertoe een tweetal studies opgezet. De eerste richtte zich op vergaring van historische kennis over innovaties in consumentengoederen in het recente verleden<sup>1</sup>, de tweede op nader inzicht in houdingen tegenover technologische vernieuwingen onder het Nederlandse publiek.

In deze bijdrage wordt vooral ingegaan

Drs. P. van Beek en  
Drs. W. P. Knulst

*De Nederlanders oordelen zeer verdeeld over de merites van DNA-technologie en in vitro fertilisatie. Een onderzoek onder een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder leert, dat nog juist een meerderheid van degenen die ermee bekend zijn, beide technologieën aanvaardbaar acht. Onderzoekers Drs. P. van Beek en Drs. W. P. Knulst zijn beiden verbonden aan het Sociaal en Cultureel Planbureau te Rijswijk. Daar buigt men zich in opdracht van Den Haag, dat 'technology assessment' tot permanent object van overheidsbeleid wil maken, over maatschappelijke en ethische gevolgen van wetenschap en technologie.*

op de uitkomsten van het onderzoek met betrekking tot DNA-technologie en in vitro fertilisatie (IVF). Daarvoor is in belangrijke mate gebruik gemaakt van het onderzoekrapport dat in maart 1988 onder de titel 'Publiek en techniek' is verschenen. Daarnaast zijn over de twee genoemde onderwerpen nog enkele specifieke analyses uitgevoerd.

### VRAAGSTELLING EN OPZET

Centraal thema in het onderzoek zijn de technologische innovaties die voorwerp zijn van publieke bemoeienis. Dat zijn innovaties die of wel onder verantwoordelijkheid van publieke diensten (zoals energiebedrijven, ziekenhuizen) worden toegepast, of wel door hun mogelijke maatschappelijke gevolgen onderwerp zijn geworden van publieke discussie. Toen het onderzoekproject werd opgezet zag het ernaar uit dat technologische innovaties meer en meer zouden gaan uitgroeien tot een politiek omstreden zaak. Het was 1984. Zowel kernenergie als kruisvluchtwapens waren inzet van de verkiezingen geweest. Verder leek het erop dat ook toepassingen van bio-tech-

nologie en toepassingen met computers (privacy) in opspraak zouden raken. Het waren dus vooral de riskante aspecten van technisch vernuft die volop aandacht trokken. Bij de opzet van het onderzoekproject rees als vanzelf de vraag of er onder het publiek een algemene weerzin aan het ontstaan was tegen technologische innovaties. Belangwekkend leek vervolgens de vraag of personen, die tegenstander zijn van bepaalde technologieën voor oorlogsvoering of energieopwekking, ook weinig van innovaties op andere terreinen moeten hebben. Daarbij was belangrijk te weten waarom mensen van mening verschillen over technologische vernieuwingen. Waarop baseren mensen hun standpunt? Hoeveel weet men ervan af? Welke aspecten vindt men belangrijk?

De bedoeling van dit onderzoek was dus niet zozeer te weten te komen hoe het publiek denkt en oordeelt over afzonderlijke toepassingen, maar hoe mensen aan hun oordeel komen over technologische innovaties in het algemeen en of een oordeel over bijvoorbeeld kernenergie anders tot stand komt dan een mening over bio-medische technologieën.

Deze vraagstelling maakte het nodig de technologieën die het publiek ter beoordeling zouden worden voorgelegd zorgvuldig te selecteren\*. Daarom is de publieksenquête voorafgegaan door een uitgebreid vooronderzoek<sup>2</sup>.

De volgende acht toepassingsgebieden zijn geselecteerd voor de enquête:

- kernenergie;
- automatisering;
- computertechnologie;
- milieutechnologie;
- communicatietechnologie;
- militaire technologie;
- DNA-technologie;
- reageerbuisbevruchting.

In de periode van mei/juni 1985 werd een enquête verricht onder een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder. De uitkom-

\* In de eerste plaats om hierin een redelijke afspiegeling te krijgen van de verscheidenheid aan toepassingsgebieden, en in de tweede plaats om de te beoordelen lijst evenwichtig samen te stellen naar de mate van weerstand respectievelijk bijval die deze oproepen. In de derde plaats moest het publiek enigermate bekend zijn met de onderwerpen.

sten geven dus wat de oordeelspeiling over afzonderlijke technologieën betreft een momentopname\*. Er bestaat echter geen reden om aan te nemen dat behalve de mate van appreciatie van toepassingen, ook de structuur achter de oordelen die in 1985 werd aangetroffen, door bepaalde incidenten nadien ingrijpend zal zijn veranderd.

## UITKOMSTEN

### Bekendheid met de innovaties

Alvorens de meningen van de respondenten is gevraagd over DNA-technologie en IVF is eerst nagegaan of zij over deze onderwerpen enige kennis hebben. Het heeft immers geen zin mensen te laten oordelen over zaken waar ze niets van af weten.

Bij de introductie van DNA-technologie werden twee voorbeelden voorgelegd: verandering van de erfelijke aanleg bij mensen om bijvoorbeeld oorzaken voor familiekwalen weg te nemen, en het veranderen van eigenschappen van bacteriën om deze te kunnen inzetten in de chemische industrie. Respectievelijk 64% en 56% van de respondenten bleek hiermee reeds bekend te zijn. Van minstens één van deze voorbeelden had 72% al eens gehoord.

Bij de introductie van het onderwerp IVF werd respondenten gevraagd of zij vóór het interview hadden gehoord van de reageerbuisbaby. De overgrote meerderheid (namelijk 99%) bleek hiermee bekend te zijn.

### Oordelen

Degenen die hiermee bekend bleken is ter afsluiting van een serie vragen over voor- en nadelen steeds de vraag voorgelegd hoe goed of slecht zij een verdere toepassing van een technologie al met al vonden. Deze vraag werd tevens toegespitst tot de kwestie of men DNA-technologie en IVF uiteindelijk aanvaardbaar of onaanvaardbaar achtte. In tabel 1 zijn de uitkomsten weergegeven. Opvallend is dat de antwoordmogelijkheden bij beide technologische innovaties een tamelijk overeenkomstige verdeling te zien geven, zowel bij de eerste (uitge-

Tabel 1. Oordelen van Nederlanders van 16 jaar en ouder over het toepassen van DNA-technologie en IVF (1985; in procenten).

	DNA-technologie	IVF
zeer slecht .....	14	22
tamelijk slecht .....	25	22
noch slecht/noch goed .....	21	21
tamelijk goed .....	30	26
zeer goed .....	7	7
weet echt niet .....	4	2
	101	100
onaanvaardbaar .....	42	54
aanvaardbaar .....	47	47
weet echt niet .....	11	8
	100	100
absoluut .....	1.449	2.007

Bron: Publiksenquête Technologische Innovaties, 1985.

breide) als bij de tweede, toegespitste peiling van de oordelen. Bij beide technologieën zijn er meer mensen die naar een negatief oordeel dan naar een positief oordeel neigen, maar kennelijk niet zo afwijzend zijn dat zij ook een meerderheid vormen die de technologieën onaanvaardbaar vindt. In 1985 werd IVF iets ongunstiger beoordeeld en door meer mensen onaanvaardbaar geacht dan DNA-technologie. In het algemeen kan men concluderen dat het Nederlandse publiek sterk verdeeld denkt over de merites van beide toepassingsgebieden.

### VERSCHILLEN IN OPVATTINGEN

Zoals gesteld, was het onderzoek er vooral op gericht mogelijke verbanden in de beoordeling van uiteenlopende toepassingsgebieden op het spoor te komen. Interessant was dus de vraag of er veel personen voorkomen die zonder verder onderscheid overal vóór of overal tegen zijn, of dat juist elke afzonderlijke technologie haar eigen specifieke groepje supporters en opposanten heeft. Noch het een, noch het ander bleek duidelijk het geval te zijn: er zijn geen omvangrijke groepen aangetroffen, die of wel alle technologieën toejuichen, of wel alle voorgelegde toepassingsgebieden afkeuren. De geselecteerde terreinen worden door het Nederlandse publiek evenmin als op zichzelf staande gevallen beoordeeld.

Een factoranalyse op de individuele oordeelscores wees uit dat de differentiatie in houdingen tegenover de acht technologieën is te herleiden tot drie clusters:

- computertechnologie, automatisering en communicatietechnologie;

- kernenergie en militaire technologie;
- DNA-technologie en IVF.

Milieutechnologie werd door bijna iedereen positief beoordeeld en viel derhalve in geen der drie clusters. Van belang in dit kader is te constateren dat het (leken)-publiek DNA-technologie en IVF als min of meer gelijksoortige toepassingen heeft ervaren en over eenzelfde kam heeft geschoren. Voorstanders van DNA-technologie zijn dus tevens vaak voorstander van IVF; dit geldt eveneens voor tegenstanders.

Onder welke bevolkingscategorieën zijn nu vooral de voorstanders en onder welke de tegenstanders van DNA-technologie en IVF aan te treffen? Ter beantwoording van deze vraag werden drie concurrerende hypothesen getoetst.

Volgens de eerste hypothese zouden oordelen over technologische innovaties vooral zijn ingegeven door de ideologische oriëntatie van individuen. Volgens de tweede hypothese zouden de voorstanders vooral te vinden zijn onder degenen die door opleiding, beroep of liefhebberij vertrouwd zijn met technische aangelegenheden en de tegenstanders onder de groepen die deze achtergrond missen; kortom: 'onbekend maakt onbemind'. Een derde hypothese voor de verklaring van verschillen in opvattingen is ontleend aan de sociale diffusieleer. De veronderstelling hierbij is, dat technologische innovaties als nieuwe ideeën zeer geleidelijk door een steeds grotere groep worden geaccepteerd. In het begin vinden vernieuwingen alleen een gunstig onthaal bij een jonge, ondogmatische intellectuele voorhoede ('early adopters', Rogers 1983). In de beginfase zullen innovaties echter op meer weerstand stuiten naarmate men de rijen afloopt en terechtkomt bij een achterhoede, die naar leeftijd, scholing en orthodoxe levenshouding, de tegenpool vormt van die 'early adopters'.

Toetsing van de hypothesen leerde dat de diffusiehypothese nog de meeste kracht bezit voor de verklaring van verschillen in opvatting over de bio-medische technologieën van DNA en IVF. Daarnaast bleek de ideologiehypothese niet te kunnen worden verworpen. Jongeren en/of personen zonder kerkelijke binding worden als 'early adopters' overwegend onder de voorstanders aangetroffen, ouderen en/of personen met een sterke kerkelijke band overwegend tot de tegenstanders. In figuur 1 is dit waargenomen verband voor beide technologieën grafisch weergegeven.

\* Na de ramp met Tsjernobyl in april 1986 is het publiek negatiever gaan oordelen over kernenergie. Het ligt voor de hand dat de publiciteit begin 1988 over de besmetting, die bij een aantal van de behandelde vrouwen na de in vitro fertilisatie in het Rotterdamse Dijkzigt Ziekenhuis is geconstateerd, de oordelen over deze technologie evenzeer in ongunstig opzicht zal hebben beïnvloed.

Bij vergelijking valt op dat het verband tussen leeftijd en de beoordeling van IVF sterker is dan het verband tussen leeftijd en de beoordeling van DNA-technologie. Jongeren beoordelen beide technologieën in dezelfde mate positief, terwijl ouderen IVF relatief negatiever beoordelen dan DNA-technologie. Het verband met kerkelijkheid is in beide gevallen even sterk aanwezig, ofschoon bij DNA-technologie de relatie tussen oordeel en leeftijd onder de groep kerkelijken geen lineair karakter heeft.

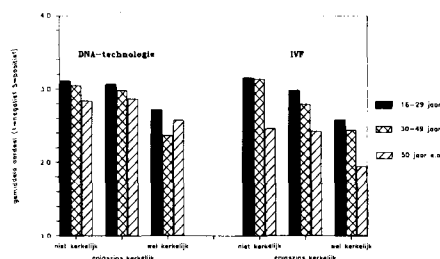
In de figuren 2 en 3 zijn verbanden tussen enerzijds oordelen en anderzijds een uitgebreider set van achtergrondkenmerken van de oordelaars met behulp van een correspondentie-analyse gevisualiseerd voor respectievelijk DNA-technologie en IVF. Lezers die zijn geïnteresseerd in de precieze definiëring van de gehanteerde achtergrondkenmerken worden verwezen naar het onderzoek-rapport<sup>3</sup>.

Bij het lezen van de figuren zij erop gewezen dat de horizontale dimensie in de figuren het meest informatief is voor de interpretatie. Naarmate de afstand gemeten op de horizontale as tussen de positie van een opvatting (bijvoorbeeld 'voorstanders') en een achtergrondkenmerk (bijvoorbeeld 16-29 jaar, of 'niet kerkelijk') geringer is, betekent dat een kenmerk typerender is voor de groep die het weergegeven standpunt heeft ingenomen.

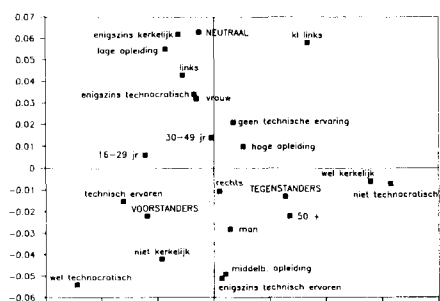
Aldus valt uit de figuren af te lezen dat het verband tussen onderwijsniveau en het oordeel over DNA-technologie negatief is: lager opgeleiden zijn vaak voorstanders en hoger opgeleiden zijn vaak tegenstanders. Het verband tussen onderwijsniveau en het oordeel over IVF ligt juist omgekeerd: de lager opgeleiden zijn hier vaker tegenstander en de hoger opgeleiden vaker voorstander. Verder blijkt de ideologische oriëntatie evenmin onbelangrijk: onder mensen met een rechtse politieke voorkeur zijn vaak de tegenstanders te vinden. Dit geldt vooral voor de opvattingen over IVF\*.

Opmerkelijk in de figuur is verder de positie van personen met een politieke voorkeur voor klein links: zij zijn vaak tegen DNA-technologie, maar vóór IVF. Het verband tussen opvattingen over de twee biomedische technologieën en de ideologische oriëntatie is overigens ster-

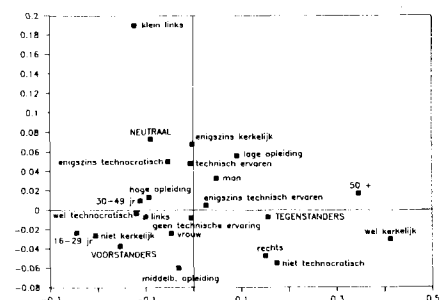
**Figuur 1. Oordeel over DNA-technologie en IVF naar kerkelijkheid en leeftijd.**



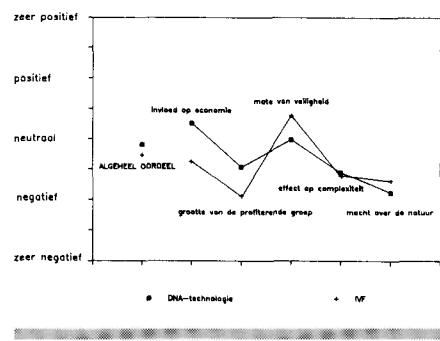
**Figuur 2. Oordeel over DNA-technologie naar achtergrondkenmerken.**



**Figuur 3. Oordeel over IVF naar achtergrondkenmerken.**



**Figuur 4. Beoordeling van eigenschappen en/of gevolgen van DNA-technologie en IVF (gemiddelde score's van degenen die oordeelden).**



op de samenleving onderschrijven – en bijvoorbeeld instemmen met de overtuiging dat 'veel problemen van vandaag uiteindelijk door technische vindingen zullen worden opgelost' – zijn (ook) op biomedisch gebied overwegend tot de voorstanders van technologische innovaties te vinden.

Aandacht verdient ten slotte ook het feit dat de mate waarin individuen vertrouwd zijn met technische aangelegenheden (bijvoorbeeld door hun beroep, opleiding en/of hobby's), nauwelijks invloed heeft op de opvattingen over DNA-technologie en IVF. De tweede hypothese vindt dan ook geen enkele steun in de feiten over deze terreinen.

## BEELDVORMING

Voor een nader inzicht in de beeldvorming over technologische innovaties was het belangrijk te weten welke voor- en nadelen men hieraan toeschrijft. Bij alle acht technologieën en dus ook bij DNA-technologie en IVF zijn uitspraken gevraagd over materiële, sociale, fysieke en psychische aspecten van de onderwerpen. Deze aspecten zijn geoperationaliseerd in vragen naar respectievelijk: economische voor- of nadelen, de grootte van de groep Nederlanders die ervan kan profiteren, de verwachte veiligheidsrisico's, en de vraag of de technologie het leven ingewikkelder of eenvoudiger gaat maken.

Als specifiek aspect bij de biomedische technologieën is ten slotte gevraagd of men de macht die de mens zich verwerft over de levende natuur al of niet te groot vindt. In figuur 4 zijn de uitkomsten van die gemaakte taxaties gepresenteerd en vergeleken met de gemiddelde score van het algehele oordeel.

De figuur leert dat er maar weinig aspecten van de beide technologieën gemiddeld positief worden aangeslagen. Het enige punt waarop DNA-technologie gemiddeld een voldoende cijfer scoorde was het economische aspect. IVF haalde alleen een voldoende bij de taxatie van de veiligheidsrisico's. Het meest negatief van DNA-technologie vond men dat het de mens een te grote macht geeft over de natuur. Het meest negatief van IVF vond men dat er slechts een kleine groep van de toepassing kan profiteren. Het gaat hierbij steeds om gemiddelden. Bij een uitsplitsing daarvan bleek, zoals mocht worden verwacht, dat voorstanders overwegend positieve en tegenstanders overwegend negatieve eigenschappen

\* Dit verband wordt vooral teweeggebracht door de afwijzen van de houding van ondervraagden met een confessionele partijvoorkeur, zodat in feite de rol van de levensbeschouwing in dit verband terugkeert.

aan de technologieën hebben toegeschreven.

Per technologiegebied is respondenten gevraagd aan te geven aan welke personen of instanties men gezag toekent bij de beoordeling van de kwestie of er al of niet tot verdere toepassing moet worden overgegaan. In tabel 2 zijn de resultaten weergegeven. De percentages in de tabel verwijzen naar het aantal ondervraagden dat aan een instantie het meeste gezag heeft toegekend.

Van alle aangeboden antwoordmogelijkheden werden wetenschappers het meest als gezaghebbende partij gekozen. Dat gebeurde overigens ook bij de andere zes technologiegebieden die hier buiten beschouwing bleven. Wetenschappers genieten bij de opiniëring over DNA-technologie nog meer gezag dan bij IVF. Tevens wordt aan familie of vrienden en aan de kerk bij IVF vaker een gezaghebbend oordeel toegekend dan bij DNA-technologie. Kennelijk ziet men IVF vaker nog als een ethische kwestie, behorend tot de competentie van de eigen kring en kerk, dan DNA-technologie.

## CONCLUSIE

Een representatieve steekproef van Nederlanders van 16 jaar en ouder oordeelde in een onderzoek naar houdingen over technologische innovaties in 1985 zeer verdeeld over de merites van DNA-technologie en in vitro fertilisatie. Nog juist een meerderheid onder degenen die met de onderwerpen bekend waren vond beide technologieën aanvaardbaar. Opvattingen van het publiek over DNA-technologie en IVF nemen binnen het patroon van oordelen over uiteenlopende technologische innovaties een aparte plaats in. Uit de analyse van het onderzoekmateriaal is gebleken dat individuele houdingen tegenover DNA-technologie sterk samenhangen met die ten opzichte van IVF. De vraag hoe men oordeelt over de biomedische technologieën staat zo goed als los van de manier waarop men toepassingen als informatietechnologie of kernenergie heeft beoordeeld. Dat wordt nog eens onderstreept door het feit dat de differentiatie in oordelen over de biomedische technologieën niet op dezelfde manier kan worden verklaard als die bij nucleaire of informatietechnologieën.

De aangetroffen structuur in opvattingen over beide technologieën bleek nog het best te kunnen worden verklaard met behulp van de diffusiehypothese. Dege-  
nen die de biomedische innovaties in de

Tabel 2. Instanties of personen die men op de eerste plaats gezag toekent bij opiniëring over mogelijke uitbreiding van DNA-technologie en in vitro fertilisatie (1985) (in procenten).

	DNA- technologie	IVF
familie, vrienden .....	12	19
kerk .....	8	11
actiegroep .....	2	1
(mijn) politieke partij .....	3	3
consumenten-organisatie .....	2	1
overheid .....	5	4
wetenschapsmensen .....	56	44
anderen .....	12	16
	100	99

Bron: Publieksenquête Technologische Innovaties, 1985.

huidige beginfase acceptabel vinden, bezitten de kenmerken die als regel bij 'early adopters' van vernieuwingen kunnen worden aangetroffen: jonge leeftijd en geen kerkelijke binding. De tegenstanders beantwoorden aan kenmerken van de 'late majority': oudere leeftijd en een sterke kerkelijke binding. De tegenstanders van IVF behoren verder ook overwegend tot de lager geschoolden. DNA-technologie en IVF zijn dus typisch onderwerpen die in de huidige periode een tegenstelling oproepen van ethisch-levensbeschouwelijke aard alsmede een tegenstelling tussen de generaties. Dat lijkt ook eerder het geval te zijn geweest bij veel andere innovaties op het medisch-biologisch terrein, waarbij te denken valt aan vaccinaties en anti-conceptiva.

## 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.*

Hieruit mag men niet eenvoudigweg concluderen dat een algemenere aanvaarding van DNA-technologie en IVF ook alleen maar een kwestie van tijd en gewenning is. De mogelijkheden en risico's van met name DNA-technologie zijn nog nauwelijks in kaart gebracht. Dat betekent tevens dat de discussie over aanvaardbare maatschappelijke risico's bij toepassingen alsook de dialoog over ethische vraagstukken hier nog goeddeels moet beginnen. □

### Literatuur

1. Baudet H. Een vertrouwde wereld: 100 jaar innovatie in Nederland. Amsterdam: Bert Bakker, 1986.
2. Daamen DDL, Biegan M, Midden CJH, Pligt J van der, Lans IA van der. Individuele oordelen over technologische vernieuwingen. Petten: Stichting Energieonderzoek centrum Nederland, 1986.
- Knulst WP, Beek P van. Publiek en Techniek. Opvattingen over technologische vernieuwingen. (Cahier nr. 57) Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1988.
- Rogers EM. Diffusion of innovations. New York/London: The Free Press/Collier Macmillan, 1983.
- TK, 1983/1984. Nota integratie van wetenschap en technologie in de samenleving. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983/1984, 18421.

# CARA in kaart

## Samenwerkingsproject van huisartsen en longartsen in Eindhoven

Er zijn aanwijzingen dat de huisartsen in ons land te kort schieten op het punt van diagnostiek en de behandeling van CARA-patiënten. Huisartsen herkennen de CARA-patiënt onvoldoende<sup>1</sup>. Kaptein en anderen stelden bovendien vast dat de therapie van de huisarts bij een niet onaanzienlijk deel van CARA-patiënten zeer te wensen overlaat<sup>2</sup>.

CARA komt voor bij 10% van de Nederlandse bevolking. In 1981 was de mortaliteit ten gevolge van deze ziekte bij de mannelijke bevolking 3,2%. De ziekte resulteert in herhaald ziekteverzuim en hospitalisatie (50.000 ziekenhuisopnamen per jaar, of 10% van alle ziekenhuisopnamen in 1982). Bovendien is aangetoond dat symptomen van CARA bij mannen en vrouwen optreden bij 30% van de populatie in de leeftijdscategorie tussen 40 en 64 jaar en dat bovendien 5% tot 10% van de kinderen tussen de 6 en 16 jaar oud klachten hebben van langdurig hoesten en kortademigheidsaanvallen gedurende drie achtereenvolgende jaren of meer (deze gegevens zijn afkomstig van het Nederlands Centraal Bureau voor de Statistiek).

Bovenstaande gegevens en het feit dat ruim driekwart van de totale medische zorg voor de CARA-patiënt door de huisarts wordt geleverd<sup>3</sup>, geven de aard en omvang van het probleem aan en tevens de noodzaak van een kwalitatief goede zorg voor de CARA-patiënt. Zowel een verbeterde zorg aan CARA-patiënten in de vorm van diagnostiek, behandeling en begeleiding door de huisarts als een goede patiëntenvoorlichting reduceert de morbiditeit<sup>4,6</sup>.

De kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg voor de CARA-patiënt kan worden verbeterd door nascholing, intensivering van de samenwerking tussen huisarts en specialist en een vorm van protocollering. Omdat onvoldoende behandeling van CARA veelal kan leiden tot het ontstaan van irreversibele veranderingen van de luchtwegen dient realisering van die verbeterde zorg vooral te zijn gericht op het vroegtijdig stellen van de diagnose.

Bovenstaande overwegingen hebben ertoe geleid dat wij ons in 1985 zijn gaan bezighouden met de ontwikkeling van een programma voor het stellen van een gespecificeerde diagnose (stagering) en

### R. M. Schipper

*CARA komt voor bij 10% van de Nederlandse bevolking. Zowel een verbeterde zorg in de vorm van diagnostiek, behandeling en begeleiding door de huisarts (die driekwart van de totale medische zorg voor de CARA-patiënten levert) als een goede patiëntenvoorlichting zal de morbiditeit reduceren. Redenen genoeg voor R. M. Schipper, H. Ch. Gooszen en Dr. C. A. F. Jansveld, allen werkzaam op de longafdeling van het Catharinaziekenhuis te Eindhoven, en de huisartsen R. Venig, P. Wassenberg en M. Raemaekers uit de stad om een programma voor diagnostiek en controle te ontwikkelen, waarvan hier een beschrijving.*

de controle van CARA-patiënten; vooral bij de huisartsen bleek behoefte te bestaan aan een leidraad. Na ampele overweging en proefdraaien op kleinere schaal is een protocol geformuleerd.

### CONSIDERANS

Voor de chronische luchtwegaandoeningen astma, chronische bronchitis, astmatische bronchitis en emfyseem en alle mengvormen ervan wordt in Nederland de verzamelnaam 'CARA' gebruikt; hetgeen een afkorting is van chronische specifieke respiratoire aandoeningen<sup>7</sup>. In de Angelsaksische literatuur is min of meer synoniem COLD (chronic obstructive lung disease), echter fundamenteel voor de Nederlandse opvatting (Dutch Hypothesis)<sup>8</sup> is het uitgangspunt dat al deze ziektebeelden (inclusief astma), verzameld in het begrip 'CARA', een gemeenschappelijke, waarschijnlijk genetisch bepaalde, endogene component hebben. De combinatie van de endogene en exogene factoren speelt een rol bij het uiteindelijke klinische beeld<sup>5</sup>.

CARA omvat derhalve verschillende condities van de longen en luchtwegen, die worden gekarakteriseerd door structuurveranderingen, functieveranderingen of beide, waarbij de luchtwegob-

structie centraal staat. In deze zin heeft de Wereldgezondheidsorganisatie in 1975 een onderverdeling gemaakt in termen van symptomatologie, pathofysiologische en/of anatomische veranderingen<sup>9</sup>.

### DEFINITIES

#### *Chronische bronchitis*

Chronische bronchitis is een niet-neoplastische aandoening van structuur en functie van de bronchi die het gevolg is van langdurige of herhaalde expositie aan infectieuze en/of niet-infectieuze agentia. Klinisch betreft dit een merkbaar chronische c.q. recidiverende toename in de mate van expectoratie van bronchussecret gedurende tenminste drie maanden per jaar in de laatste twee jaren.

#### *Gegeneraliseerde luchtwegobstructie*

De term 'gegeneraliseerde luchtwegobstructie' duidt op een acuut of chronisch optredende vermindering van een geforceerde expiratie; hieronder vallen:

- chronische obstructieve bronchitis, waarbij een blijvende of gedeeltelijke irreversibele uitademingsstoornis bestaat die niet het gevolg is van elasticiteitsverlies;
- 'small airway obstruction', bestaande uit een wijdverspreide oblitteratie of vernauwing van de kleinere luchtwegen;
- astma bronchiale, een aandoening van de luchtwegen die wordt gekarakteriseerd door herhaalde reversibele luchtwegvernauwingen als gevolg van stimuli van een sterkte die in principe bij normalen niet tot vernauwing van de luchtwegen leiden.

#### *Emfyseem*

Emfyseem wordt in pathologisch-anatomische termen gedefinieerd als een verwijding van de luchtruimten, distaal van de terminale bronchioli, die gepaard gaat met destructie van de alveolaire wanden. Pathofysiologisch c.q. functioneel betreft het verlies van retractivekracht en functionerend alveolair oppervlak, leidend tot kenmerkende functionele afwijkingen.

Overigens is het gebruik van de overkoepelende term 'CARA' slechts acceptabel indien een accurate definitie van de



volgende *aanvullende criteria* wordt gegeven:

- a. het klinisch beeld;
  - b. de mate van reversibiliteit van de luchtwegobstructie;
  - c. de mate van hyperreactiviteit;
  - d. het al dan niet aanwezig zijn van allergie en de aard daarvan; en
  - e. gegevens over eventuele complicerende factoren, zoals bacteriële luchtwegontstekingen en veranderingen in anatomie en humoraal afweersysteem<sup>10</sup>.
- In de praktijk kunnen de zogenoemde specifieke respiratoire aandoeningen worden onderscheiden, dit zijn incidentele luchtwegaandoeningen die buiten de bovenvermelde criteria vallen. Bijzondere oorzaken die tot deze respiratoire aandoeningen kunnen leiden zijn bijvoorbeeld hyperventilatie, reflux-oesofagitis, intrabronchiale tumoren, corpora aliena, etc.

## PROTOCOL

Aan de hand van criteria die straks nader zullen worden besproken, wordt de patiënt 'ingekaart' volgens een uniform systeem, waarbij, gebaseerd op de verkregen gegevens, een indeling wordt gemaakt in drie subgroepen in vormen van gradatie naar ernst.

De uiteindelijke diagnose is gebaseerd op een verzameling van gegevens, waarbij het zwaarstwegende criterium bepalend is en steeds de objectivering van de luchtwegobstructie centraal staat. De luchtwegobstructie is uiteindelijk verantwoordelijk voor de dyspnoe en bepalend voor de ernst en prognose. Dit geldt tevens voor de reversibiliteit. Centraal in deze redenering staat de overtuiging, dat hoe eerder in de reeks van gebeurtenissen die tot bronchusobstructie aanleiding geven wordt ingegrepen, hoe groter de kans op reversibiliteit van die obstructie<sup>11</sup>.

Het zogeheten inkaartingsprotocol geeft een duidelijke werkschrijving. Dit geldt met name ook voor de wijze waarop de patiënt dient te worden vervolgd en onder wiens verantwoordelijkheid (eerste en/of tweede lijn). Dit is de belangrijkste richtlijn. Het is juist *niet* de bedoeling de CARA-patiënt voor altijd van een etiket te voorzien. Overigens is de op een bepaald moment vastgestelde graad een flexibele; door interventie in therapeutisch opzicht kan bijvoorbeeld iemand uit groep II tot groep I gaan behoren. Uit praktische overweging is gekozen voor drie groepen: I - II - III (licht, middel, ernstig).

De belangrijkste criteria per categorie zijn: leeftijd, frequentie, allergie, longfunctie, hyperreactiviteit en röntgenonderzoek.

### CARA I

leeftijd: tussen 15 en 45 jaar;  
frequentie: maximaal 3 paroxysmen van dyspnoe per jaar, goed reagerend op antispasmodische therapie;  
allergie: alleen allergische reactie van het vroege reactietype;  
longfunctie: afname van de expiratoire één-secondedcapaciteit (ESC) niet meer dan 30% ten opzichte van de normale uitgangswaarde tijdens de paroxysmen, met een volledige reversibiliteit van de longfunctiestoornis in de tussenliggende klachtenvrije periode, geobjectiveerd door middel van longfunctiemeting;  
hyperreactiviteit: anamnestic en/of fysisch-diagnostisch vastgestelde reactie op specifieke prikkels, zo mogelijk geobjectiveerd door middel van histamedrempelbepaling met een specifieke daling van de ESC bij een concentratie van 8 mg/ml of meer, met nadien volledige reversibiliteit;  
röntgenonderzoek: op de X-thorax mogen behalve enige hyperinflatie geen afwijkingen aanwezig zijn.

Toelichting. In deze genoemde leeftijdscategorie treden bij CARA relatief het minst snel veranderingen op in de tijd. De overige criteria zijn gebaseerd op relatief lichte symptomatologie van CARA.

### CARA II

leeftijd: alle patiënten beneden de 15 jaar respectievelijk boven 45 jaar met een al dan niet reversibele longfunctiestoornis; verder alle patiënten ouder dan 15 jaar met een irreversibele longfunctiestoornis volgens criterium sub 'longfunctie';  
frequentie: paroxysmen van dyspnoe > 3 x per jaar tot maximaal 2 x per maand;  
allergie: allergische reactie van het gecombineerde vroege en late reactietype of late reactietype alleen;  
longfunctie: tijdens de exacerbaties een verlies tot maximaal 30% ten opzichte van de norm; tussen de exacerbaties of na geobjectiveerde provocatietest een onvoldoende reversibiliteit met een blijvend verlies van niet meer dan 15% van de norm;  
hyperreactiviteit: anamnestic en/of fysisch diagnostisch een evidente reactie op specifieke prikkels, zo mogelijk geobjectiveerd middels histamedrempelbepaling met een specifieke daling van de ESC bij een concentratie van 8 mg/ml of meer met partiële reversibiliteit met een blijvend maximaal verlies aan ESC tot 15% van de norm;  
röntgenonderzoek: hyperinflatie, overigens geen afwijkingen.

N.B. Een uitzondering vormen de *emfyseem*-patiënten, bij wie een blijvend verlies tot maximaal 30% van de ESC ten opzichte van de norm wordt geaccepteerd; partiële reversibiliteit is hier derhalve geen vereiste.

Toelichting. In de leeftijdscategorie beneden de 15 jaar kan het beloop zeer variabel zijn. Dan klemte te meer de noodzaak tot vroegtijdig ingrijpen in de reeks van gebeurtenissen die tot bronchusobstructie aanleiding geven. Boven de 45 jaar bestaat er een verhoogd risico op bijkomende ziekten, zoals longcarcinoom, en is bovendien het klinisch beloop veelal progressiever van karakter. De overige criteria zijn gebaseerd op relatief matig ernstige symptomatologie van CARA.

### CARA III

leeftijd: niet leeftijdsgebonden; alle patiënten bij wie een aanzienlijke chronische en irreversibele longfunctiestoornis bestaat;  
frequentie: meer dan tweemaal per maand dan wel sporadisch, waarbij echter tijdens de exacerbatie een ernstig longfunctieverlies optreedt van verlies aan ESC > 50% ten opzichte van de norm (onafhankelijk reversibiliteit);  
allergie: het allergische reactietype is in dezen niet bepalend;  
longfunctie: afname van de ESC > 30% ten opzichte van de normale uitgangswaarden tijdens de exacerbatie, zonder reversibiliteit dan wel met geringe reversibiliteit met een blijvend verlies aan ESC van > 15% ten opzichte van de norm;  
hyperreactiviteit: er bestaat een forse reactie op specifieke prikkels, waarbij de gemeten histamedrempelbepaling een specifieke daling van ESC bij een concentratie < 8 mg/ml laat zien, waarna geringe dan wel geen reversibiliteit bestaat;  
röntgenonderzoek: kenmerken van ernstige hyperinflatie en andere röntgenologische afwijkingen, zoals bullae of fibrotische degeneraties en ernstige bronchusdeformaties c.q. bronchiectasieën.

Toelichting. Alle bovengenoemde criteria worden gezien bij ernstige vormen van CARA. Duidelijk andere röntgenologische afwijkingen dan alleen hyperinflatie hebben wat de behandeling betreft mogelijk andere klinische consequenties en vallen derhalve onder deze categorie.

Een huisarts heeft slechts beperkte mogelijkheden voor onderzoek op CARA (zie *schema 1*). Veelal zal hij echter al een indruk kunnen hebben over de graad van CARA en kunnen besluiten in hoeverre aanvullend specialistisch onderzoek is gewenst.

Een kanttekening dient te worden geplaatst bij de eventuele gebruikmaking van de peakflowmeter in plaats van het bepalen van kwantitatieve ESC bij vaststelling van de mate van bronchusobstructie. Men dient zich wel van de beperkingen van de peakflowmeting bewust te zijn, zeker wanneer deze uitsluitend wordt gehanteerd. Het verdient aanbeveling steeds een uitgangslongfunctie te laten verrichten, waaraan de prestaties op de peakflowmeter kunnen

worden gecorreleerd. Deze kan vooral van waarde zijn voor de follow-up<sup>12 13</sup>

## CONTROLEPROGRAMMA

De diagnose zal in eerste instantie vrijwel steeds door de huisarts worden gesteld. Bij vermoeden op CARA III en veelal ook bij het vermoeden op CARA II, dient zo snel mogelijk aanvullend onderzoek door de specialist te geschieden. Individuele elementen in ziektebeloop en ziektegeschiedenis van iedere afzonderlijke patiënt met CARA spelen uiteraard een belangrijke rol bij diagnostiek en behandeling van de CARA-patiënt. Het protocol – het werd al eerder vermeld – is een hulpmiddel voor de arts om zijn attitude ten aanzien van de individuele patiënt te bepalen; de klinische blik staat echter voorop.

Ten aanzien van de follow-up zal deze bij CARA-groep I bij het optreden van klachten ad hoc geschieden door de huisarts en structureel minimaal éénmaal in de twee jaar. Bij CARA-groep II, indien weinig klachten aanwezig zijn minimaal eens per jaar, bij frequent optredende klachten minimaal eens per half jaar, eventueel frequenter. Bij deze groep zal de controle veelal afwisselend door huisarts en specialist geschieden; dit kan per geval worden beoordeeld en afgesproken. Bij CARA-groep III wordt er in principe eens in de drie maanden gecontroleerd; merendeels geschiedt dit door de specialist, uiteraard ad hoc tevens door de huisarts.

Het gaat hier om in principe geldende richtlijnen. De inhoud van de controle zal in alle gevallen specifiek gericht zijn op de eerder vermelde criteria (zie *schema 2*).

## BESPREKING

Het hoofddoel van dit programma is de verbetering van de medische zorg voor CARA-patiënten. Deze aanpak dwingt de huisarts systematisch te werken en zal hem of haar een CARA-patiënt eerder doen herkennen. Ook geeft het protocol inzicht in de ernst van de CARA. Het helpt de huisarts en de longarts bij het opstellen van het verdere controlebeleid bij de individuele CARA-patiënt.

De verbetering van de samenwerking tussen de huisarts en de longarts is tevens een belangrijk doel. Het vastleggen van wederzijds geaccepteerde aansluitende criteria zal de samenwerking intensiveren en structureren. Men spreekt dezelfde taal en hanteert dezelfde criteria.

*Schema 1. Mogelijkheden die de huisarts ten dienste staan voor onderzoek op CARA.*

anamnese .....	+
lichamelijk onderzoek .....	+
laboratoriumonderzoek .....	+
röntgenonderzoek (excl. doorlichting) .....	+
huidatopisch onderzoek .....	+
longfunctie-onderzoek:	
eenvoudige spirometrie .....	+
spirometrie met en zonder farmaca .....	+
residubepaling .....	-
histamine prikeldrempel .....	-
specifieke inhalatie-provocatie test .....	-
ademarbeid .....	-
compliance .....	-
gaswisselingsonderzoek in rust en na inspanning ....	-

*Schema 2. Inhoud controle.*

<b>CARA I</b>	
lichamelijk onderzoek*	
X-thorax:	
rokers > 40 jaar eenmaal per jaar	
niet-rokers > 40 jaar eenmaal per 5 jaar	
longfunctie:	
asymptotisch: sporadisch	
met symptomen: éénmaal per jaar	
laboratoriumonderzoek: niet systematisch	
reëvaluatie	
<b>CARA II</b>	
lichamelijk onderzoek*	
X-thorax: > 40 jaar eenmaal per jaar	
longfunctie: éénmaal per jaar of naar behoefte	
bloedgassen: afhankelijk van situatie	
laboratoriumonderzoek: naar behoefte (Hb, Ht, leuco, diff. eos, bse)	
reëvaluatie	
<b>CARA III</b>	
lichamelijk onderzoek*	
X-thorax: éénmaal per jaar, niet leeftijdgebonden	
longfunctie: naar behoefte	
bloedgassen: afhankelijk van de situatie	
laboratoriumonderzoek: éénmaal per jaar (Hb, Ht, leuco, diff. bse, eos)	
reëvaluatie	

\* = inclusief peakflowbepaling

Bij snelle en begrijpelijke uitwisseling van patiëntgegevens kan de longarts voortbouwen op het reeds door de huisarts verrichte onderzoek. In het verlengde hiervan moeten er ook duidelijke afspraken over de therapie kunnen worden gemaakt. Ook op dit gebied zullen richtlijnen en een gestructureerde aanpak kunnen worden geïntroduceerd. Van der Waart en anderen hebben hieromtrent reeds een protocol ontwikkeld<sup>14</sup>.

De eerste ervaringen met deze aanpak lijken te bevestigen dat bovenstaande doelen kunnen worden gerealiseerd. Wel is enige nascholing, liefst samen met de samenwerkende longartsen aan te bevelen. Een cursus gericht op het oefenen aan de hand van casuïstiek is daarbij behulpzaam gebleken.

Geneeskundige en medische protocollen staan tegenwoordig volop in de belangstelling. Voorstanders zien hierin de mogelijkheid tot een efficiëntere en adequatere medische zorg. Tegenstanders wij-

zen op het gevaar van protocollaire blindheid, die juist kan leiden tot verstand en inadequaat medisch handelen. Gewaakt moet worden voor het protocol als keurslijf<sup>15</sup>. Hier wordt het slechts bedoeld als een hulpmiddel bij het controlebeleid van de individuele CARA-patiënt. Samenvattend verschaft dit protocol een duidelijke werkschrijving: diagnostisering van CARA-patiënten volgens een uniforme indeling, alsmede het vervolgen van CARA-patiënten volgens een adequaat omschreven controleprogramma, waarbij afspraken zijn gemaakt door wie en onder wiens (huisarts en/of longarts) verantwoordelijkheid de controle dient te geschieden. □

## Literatuur

- Huygen FJA, Eijk J v, Hoogen H vd. Een praktijk doorgezicht op CARA (I). Huisarts en Wetenschap 1979; 21: 151-2.
- Kaptein AA, Dekker FW, Oill K, Waart MAC vd. Under-treatment of Asthma in Dutch General Practice. Family Practice 1987; 4: 219-25.
- Voorn Th. B. Chronische ziekten in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Bunge, 1983.
- Hilton S, Sibbald B, Anderson HR, Freeling P. Controlled education on asthma morbidity in general practice. Lancet 1986; i: 29-9.
- Modell M, Harding JM, Horder EJ, Williams Pr. Improving the Care of asthmatic Patients in general practice. Br Med 1983; 286: 2027-30.8.
- Taylor RG, Gross E, Joyce H et al. Bronchial reactivity and rate of decline in FEV<sub>1</sub> in smokers and non-smokers. Communication to British Thoracic Society. Cambridge, 1983.
- Orie NGM, Sluiter HJ, Vries K, Tammeling. Chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen. Ned Tijdschr Geneesk 1961.
- Lende R v et al. Scand J Resp Dis 1972; 53: 218-20.
- Bull WHO 1975; 52: 251-9.
- Sluiter HJ. Klinische les. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 3-5.
- Postma S et al. Am Rev Resp Dis 1986; 134: 267-80.
- Veen v. Bruikbaarheid van de peakstroombepaling voor de huisarts. Huisarts en praktijk, 1982.
- Quanjer, Tammeling. Longfunctieonderzoek in de bedrijfskunde. Ned Tijdschr Geneesk 1981.
- Waart MAC vd, Gill K, Dekker KW, Kaptein ACA. Protocollaire benadering van patiënten met astma. The Practitioner 1987; 4: 425-32.
- Dillmann RJM. Het protocol nader bekeken. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 340-2.

# Het veranderde beeld van de patholoog-anatoom

Hoewel de werkzaamheden van de patholoog-anatoom enkele jaren geleden door Van Unnik in dit tijdschrift<sup>1</sup> zijn belicht, menen wij dat het beeld van dit specialisme nadere beschouwing behoeft. Het door de jaren gegroeide beeld van paraklinisch specialist heeft duidelijk veranderingen ondergaan. In dit artikel willen wij dan ook het geactualiseerde beeld toelichten en een toekomstperspectief aangeven. Hierbij is gebruik gemaakt van gegevens verstrekt door de Commissie Beleidsvoorbereiding van de Nederlandse Patholoog-Anatomen Vereniging.

## KLINISCH SPECIALISME

Pathologische anatomie is een klinisch specialisme, dat met behulp van deels geavanceerde, op bewerking van cellen en weefsels en organen gerichte technieken, ziekteprocessen onderzoekt en daardoor bijdraagt aan de diagnostiek, het vaststellen van de prognose en aan de therapiecontrole. Het tracht na de dood ziekteprocessen te evalueren.

Het onderzoek van de patholoog-anatoom geeft een antwoord op vraagstellingen die van belang zijn voor de diagnostiek, de prognose en de therapie, alle betrekking hebbend op individuele patiënten, maar ook voor preventie, kwaliteitscontrole en epidemiologische registratie. Het belang voor de gezondheidszorg wordt geïllustreerd door het feit dat iedere diagnose 'kanker' moet worden geobjectiveerd door pathologisch-anatomisch onderzoek en dat dit onderzoek hierbij vaak de enige wijze is om tot een diagnose te komen. Verder leidt pathologisch-anatomisch onderzoek van operatiemateriaal herhaaldelijk tot herziening van de klinische diagnose.

Pathologische anatomie is een klinisch specialisme om verscheidene redenen:

a. Behalve het stellen van een uiteindelijke diagnose mag de behandelend arts van de patholoog-anatoom verwachten dat deze een uitspraak doet over de uitbreiding van een ziekteproces en dat hij adviezen geeft over de te volgen behandeling.

b. De patholoog-anatoom geeft geen uitslagen door in de zin van laboratoriumwaarden, maar formuleert antwoorden gebaseerd op de interpretatie van conventioneel pathologisch-anatomisch onderzoek, aanvullende technieken, gede-

Prof. Dr. D. J. Ruiter c.s.

*Pathologische anatomie wordt tegenwoordig omschreven als een klinisch specialisme en is behalve voor de diagnostiek en behandeling van individuele patiënten ook van belang voor preventie, kwaliteitscontrole en epidemiologische registratie. De behoefte aan patholoog-anatomen zal in de toekomst sterk stijgen als gevolg van de toenemende vraag naar diagnostiek en behandeling van kanker. Prof. Dr. D. J. Ruiter (Nijmegen), Prof. Dr. J. W. Arends (Maastricht), Prof. Dr. C. J. L. M. Meyer (Amsterdam) en Prof. Dr. J. Oort (Amsterdam), allen patholoog-anatoom, wijden een beschouwing aan hun vak.*

gen kennis en ervaring van het normale en de ziekelijke veranderingen, inzicht in de daaraan ten grondslag liggende processen en de betekenis van zijn antwoorden voor het klinisch handelen. Zijn antwoord is dus een diagnose vergelijkbaar met die van andere klinische specialisten.

c. Een ander punt waarin de pathologische anatomie zich onderscheidt is de trefzekerheid van de diagnose. In veel gevallen geeft de patholoog-anatoom een trefzekere, afsluitende diagnose, die bovendien tegen relatief lage kosten wordt verkregen in vergelijking met andere diagnostische beeldvormende technieken.

d. 'Normaal' materiaal wordt praktisch nooit ingestuurd. Herhalingsinzendingen betreffen bijna altijd materiaal waarvan het eerder ingezonden materiaal niet representatief was voor het oplossen van de vraag of waarbij in de loop van de ziekte (behandeling) nieuwe vragen zijn ontstaan. Hierin onderscheidt de pathologische anatomie zich dus wezenlijk van specialismen als klinische chemie, microbiologie en radiodiagnostiek.

e. Een deel van het materiaal wordt door de patholoog-anatoom tegenwoordig zelf bij de patiënt afgenomen, zoals bij punctiecytologie.

Pathologie bestrijkt een omvangrijk vakgebied, dat bestaat uit de algemene pathologie, zijnde een medisch-biologisch

brugvak, en de pathologische anatomie, zoals gezegd een klinisch specialisme. Algemene pathologie houdt zich bezig met ziekte als biologisch verschijnsel, dat wil zeggen studie van de aard, oorzaken en gevolgen van ziekten. Pathologische anatomie houdt zich bezig met het bestuderen van ziekelijke veranderingen in (delen van) cellen en organen in relatie met het klinisch gedrag. Het brugvak algemene pathologie bevindt zich tussen de natuurwetenschappelijke en methodologische basisvakken enerzijds en de klinische vakken, inclusief de pathologische anatomie, anderzijds.

Het specialisme pathologische anatomie omvat ruwweg drie belangrijke deelgebieden, te weten histodiagnostiek, cytodagnostiek en postmortale diagnostiek. De *histodiagnostiek* houdt zich bezig met het bewerken van biopten, excisiepreparaten en amputatiepreparaten, de *cytodagnostiek* met cellen in uitstrijkpreparaten en punctaten en de *postmortale diagnostiek* met overleden patiënten. Hiernaast kunnen aandachtsgebieden worden onderscheiden, die overeenkomen met overeenkomstige klinische (super)specialismen. Voorbeelden van dergelijke aandachtsgebieden zijn haematolymfo-pathologie, gastro-intestinale en hepatopathologie, gynaecopathologie, neuropathologie en huidpathologie. Verder behoort het implementeren en toepassen van geavanceerde diagnostische technieken, zoals electronenmicroscopie, morfometrie, flowcytometrie, hybrido(cyto)chemie en immunohistochemie tot het vakgebied pathologische anatomie.

Gerechtelijke pathologie wordt voornamelijk beoefend door patholoog-anatomen die zijn aangesteld aan het Gerechtelijk Laboratorium van het Ministerie van Justitie in Rijswijk. Incidenteel worden gerechtelijke secties verricht door enkele andere patholoog-anatomen.

## MATERIAAL

Het materiaal voor histodiagnostiek wordt veelal aangeboden in gebufferde formaldehyde, voor cytodagnostiek als aan de lucht gedroogde of in alcohol gefixeerde celpreparaten; overleden patiënten worden voorafgaand aan het postmortale onderzoek (obductie, sectie, autopsie) meestal gekoeld om autolyse te beperken. Van groot belang is dat

het materiaal vergezeld gaat van een formulier met de juiste en complete persoonsgegevens, ziektegegevens met betrekking tot de actuele en voorafgaande ziekte(n), en vragenstellingen voor het pathologisch-anatomisch onderzoek.

Daar voor het toepassen van aanvullende pathologisch-anatomische technieken verschillende bewerkingsmethoden zijn vereist, wordt het materiaal voor histodiagnostiek tegenwoordig veelal vers, dat wil zeggen niet gefixeerd en omgeven door een vochtig gaasje om uitdroging te voorkomen, aangeboden. De patholoog-anatoom kan dan op grond van de aard van het materiaal en de aard van de vragenstellingen bepalen voor welke diagnostische technieken het materiaal dient te worden gepreserveerd.

In principe dient al het cel- en weefselmateriaal dat in ziekenhuizen bij patiënten wordt verwijderd aan de patholoog-anatoom te worden aangeboden. Deze kan vervolgens beoordelen of verdere analyse nodig is en zo ja, welke technieken op het materiaal zullen moeten worden toegepast. Behoudens diagnostiek kan deze beoordeling ook bijdragen aan de kwaliteitscontrole van het medisch handelen. In de laatste jaren is het percentage van geobduceerde patiënten in het ziekenhuis in Nederland gedaald. Ook in het buitenland is deze daling geconstateerd. Dit heeft wellicht te maken met de toegenomen werkbelasting van de medisch specialisten. Deze ontwikkeling is zorgelijk, daar het postmortale onderzoek nog steeds van grote waarde is bij het toetsen van de klinische diagnose, het vaststellen van nevendiagnosen, van complicaties en van de gevolgen van de medische behandeling<sup>2,3</sup>. Bovendien is het onderzoek van groot belang bij de vorming van assistenten in opleiding tot verschillende specialismen.

## VRAAGSTELLING

In het algemeen betreft de vraagstelling het vaststellen van de aard en het te verwachten beloop van een ziekte. Behalve naar de aard wordt ook vaak naar de uitbreiding van het ziekteproces gevraagd. Dit kan worden geïllustreerd aan de hand van de diagnostiek van een zwelling. Allereerst dient hierbij te worden nagegaan of het een gezwel betreft, dan wel een gezwelachtige afwijking, cyste of bloeding. Indien het een gezwel betreft, moet worden vastgesteld of het een goedaardig of een kwaadaardig proces is en indien kwaadaardig (kanker) de graad van kwaadaardigheid.

De uitbreiding van kanker in het weefsel is van groot prognostisch belang evenals het vaststellen van de radicaliteit van de chirurgische ingreep. Behalve van de uitbreiding van kanker is de prognose ook vaak afhankelijk van het type gezwel en de graad van differentiatie. Ook eventueel bijkomende afwijkingen, die van belang kunnen zijn voor de ontstaanswijze van het gezwel, worden in de beoordeling betrokken.

## ONDERZOEK

Het pathologisch-anatomisch onderzoek bestaat uit een *macroscopisch* en een *microscopisch* gedeelte, die beide schriftelijk worden vastgelegd, evenals de diagnose en een eventueel commentaar en/of advies. De diagnose(n) en de aard van de toegepaste technieken worden gecoördineerd, ingevoerd en opgeslagen in een landelijk geautomatiseerd diagnosebestand.

Dit bestand is van groot belang bij de diagnostiek van individuele patiënten en voor documentatie en registratie van ziekten. Voor veel soorten onderzoekingen, vooral betreffende kankerdiagnostiek, zijn veelal in samenspraak met de integrale kankercentra richtlijnen voor de pathologisch-anatomische verslaglegging opgesteld. Dit heeft geleid tot een standaardisatie van het verslag en kwaliteitsverbetering van het onderzoek.

## ONTWIKKELINGEN

Als belangrijkste ontwikkelingen binnen het vakgebied kunnen het implementeren en toepassen van *aanvullende geavanceerde diagnostische technieken*<sup>4,5</sup>, zoals (immuun) histochemie, elektronenmicroscopie, morfometrie, flow cytometrie en hybrido(cyto)chemie worden genoemd (zie appendix). Deze aanvullende technieken zijn in ongeveer 15% van de pathologisch-anatomische inzendingen nodig om de diagnose te kunnen stellen, te verfijnen of te bevestigen. Hierbij gaat het vaak om het vaststellen van de precieze aard van een gezwel of het typeren van een ontstekingsinfiltraat, of het aantonen van een ziekteverwekkend micro-organisme.

Voor het gebruik van de immuunhistochemie in de pathologische anatomie heeft een grote vlucht genomen. Het toepassen van deze aanvullende technieken geschiedt gericht en zoveel mogelijk getrapt, dat wil zeggen stapsgewijs op geleide van de bevindingen. De bevindingen van het aanvullende onderzoek worden

door de patholoog-anatoom geïntegreerd in de pathologisch-anatomische diagnose en zij maken dus deel uit van het totale verslag. Het is gebleken dat de immuunhistochemie, naast het vaststellen van het precieze celtype van gezwellen, ook een bijdrage kan leveren aan het vaststellen van prognostische factoren. Dit laatste geldt ook voor kwantitatief morfologisch onderzoek. Door het toepassen van deze aanvullende geavanceerde technieken is een dimensie toegevoegd aan het diagnostische arsenaal van de patholoog-anatoom. Hierdoor kan steeds meer een individuele prognosestelling van één bepaalde tumor worden gegeven.

Een tweede belangrijke recente ontwikkeling is de sterk voortgeschreden superspecialisatie in orgaan- of systeempathologisch gerichte aandachtsgebieden, deels gebruikmakend van kennis ontwikkeld in de algemene pathologie, deels van kennis ontwikkeld in aanpalende klinische (super)specialismen. De grote verwevenheid van de pathologische anatomie met de algemene pathologie enerzijds, en met andere klinische specialismen anderzijds, dient hier derhalve nog eens te worden onderstreept. Met name in universitaire laboratoria voor pathologie is het vaak de algemene pathologie die het wetenschappelijk fundament vormt van de pathologische anatomie en mede hierdoor als belangrijk bindend element fungeert.

Behalve een kwalitatieve uitbreiding, zoals implementatie van nieuwe geavanceerde aanvullende technieken (bijvoorbeeld de hybridocytochemie; zie appendix) en het incorporeren van nog andere orgaanpathologische aandachtsgebieden, zoals oogpathologie, kan ook uitbreiding in kwantitatieve zin worden verwacht. Dit is gebaseerd op de voorspelde sterke toename van het aantal kankerpatiënten tussen de jaren 1985 en 2000 en de hieraan gekoppelde sterk toegenomen vraag naar diagnostiek en behandeling van deze patiënten. Deze voorspelling is recent door de stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, gedaan.

Hiernaast wordt verwacht dat de patholoog-anatoom zich steeds meer bezig zal houden met therapiecontrole, met kwaliteitscontrole van het medisch handelen en met preventie en epidemiologische registratie. Zijn werkzaamheden zullen dus behalve voor de individuele patiëntenzorg ook van belang zijn voor de preventieve zorg en voor de epidemiologie. Het hiermee veranderde beeld van

de patholoog-anatoom is uitgewerkt in de tabel.

AANTAL

Het aantal geregistreerde patholoog-anatomen in Nederland bedraagt momenteel om en nabij 250. Gezien het aantal langdurig onbezette vacatures in diverse laboratoria bestaat er thans een tekort aan patholoog-anatomen. Dit tekort zal, gezien de beperkte opleidingscapaciteit en het natuurlijk verloop van zittende specialisten in de komende jaren zeker niet worden ingelopen. Het kan zelfs worden verwacht dat dit tekort in de komende 10 à 20 jaar sterk zal toenemen. Dit is een gevolg van de eerder genoemde sterke stijging van de vraag naar de diagnostiek en behandeling van kanker. Hiernaast bestaat een onderbezetting van enkele aandachtsgebieden zoals de neuropathologie. Deze ontwikkelingen zijn zorgelijk en dienen derhalve door adequate beleidsmaatregelen te worden gekeerd. Kwaliteitscontrole binnen het vakgebied kan het best door de patholoog-anatomen zelf geschieden. Voor individuele gevallen vindt kwaliteitscontrole reeds op uitgebreide schaal plaats, zoals herbeoordeling van microscopische preparaten door landelijke of internationale experts. Bij het opzetten van een systematische kwaliteitscontrole wordt het meest gedacht aan het invoeren van een periodieke toetsing van de kwaliteit van pathologisch-anatomische laboratoria en patholoog-anatomen door een systeem van visitatie en aan het verder structureren van een verplicht nascholingsprogramma. Voor het formuleren van de kwaliteitseisen is recent door het Bestuur van de Nederlandse Patholoog-Anatomen Vereniging een Commissie Beroepsuitoefening ingesteld.

BESLUIT

De geschetste ontwikkelingen maken het noodzakelijk dat al het patiëntenmateriaal (cellen, weefsels, organen, overledenen) in principe aan een patholoog-anatoom ter beoordeling worden aangeboden, waarna deze bepaalt welke technieken op het materiaal zullen worden toegepast voor een adequate beantwoording van de gestelde vraag op het gebied van de diagnostiek, therapiecontrole, preventie, epidemiologie en kwaliteitscontrole. Hierdoor zal een wijziging moeten optreden in de formele positie van de patholoog-anatoom als consulterend specialist

Tabel. Het in de tijd veranderde beeld van de patholoog-anatoom in de gezondheidszorg.

tijdperk	voornaamste werkzaamheden	functie van het antwoord op inzendingen	beeld van het specialisme	medisch belang
vanaf eerste helft 19e eeuw	obductie	classificatie	'didactisch detective'	a. wetenschappelijk inzicht b. kwaliteitscontrole c. onderwijs (opleiding)
vanaf eerste helft 20e eeuw	obductie histodiagnostiek	classificatie interpretatie	paraklinisch laboratoriumarts	d. curatief: diagnose en prognose e. evaluatie van therapie + a, b, c
vanaf ± 1975 –	obductie histodiagnostiek cytodiagnostiek aanvullende technieken*	classificatie interpretatie en therapie-advies registratie en documentatie	klinisch specialist	a, b, c, d, e f. preventie g. epidemiologie

\* histochemie, immunohistochemie, elektronenmicroscopie, morfometrie, hybridocytochemie

bij een ziekenhuis in de richting van een gedeeltelijke aanstelling voor algemene ziekenhuizen vanuit de medische staf of ziekenhuisdirectie. Ook het opleidings-schema voor patholoog-anatomen nieuwe stijl dient overeenkomstig de nieuwe taken te worden aangepast. □

Literatuur

- Unnik JAM van. De patholoog-anatoom. Medisch Contact 1985; 40: 239-40.
- Steffelaar JW. Analyse van een doorlopende reeks obducties: een bijdrage aan de kwaliteitsverbetering van het medisch handelen? Ned Tijdschr Geneesk 1979; 123: 1898-1905.
- Rijssel Th G van. Het laatste consult. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 197-9.
- Ruiter DJ, Fleuren GJ, Warnaar SO. Toepassing van monoklonale antistoffen bij pathologisch-anatomisch onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1913-8.
- Bosman FT. Biotechnologie en pathologische anatomie. Analyse 1987; 10: 183-6.

Appendix

Histochemie: Techniek die de aanwezigheid van bepaalde bestanddelen in weefsels zichtbaar maakt door middel van een chemische reactie.

Immunohistochemie: Techniek die de aanwezigheid van bepaalde bestanddelen in weefsels zichtbaar maakt door middel van een specifieke reactie met een hiertegen gericht antilichaam.

Electronenmicroscopie: Techniek die de ultrastructuur zichtbaar maakt door middel van elektronen.

Hybridocytochemie: Techniek die de aanwezigheid van bepaalde fragmenten van nucleinezuren zichtbaar maakt door middel van specifieke binding met complementaire stukjes DNA of RNA.

Morfometrie: Techniek die structuurveranderingen in maat en getal vastlegt.

*De auteurs betuigen hun dank aan de leden van de Commissie Beleidsvoorbereiding van de Nederlandse Patholoog-Anatomen Vereniging voor hun kritisch commentaar.*

# Homoseksualiteit op het spreekuur

De medewerkers homoseksualiteit van de GGD te Rotterdam hebben een onderzoek laten uitvoeren naar de ervaringen van homoseksuele mannen en vrouwen met hun huisarts. Uit literatuur en uit signalen binnen de homobeweging bleek dat de relatie tussen homoseksuele mannen en vrouwen en hun huisarts niet zonder problemen zou zijn. Deze problemen zouden vooral te wijten zijn aan een negatieve houding van de huisarts ten aanzien van homoseksualiteit en aan een mogelijk gebrek aan specifieke kennis over homoseksualiteit bij huisartsen<sup>1-4</sup>. Ook wanneer de huisarts niet van de homoseksuele voorkeur van zijn patiënten op de hoogte is zou dit de arts-patiëntrelatie negatief kunnen beïnvloeden; in een dergelijke situatie zou het voor de arts namelijk niet goed mogelijk zijn voldoende bij de leefwereld van de patiënt aan te sluiten<sup>5</sup>.

De aard en omvang van deze problemen waren echter onduidelijk omdat er in Nederland nog nooit onderzoek naar was gedaan; vandaar dat werd besloten een dergelijk onderzoek uit te voeren. Homoseksuele mannen en vrouwen uit Rotterdam en omgeving werden door middel van oproepen in kranten en tijdschriften en in gelegenheden die geregeld door hen worden bezocht, gevraagd aan het onderzoek mee te werken. Zij kregen een schriftelijke vragenlijst toegestuurd. De daarin opgenomen vragen hadden betrekking op de arts-patiëntrelatie in het algemeen en, daar waar dit van invloed zou kunnen zijn op de arts-patiëntrelatie, op homoseksualiteit<sup>6</sup>.

Honderd mannen en veertig vrouwen, woonachtig in de regio Rotterdam, hebben de vragenlijst ingevuld. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 33,5 jaar (de jongste was 18, de oudste 76 jaar).

Van de respondenten blijkt 71,9% over het algemeen genomen tevreden te zijn over hun huisarts. Op het eerste gezicht lijkt dit percentage vrij hoog. Een enquête van het NIPO onder een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking geeft echter aan dat 93% van deze ondervraagden redelijk tot zeer tevreden is over hun huisarts<sup>7</sup>. Daarnaast zijn er enkele aanvullende resultaten die de grote tevredenheid van de homoseksuele respondentengroep in een ander daglicht stellen. Zo blijkt een kwart van de respondenten (23,5%) een andere

## T. Coenen en N. Tamsma

*Uit onderzoek naar de ervaringen van honderdveertig homoseksuele mannen en vrouwen met hun huisarts blijkt de arts-patiëntrelatie niet onverdeeld gunstig te worden beoordeeld. Een positief gewaardeerde relatie met de arts blijkt vooral samen te gaan met een empathische opstelling van de arts; daarnaast zijn meer communicatie tussen arts en patiënt over homoseksualiteit, een positieve houding van de arts ten aanzien van en meer kennis van de arts over homoseksualiteit van belang voor een positief gewaardeerde arts-patiëntrelatie. Een verslag van Ton Coenen, doctoraalstudent Gezondheidswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Limburg, en Nicoline Tamsma, psychologe en medewerkster homoseksualiteit bij de GGD te Rotterdam.*

huisarts te willen. Opmerkelijk is dat acht van deze mensen tevens aangeven tevreden te zijn over hun huisarts!

Ruim een kwart van de respondenten (27,1%) heeft klachten waarmee ze niet naar de huisarts gaan, terwijl ze dat eigenlijk wel zouden willen. Het gaat hierbij met name om klachten in verband met persoonlijke problemen of in verband met homoseksualiteit. Men mag dan in het algemeen tevreden zijn over de huisarts, over de manier waarop de arts omgaat met persoonlijke problemen en over de houding van de arts ten aanzien van homoseksualiteit zijn minder respondenten tevreden (respectievelijk 56,9% en 55,5%).

## EMPATHISCHE OPSTELLING

De mate waarin de arts zich empathisch opstelt blijkt een betere indicatie voor een positieve waardering van de verschillende aspecten van de arts-patiëntrelatie te zijn dan het algemene oordeel over de tevredenheid. Met een empathische opstelling van de arts wordt bedoeld dat deze interesse toont voor de patiënt, zich betrokken toont bij de patiënt en zich zodanig gedraagt dat de

patiënt zich begrepen voelt. Opvallend hierbij is dat een empathische opstelling relatief onafhankelijk is van de medische deskundigheid van de arts. Aandacht voor somatische aspecten van de zorg gaat dus niet automatisch samen met goede communicatieve vaardigheden van de arts.

Een empathische opstelling van de arts blijkt samen te gaan met meer positieve aandacht voor homoseksualiteit. De arts heeft dan veelal een positievere houding en meer kennis ten aanzien van homoseksualiteit. Bovendien praten arts en patiënt vaker met elkaar over homoseksualiteit.

Op zich is dit niet verwonderlijk. Wanneer een arts zich empathisch opstelt ten opzichte van de patiënt, de patiënt dus meer als uitgangspunt kiest, dan zal dit vermoedelijk samengaan met meer respect voor de patiënt en in dat geval ook voor zijn of haar homoseksuele voorkeur of leefstijl. Of, zoals een respondent schreef: 'Het zou prettig zijn een arts te hebben waar ik openlijk en eerlijk mee zou kunnen praten en die begrip kan opbrengen voor de leefstijl waar mijn partner en ik in (willen) leven'. En weer een ander: 'Het belangrijkste vind ik het gevoel serieus genomen te worden'. Hiermee wordt nogmaals benadrukt dat huisartsen en huisartsenopleidingen naast aandacht aan kennis ook aandacht aan sociale vaardigheden dienen te schenken, te meer omdat een kwart van de respondenten (26,7%) de empathische opstelling van hun arts niet voldoende acht.

Homoseksuele mannen en vrouwen lijken vaak een duidelijke mening te hebben over het functioneren van de arts. Toch lijkt men nauwelijks of geen actie te ondernemen op grond van eventuele kritiekpunten.

Degenen die een andere arts willen (23,5%) zijn beduidend negatiever over hun huisarts dan anderen. Toch blijkt men amper kwaliteitscriteria te hanteren bij de keuze van een arts: wanneer er (door 58%) al bewust voor een bepaalde arts wordt gekozen dan is dit meestal omdat de arts in de buurt woont (66% van deze groep). Ook blijkt men zelden van huisarts te veranderen wanneer deze geen adequate hulp biedt. Men verandert voornamelijk van arts omdat men zelf verhuist (77,8%).

Ook op andere punten lijkt men zich vrij

afhankelijk van de arts op te stellen. De mensen die klachten hebben waarmee ze niet naar hun huisarts gaan (terwijl ze dit eigenlijk wel zouden willen) zijn beduidend negatiever over hun arts dan mensen die wel met al hun klachten naar de huisarts gaan. Dit kan komen doordat de arts de klachten in het verleden inderdaad niet voldoende heeft behandeld of omdat men verwacht dat de arts de klachten onvoldoende zal behandelen. Hoe dan ook, de patiënt accepteert een al dan niet terecht vermeende onkunde van de arts en stelt deze niet ter discussie.

## COMMUNICATIE

De communicatie over homoseksualiteit lijkt in werkelijkheid vaak gebrekkig te zijn (zie *figuur*).

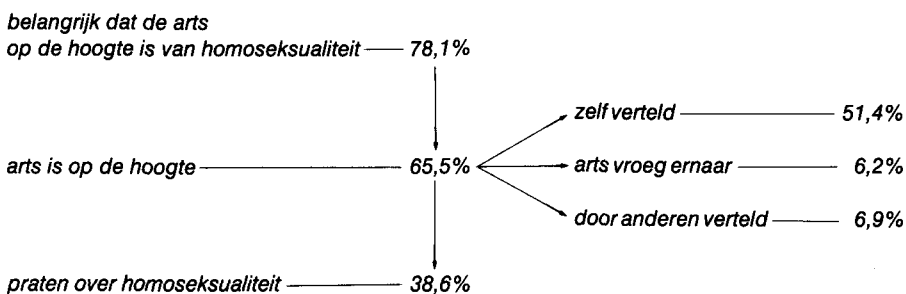
Het merendeel (73,6%) van de mensen van wie de arts weet dat ze homoseksueel zijn had een, vaak problematische, aanleiding dit te vertellen (psychische klachten, geslachtsziekten). Zelden wordt homoseksualiteit door de patiënt zelf spontaan als belangrijk persoonlijk gegeven naar voren gebracht.

Van de 31 mensen van wier homoseksualiteit de arts niet op de hoogte is gaven 17 hiervoor als voornaamste reden dat er geen aanleiding toe was de arts dit mede te delen. Tegelijkertijd vonden 11 van deze 17 mensen het wel belangrijk dat de arts op de hoogte is. Er lijkt een vicieuze cirkel te bestaan: de patiënt wil het vertellen, maar ziet geen aanleiding en de arts stelt zich afwachtend op. Mogelijk wordt deze afwachtende houding negatief geïnterpreteerd en de patiënt ziet vervolgens helemaal van verdere openheid af.

De mensen van wier homoseksualiteit de arts op de hoogte is zijn tevredener dan de anderen. Diegenen die ook daadwerkelijk over homoseksualiteit praten zijn nóg positiever over hun arts. Het blijft echter onduidelijk in welke richting een causaal verband moet worden gezocht: communiceert men meer over homoseksualiteit wanneer men de arts-patiëntrelatie positief waardeert of waardeert men de arts-patiëntrelatie positiever wanneer men met de huisarts over homoseksualiteit communiceert?

Dit neemt echter niet weg dat communicatie over homoseksualiteit van belang is voor een positief gewaardeerde arts-patiëntrelatie. Een actievere houding van arts én patiënt lijkt daarbij belangrijk, zeker gezien het feit dat de tevredenheid toeneemt wanneer er meer over homoseksualiteit wordt gecommuniceerd.

*Figuur. Communicatie over homoseksualiteit.*



## HOUDING EN KENNIS ARTS

Communicatie over homoseksualiteit is gerelateerd aan de houding van de arts ten aanzien van homoseksualiteit. Deze houding wordt door 43,4% van de respondenten positief, door 51,9% neutraal en door 4,9% negatief ingeschat. Hierbij is het opvallend dat een neutrale houding van de arts door de patiënt veel minder wordt gewaardeerd dan een expliciet positieve houding. Artsen zouden een expliciet positieve houding duidelijk kunnen laten blijken in gesprekken over homoseksualiteit, maar ook door de wachtkamer op te sieren met folders en/of posters over homoseksualiteit. Op die manier zouden homoseksuele mannen en vrouwen mogelijk worden gestimuleerd om eerder over homoseksualiteit te praten.

Daarnaast is ook kennis over homoseksualiteit belangrijk. Meer kennis over 'coming-out'-processen, homoseksuele leefstijlen en lichamelijke aspecten van homoseksualiteit blijkt samen te gaan met een positiever gewaardeerde arts-patiëntrelatie. De respondenten ervaren de aanwezige kennis veelal als onvoldoende. Met name vrouwen vinden minder vaak dat de arts op de hoogte is van de medisch/lichamelijke aspecten van een lesbische leefstijl.

Ook lijken huisartsen nauwelijks bekend met instellingen als het COC. Mensen die zijn verwezen in verband met homoseksualiteit (14,6%) komen vrijwel altijd terecht binnen de geestelijke gezondheidszorg. Slechts één persoon werd verwezen naar het COC. Alhoewel het mogelijk is dat de aard van de klachten van de respondent zodanig was dat een verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg was geïndiceerd, zou onbekendheid met homoseksuele emancipatie- en belangenorganisaties ertoe kunnen bijdragen dat

mensen te snel bij de geestelijke gezondheidszorg terecht komen.

## DISCUSSIE

Zoals vaker het geval is bij onderzoek dat is gebaseerd op gegevens van respondenten die zich uit eigener beweging voor deelname aanmelden, heeft de respondentengroep enkele specifieke kenmerken. De ongelijke man-vrouwverhouding en de scheve leeftijdsverdeling (waarbij met name vrouwen boven de vijftig jaar ontbreken) hebben de resultaten zeker gekleurd, evenals de doorgaans hoge opleiding van de respondenten (80,7% had een HBO- of universitaire opleiding). Bovendien blijken de respondenten over het algemeen sterk voor hun homoseksualiteit uit te komen.

Desondanks lijken de resultaten een duidelijke indicatie te geven van de factoren die van belang zijn voor een positieve waardering van de relatie tussen huisartsen enerzijds en homoseksuele mannen en vrouwen anderzijds. Een empathische opstelling van de huisarts en de daarmee samenhangende positieve houding ten aanzien van homoseksualiteit staan hierbij centraal. Daarnaast zijn ook communicatie en kennis over homoseksualiteit van belang voor een positieve waardering van de arts-patiëntrelatie.

Positieve aandacht voor homoseksualiteit bij huisartsen en binnen huisartsenopleidingen is dus belangrijk. Het gaat hierbij zeker niet alleen om het vermeerderen van specifieke kennis. Het ophangen van posters en neerleggen van folders over homoseksualiteit in de wachtkamer geven aan dat de arts positief staat ten aanzien van homoseksualiteit. Ook informeren naar eventuele 'partner' of 'vriend of vriendin' (bij mannen én vrouwen) in plaats van naar 'vriend/echtgenoot' (bij vrouwen) en 'vriendin/echtge-



note' (bij mannen) geeft aan dat de arts er niet zonder meer van uitgaat dat de patiënt heteroseksueel zou zijn.

Ook homoseksuele mannen en vrouwen kunnen bijdragen aan een verbeterde arts-patiëntrelatie. Door zich minder afhankelijk van de arts op te stellen en bijvoorbeeld meer over homoseksualiteit te praten zal de arts ook meer inzicht in homoseksualiteit krijgen.

Alhoewel het onderzoek alleen betrekking heeft op de ervaringen van homoseksuele mannen en vrouwen en niet op

die van huisartsen zelf, kunnen huisartsen deze Rotterdamse resultaten als bruikbare feedback op hun functioneren zien.

#### Literatuur

1. Meijer M. Lesbiennes en de huisarts. In: Musaph H (red.). *Moderne opvattingen over homoseksualiteit*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.

2. Meijman F. Homoseksuelen in de huisartsenpraktijk. In: Musaph H (red.). *Moderne opvattingen over homoseksualiteit*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.

3. Meijman F. Homoseksualiteit in de huisartsenpraktijk is meer dan SOA alleen. SOA 1982; 3: 10-1.

4. Slooten R van. Lesbiese hulpverlening, een noodzaak! In: *Lesbiese Nairobi Groep Nederland* (red.). *Lesbies Nederland en de wereldvrouwenconferentie in Nairobi*. Amsterdam: NVIH-COC/Magazijn, 1985.

5. Dardick L, Grady K. Openness between gay persons and health professionals. *Annals of Internal Medicine* 1980; 93: 115-9.

6. Coenen T. Homoseksualiteit in de huisartsenpraktijk. Rotterdam: GGD/afdeling GVO, rapport 78, 1987.

7. NIPO. De Nederlander en zijn dokter. *Medisch Contact* 1981; 36: 444-6.

*Het volledige onderzoeksrapport van Coenen (1987) is te bestellen bij de GGD/afdeling GVO, Postbus 70032, 3000 LP Rotterdam.*

## Terminale zorg

# Euthanasie op een klinisch-geriatrische afdeling

Leven is gevaarlijk, wie leeft sterft. Schrijven over sterven is eveneens gevaarlijk en schrijven over euthanasie is nog riskanter. Toch behoort idealiter er medewerking aan verlenen dat een medemens een goede dood sterft tot de dankbaarste verrichtingen van de medische professie. Talrijke artsen schieten daarin te kort, zowel in psychologisch als in 'technisch' opzicht. In eerste instantie is dat goeddeels niet hun schuld. Tijdens de opleiding krijgen zij zelden of nooit goede instructies ten aanzien van stervensbegeleiding; in iets mindere mate geldt dat voor het onderricht in de farmacologie en de farmacokinetiek, speciaal ten aanzien van op leeftijd gekomen patiënten. Bovendien, een arts die zelf nog problemen heeft met de eigen onvermijdelijke dood, daar, bewust of onbewust, bang voor is, kan patiënten die gaan sterven onvoldoende geestelijke hulp bieden. Wie de eigen eindigheid, een van de zeldzame zekerheden die onlosmakelijk met ons aards bestaan zijn verbonden, niet heeft overdacht en bewust aanvaard, wie dat verdringt, maakt de stervensproblematiek van zijn patiënten oninvoelbaar en onbespreekbaar.

## EEN GOEDE DOOD

Over euthanasie is al (te?) veel geschreven en gezegd. Telkens weer valt daarbij een welhaast Babylonische spraakverwarring op, zich toespitsend op het oneigenlijke onderscheid tussen zogenaamde actieve en passieve euthanasie. Ik beperk mij tot de letterlijke betekenis van

## Dr. C. van Proosdij

*De dood is niets misschien, het doodgaan alles.*

E. du Perron, Gebed bij de harde dood, 1926

het laatste woord: een goede dood. Ik beperk mij eveneens tot de situatie op een geriatrische afdeling, waar de meeste patiënten weer opknappen en verhoudingsgewijs weinig patiënten sterven.

De leeftijd van de op een geriatrische afdeling opgenomen patiënten is altijd hoog; meestal gaat het om mensen van boven de zeventig, veelal boven de tachtig jaar. Als zo'n patiënt bij opname ernstig ziek is of dat tijdens opname als nog wordt, mag uitsluitend op grond van de vergevorderde leeftijd nooit worden gedacht of gezegd: die heeft zijn leven al gehad, laten wij maar abtinerend te werk gaan of, nog radicaler, hem uit zijn lijden verlossen. Integendeel. Zeker, behoud van het leven als zodanig heeft in het geriatrich denken en handelen niet de hoogste prioriteit. Die komt toe aan de kwaliteit van het bestaan. De Romeinse wijsgeer, staatsman en dichter Seneca heeft tijdens de eerste eeuw van onze jaartelling veel geschreven over de praktische ethiek 'Epistulae morales' (Brieven over de zeden); 124 ervan zijn bewaard gebleven. Daarin staat: 'quam bene vivas refert non quam diu' (het is belangrijker goed dan lang te leven). Niettemin, voor iemand die wel hoogbejaard is, maar die tot voor kort nog geestelijk en

lichamelijk goed intact was, moet men, tenzij de prognose infaust is, juist extra zijn best doen. De kans dat die de negentig of zelfs de honderd haalt en van die jaren nog kan genieten, is groter dan die voor de meeste lezers van deze bijdrage. Slechts sporadisch moet de vraag worden beantwoord: is het zinvol en menslievend dit stervensproces te verkorten door abtinerend beleid of anderszins? Die situatie ontstaat wanneer het onvermijdelijke einde langer dan gewenst op zich laat wachten, terwijl de omstandigheden in toenemende mate verlies aan menselijke waardigheid met zich brengen. Dat kan het geval zijn als ondanks toegewijde en deskundige, vooral verpleegkundige, zorg en ondanks het gebruik van geavanceerde hulpmiddelen, niet meer te stuiten decubitis ontstaat. Nogmaals, dat is een zeldzaam gebeuren, mits er, ook van de zijde van de arts, voldoende aandacht en verstand van zaken voorhanden zijn. Die betreffen onder meer voortdurende geestelijke steun en doeltreffende bestrijding van pijn en depressieve syndromen. Van groot belang is, dat de verpleegkundige zorg eveneens niet uitsluitend 'technisch' optimaal is, maar tevens gepaard gaat met begrip, geduld en hartelijkheid. De heilzame rol van de verzorgenden die dagelijks, ook lieflijk, met de patiënt in contact zijn, meer en vaker dan de behandelende medicus, kan niet licht worden overschat. Ook liefhebbende en verstandige familieleden, vrienden of vriendinnen, kunnen steun en troost verschaffen in moeilijke uren, dagen en soms weken.

Indien aan de genoemde voorwaarden wordt voldaan, gebeurt het zelden dat om levensbeëindiging, of juist: *verkorting van het stervensproces*, wordt gevraagd. Die vraag kan worden gesteld door de patiënt zelf, door degenen die hem na staan, door de hoofdverpleegkundige, maar ook door de behandelend arts zelf. Altijd is het van groot belang te weten hoe de patiënt, als hij dat ooit heeft gezegd, daar zelf tegenover stond. Vaak kan hij dat niet meer te kennen geven. Het is geen zeldzaamheid dat men dit wel aan de weet komt tijdens een vertrouwelijk gesprek met familieleden of anderen die de patiënt goed kennen. Soms neemt men dat de patiënt te kennen heeft gegeven dat zijn leven zo lang mogelijk moet worden gerekt. Wanneer die wens niet is of wordt geuit, moet men zich ervan bewust zijn dat, althans zolang een wetswijziging heeft plaatsgevonden, bepaalde ingrepen strafbaar zijn, tenzij aan tijdrovende, belastende en vrij ingewikkelde voorwaarden tevoren is voldaan. Dat moet men, als zulks zin heeft, de patiënt uitleggen en in elk geval aan familieleden en/of nauwe relaties vertellen. Maar men kan en moet vervolgens uitleggen, dat het wel is geoorloofd met alle niet-verboden middelen welke ons ter beschikking staan het lijden te verlichten. Dat is toegestaan, ook als de consequentie daarvan is dat de patiënt sneller overlijdt dan wanneer men dit niet had gedaan. De uitdrukkelijke verzekering dat dit kan, mag en naar vermogen ook zal gebeuren, betekent, zoals ik dikwijls heb ervaren, altijd een grote geruststelling, zowel voor de patiënt als voor degenen die haar of hem nastaan. In combinatie met, eveneens geoorloofd, abstinierend beleid, wanneer voortgezet gebruik van 'geneesmiddelen' en/of speciale apparatuur niet meer zinvol is, biedt een en ander doorgaans voldoende ruimte om het beoogde doel te bereiken: een goede dood.

## VOORWAARDEN

Is men er oprecht van overtuigd dat het moreel verantwoord en menslievend is drastischer te werk te gaan dan 'officieel' is toegestaan, dan dient wel aan enkele voorwaarden te worden voldaan. Een arts mag nooit solistisch optreden, noch, zoals de dichter Kloos, in zijn gedachten, noch in zijn daadwerkelijk handelen. Altijd dient overleg plaats te vinden met een collega en/of hoofdverpleegkundige. Wie als klinisch geriater werkzaam is maakt voortdurend verrassend verheugende gebeurtenissen mee. Hij doet ook

veelvuldig tragische, teleurstellende en deprimerende ervaringen op. Men houdt dit werk niet langdurig vol zonder een karakterstructuur die in staat stelt na het beëindigen van de dagtaak te zeggen: nu een punt erachter, morgen komt er weer een dag. In de genoemde situatie echter behoort men, figuurlijk gesproken, met de betrokken patiënt naar bed te gaan en op te staan. Als dan blijkt dat de patiënt 's nachts een natuurlijke dood is gestorven, mag men zich best van een last bevrijd voelen. Is dat niet het geval, dan peilt men opnieuw elkanders mening. Daarbij geldt: in dubiis abstinere en wordt de beslissing uitgesteld.

Is men het erover eens dat snelle beëindiging van een leven dat op die naam geen aanspraak meer kan maken verantwoord en barmhartig is, dan lijkt het mij verstandig de patiënt naar een eenpersoonskamer te transporteren, zo dat al niet eerder is gebeurd; hoe minder mensen weet krijgen van hetgeen staat te gebeuren hoe beter het is.

## OPEN KAART?

Men kan, mag en zal daar anders over denken, maar als ik in die situatie zou komen te verkeren zou ik geen 'open kaart' willen spelen. Ik zie niet in waarom uitgerekend artsen de dupe moeten zijn van ondeskundigheid, gevoelloosheid en besluiteloosheid van politici en regeerders. Al gedurende vele jaren zijn die noch bereid noch in staat gebleken een goeddeels al lang verouderde wet te wijzigen. Zelfs het, althans gedeeltelijk, doorhakken van 'ethische knopen' lijkt onmogelijk. Waar de gevolgen van openhartigheid hartverscheurend kunnen zijn, zowel voor familieleden als voor de arts zelf, is mijns inziens vergaande discretie aangewezen. Het is beter die niet meer relevante wet straffeloos te overtreden en te handelen volgens dat andere, hogere, zelfs 'goddelijke' gebod: 'Heb uw naaste lief als u zelve'. Men handelt dan tevens volgens het uit de klassieke oudheid afkomstige adagium: 'salus aegri suprema lex' (het heil van de zieke is onze hoogste wet). Het lijkt mij onverstandig tevoren overleg te plegen met de Officier van Justitie. Die mag, ook al zou hij 'privé' van mening zijn dat men juist gaat handelen, toch 'ex cathedra' nooit kunnen zeggen: 'U mag in dit geval uw terechte gang gaan'. Ik heb daar zelf geen ervaring mee en weet niet of hij wel mag laten 'doorschemeren' dat de zaak zal worden geseponneerd. Maar zelfs als

dat zou gebeuren, is men nog niet zeker van de goede afloop. Ook Officiëren van Justitie kunnen een hartinfarct of een ernstige stoornis in de bloedvoorziening van hun hersenen krijgen. Of de opvolger er dan net zo over denkt, moet men maar afwachten. Dat moet men trouwens 'so-wieso'. De 'juridische afronding' van de zaak is een langdurig proces. Het kan zelfs langer dan een jaar duren voordat het betreffende dossier definitief wordt gesloten. Het is mijns inziens onaanvaardbaar, een arts die naar eer en geweten heeft gedaan hetgeen hij als zijn plicht beschouwde, zo lang in onzekerheid te laten.

Ik zou voorts niet willen dat een apotheker bewust medeplichtig wordt aan hetgeen de facto (nog) wetsovertreding is. Een praktizerend geneesheer heeft niet 'superinventief' te zijn om in het bezit van de benodigde farmaca te komen. Een recept voor een sterk werkend slaapmiddel kan desnoods op eigen naam worden gesteld: 'ad usum medici'. Het bemachtigen van bijvoorbeeld voldoende eenheden insuline zal evenmin grote problemen geven. Het is hier echter niet de plaats meer in detail in te gaan op de farmaceutisch-technische mogelijkheden: dat is elders uitvoerig en goed al gedaan, ten onzent bijvoorbeeld door Admiraal.

Op één van de twee officiële formulieren die na de dood van een patiënt moeten worden ingevuld dient de directe doodsoorzaak te worden opgegeven. Het lijkt mij niet raadzaam het voorbeeld te volgen van een mij onbekende arts die, na zich met fataal gevolg in de diagnose te hebben vergist, in de desbetreffende ruimte noteerde: 'ik'. Als directe doodsoorzaak zou ik liever het hoofdlijden noemen, of een niet ongebruikelijke complicatie, zoals een massale longembolie of een, al dan niet recidiverend, hartinfarct.

Tenslotte, los van de vraag wanneer men het doet en hoe men het doet: altijd behoort men het met zogenoemde actieve levensbeëindiging moeilijk te hebben, want het is definitief. Ook al is men er 'theoretisch' en in goed overleg met anderen volledig van overtuigd dat men er goed aan doet, het maakt aanzienlijk verschil de patiënt lieflijk te moeten benaderen. Toch mag de arts dat niet aan een ander overlaten: het is zijn verantwoordelijkheid. □

Dr. C. van Proosdij is klinisch geriater te Hilversum.

# Doelstellingen in de preventieve jeugdgezondheidszorg

*Gezondheidszorg is alleen zinvol als een bijdrage wordt geleverd aan gezondheid.*

J. F. Lim-Feijen

Onder preventieve jeugdgezondheidszorg verstaat het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur<sup>1</sup>: 'Preventieve en positieve zorg ten behoeve van jeugdigen en categorieën van jeugdigen gebaseerd op specifiek voor hen geldende aspecten betreffende gezondheid, groei en ontwikkeling, omvattend:

- systematische vroege opsporing en tijdige onderkenning van relevante ontwikkelingsstoornissen en gezondheidsbedreigende omgevingsfactoren en het op grond daarvan adviseren, verwijzen en/of bevorderen van maatregelen;
- bijdragen aan de ontwikkeling en uitvoering van educatie en voorlichting over gezondheidsaspecten, in ieder geval van riskant gedrag, voeding, veiligheid, sportbeoefening en beroepskeuze;
- uitvoering van vaccinatieprogramma's en bevordering van een optimale vaccinatiegraad ten aanzien van het Rijksvaccinatieprogramma;
- binnen het kader van deze preventieve taakuitoefening adviseren over lichamelijke, psychosociale en opvoedingsvragen;
- uitvoeren van sociaal-medische taken op grond van de Interimwet op het Speciaal Onderwijs en het Voortgezet Speciaal Onderwijs;
- groepsgerichte preventieve tandheelkundige zorg inclusief tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in onderlinge afstemming met de individuele tandheelkundige behandeling;
- systematische bevordering van een zo groot mogelijke participatie van jeugdigen aan de tandzorg'.

Deze beschrijving van de preventieve jeugdgezondheidszorg geeft aan welke functie dit deel van de gezondheidszorg in onze maatschappij vervult. Tot op heden was de maatstaf voor het goed functioneren van jeugdgezondheidszorgorganisaties de opsomming van de verrichtingen per populatie jeugdigen. Professionele prioriteiten zijn daarbij beperkt door oplegging van werkwijzen door de financiers. Dat daarbinnen toch nog een vrij ruime interpretatie mogelijk is, hebben Huijsman-Rubingh en Wagenaar aangetoond<sup>2</sup>.

De jaren tachtig zouden wat de gezondheidszorg betreft worden gekenmerkt door meer nadruk op de preventie. Anno 1988 toont de preventieve jeugdgezond-

*Welke bijdrage aan de gezondheid van de jeugdige(n) levert de preventieve jeugdgezondheidszorg? Om deze vraag te kunnen beantwoorden geeft Mw. J. F. Lim-Feijen, die als jeugdarts deel uitmaakt van de staf van Dienst Zorgverlening bij de Provinciale Noordbrabantse Kruisvereniging, een overzicht van de doelstellingen in de preventieve jeugdgezondheidszorg.*

heidszorg in de strijd om de financiële middelen al zeer gehavend. Gezegd moet worden dat de wapenrusting ook niet aan de huidige eisen voldoet. Schermen met de dooddoener dat resultaat van preventieve activiteiten niet aantoonbaar is, maar dat het achterwege laten van diezelfde activiteiten schade zou berokkenen aan de toekomstige volksgezondheid, wordt in de huidige 'no-nonsense' bedrijfsvoering gepareerd met de vraag naar doelstellingen en het bereiken daarvan.

Nu is een functiebeschrijving geen doelstelling, althans niet in een vorm die resultaatverantwoording mogelijk maakt. Daarvoor is het noodzakelijk dat er concrete doelen worden geformuleerd, met daarbij resultaatindicatoren die meetbaar zijn. De 'Nota 2000' uit 1986 geeft daar al een voorzichtige aanzet toe<sup>3</sup>. Ook de discussie, op gang gebracht door de KNMG-commissie 'Gezondheidszorg bij beperkte middelen'<sup>4</sup>, toont aan dat de abstracte doelen moeten worden herleid naar specifieke doelstellingen.

De Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg formuleert het doel van de jeugdgezondheidszorg als volgt: 'De jeugdgezondheidszorg stelt zich ten doel binnen het netwerk van welzijnszorg en gezondheidszorg(voorzieningen) de jeugdigen van 0 tot 19 jaar zodanig longitudinaal sociaal-medisch te begeleiden dat ieder individu als jeugdige en volwassene een optimaal niveau van individueel en maatschappelijk functioneren kan bereiken'. De meeste jeugdgezondheidszorgorganisaties hanteren deze of overeenkomstige bewoordingen ter omschrijving van hun hoofddoel. Om nu tot concrete doelstellingen te komen moet dit abstracte doel in richtinggevende doelen worden opgesplitst, ofte wel: welke bij-

drage aan de gezondheid van de jeugdige(n) levert de jeugdgezondheidszorg?

De eerste stap daartoe is het bepalen van de aangrijpingspunten van de zorg. De gezondheid, als in de omschrijving van de Wereldgezondheidsorganisatie: de toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, wordt bepaald door de genetische constitutie, de leefomstandigheden en de leefwijze. Door goed samenspel van deze drie factoren kunnen negatieve invloeden op afzonderlijke onderdelen van deze trias worden opgeheven. Een gebrekkige erfelijke aanleg kan bijvoorbeeld in het juiste milieu goed worden gecompenseerd: iemand met een sterke constitutie kan zich een vrij ongezone leefstijl permitteren, enz.

## Genetische constitutie

Voor een groot deel is de erfelijke aanleg reeds waarneembaar voor de geboorte en in de zuigelingenperiode. Sommige persoonskenmerken, positieve dan wel negatieve, ontwikkelen zich pas op latere leeftijd of zijn pas later waarneembaar. Bij sommige negatieve aspecten van de genetische constitutie is het van belang vroegtijdig opsporing te verrichten om ernstige schade te voorkomen, zoals bij fenylketonurie, congenitale hypothyreoïdie, amblyopie, heupdysplasie bij heel jonge kinderen of M. Duchenne, M. Bechterew, schizofrenie, kleurenblindheid, myopie, enz. bij oudere kinderen. Deze vroege opsporing moet worden gevolgd door hetzij curatie (bijvoorbeeld het scrotaal brengen van niet ingedaalde testes), hetzij aanpassing van de leefwijze (bijvoorbeeld medicijnen en dieet bij fenylketonuriepatiëntjes) en/of het milieu (bijvoorbeeld huis/schoolvoorzieningen voor spastische kinderen). Negatieve aspecten van de erfelijke aanleg die zijn gecureerd of gecompenseerd verminderen niet langer de kans op gezondheid, behalve daar waar met het opheffen van de stoornis op het lichamelijke vlak de psychosociale kant van het lijden nog niet is overwonnen.

## Leefomstandigheden

In de jeugdgezondheidszorg wordt de volgende indeling gehanteerd: *eerste milieu*: de ouders/verzorgers, de gezinsleden, het woonhuis; *tweede milieu*: familieleden, buurtgenoten, woonomgeving; *derde milieu*: de sociaal-culturele omgeving, milieuomstandigheden.

Hoe jonger het kind, hoe afhankelijker het is van hetgeen de omgeving hem biedt. Materiële voorzieningen zowel als positieve sociaal-emotionele contacten zijn noodzakelijk. Via gerichte observaties op alle drie terreinen kan het jeugdgezondheidsteam negatieve invloeden opsporen. Vervolgens moeten maatregelen worden genomen om deze gezondheidsbedreigende milieufactoren te verminderen of, zo mogelijk, geheel weg te nemen en positieve milieusituaties worden gestimuleerd. Afhankelijk van de schaalgrootte gebeurt dit voor het individuele kind afzonderlijk, dan wel voor een collectieve groep jeugdigen. In het verleden heeft de jeugdgezondheidszorg hier enorme resultaten geboekt door het propageren van hygiënische maatregelen en het uitbannen van ziekten door vaccinaties. Als recente voorbeelden zijn te noemen: het op gang brengen van hulpverlening bij verwaarloosde of misbruikte kinderen, het analyseren van collectief schoolverzuim en het vervolgens bespreken van de oorzaken met de schooldirectie (bijvoorbeeld gebruik van fenolen tijdens een opknappbeurt van het gebouw, een slecht functionerende leerkracht), gerichte voorlichting op grond van een gebleken verhoogde kans op rachitis van buitenlandse kinderen, zowel collectief, mondeling en schriftelijk, als individueel, op het (consultatie)bureau of door middel van een huisbezoek.

#### Leefwijze

In wezen wil ieder mens zelf bepalen op welke wijze hij zijn leven inricht. Dat is in een samenleving maar gedeeltelijk mogelijk. Van diverse zijden worden beperkingen opgelegd en de één accepteert dat gemakkelijker dan de ander. Ook worden bij de één de grenzen duidelijker gesteld dan bij de ander. Menigeen is zijn leven lang bezig het juiste evenwicht te vinden tussen wat hij wil en wat hij kan. De zuigeling geeft al aan wanneer hij wil eten en slapen en welk eten hij wel en niet lieft. De grenzen die de ouders willen en moeten aangeven en de daarmee in botsing komende wil van het kind vormen een bron van gezinsproblematiek. Veel ouders, in het bijzonder alleenstaanden en zij die slechts één kind hebben, willen hierbij graag worden geadviseerd.

Enerzijds gaat het hierbij om vragen naar de huidige professionele opvattingen over een gezonde leefwijze, PCB's in de moedermelk, kalkbehoefte van groeiende kinderen, slaaptijden, intensieve sporttraining, enz. Anderzijds willen de

ouders graag advies inzake de pedagogische aanpak: moet ik gezond eten opdringen?, laat ik de baby 's nachts huilen?, accepteer ik de brutaliteit van een puber? Het kind kiest zijn eigen levensstijl, met name in de peuterjaren en in de pubertijd. In de peuterfase is het de ouder die advies inwint, in de puberteit zowel de ouder als de puberende jongere zelf. Is voor de peuter het gezin de plaats waarbinnen hij zijn levenswijze uittest, voor het ouder wordende kind wordt de schoolsituatie steeds belangrijker. Voorbeeldgedrag van idolen, beelden op de televisie en experimenten in leefwijzen worden nagevolgd. Het is geen eenvoudige zaak tot een gezonde leefwijze te komen en de begeleiding daarin is een taak van de samenleving als geheel: collectieve gezondheidsvoorlichting en -voeding, drugsbestrijding, voorlichting over seksueel overdraagbare ziekten, voorbeeldgedrag van invloedrijke mensen, enz.

#### CONCRETE DOELEN

Op elk van deze drie terreinen die de gezondheid van het kind beïnvloeden en hun samenhang kunnen concrete doelen worden geformuleerd:

- genetische constitutie. Bepaalde ziekten en overeengekomen afwijkingen van het normale opsporen op vastgestelde leeftijden, tot minimaal een bepaald percentage van vóórkomen en doen aansluiten op verder onderzoek en/of behandeling c.q. advisering;
- leefomstandigheden. Gezondheidsbedreigende milieufactoren volgens protocol opsporen en laten aansluiten op te nemen maatregelen, die waar nodig ook worden uitgevoerd. Bepaalde gezondheidsbevorderende milieusituaties stimuleren, tot een overeengekomen niveau;
- leefwijze. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding planmatig aan omschreven doelgroepen aanbieden en evalueren. Advies geven ten aanzien van de leefwijze, afgestemd op de gestelde vraag;
- gezondheidssituatie. Het inzichtelijk maken met behulp van een gezondheidsprofiel van de individuele jeugdige en van categorieën van jeugdigen van de gezondheidssituatie en van de zorgbehoefte en het daarover rapporteren aan belanghebbenden. Het coördineren van de jeugdgezondheidszorg door samenwerkingsverbanden aan te gaan en te onderhouden met de diverse hulpverlenende instanties ten aanzien van de jeugd. Deze doelstellingen dienen ieder afzon-

derlijk verder te worden uitgewerkt tot produkten van jeugdgezondheidszorg, waarbij de professionele jeugdgezondheidszorgwerkers in samenspraak met de financiers en de afnemers van de produkten kwaliteitsafspraken tot stand moeten brengen.

In 1980 schreef Mw. Van Laar al<sup>5</sup>: 'Zolang geen duidelijkheid is verkregen over de na te streven effecten, met andere woorden zolang geen uitspraak is verkregen over de gezondheidsaspecten welke men wil bevorderen of de gezondheidsschade welke men wil voorkomen, zal elke aangeboden gezondheidszorg en elke daarmee samenhangende organisatievorm gedoemd zijn te mislukken in de ogen van de tegenstanders en buitenstanders.'

Sindsdien zijn er al acht jaren verstreken. Het is de hoogste tijd dat de jeugdgezondheidszorgwerkers, van welke disciplines dan ook, binnen hun organisatie gezamenlijk bepalen welke doelen of produkten de komende jaren worden gerealiseerd, uitgaande van de huidige situatie. Ook al kan maar een beperkt aantal indicatoren van behaalde resultaten worden gevonden, zoals het bereiken van een overeengekomen vaccinatiegraad, het opsporen van een genormeerde visusafwijking op een bepaalde leeftijd tot een bepaald percentage van het vóórkomen en het op behandeling/onderzoek doen aansluiten, het doen toemenen van kennis over koortswerende middelen bij een bepaalde bevolkingsgroep, het meten van de vraag naar sportadvies en het op hun waarde beoordelen van de gegeven adviezen, het in beeld brengen en bespreken met belanghebbenden van de gezondheidssituatie van de populatie op basis van (onderdelen van) een gezondheidsprofiel enz. Er kan niet langer worden gewacht. De jeugdgezondheidszorg moet nu haar doelen bepalen en aantoonbaar waar gaan maken. □

#### Literatuur

1. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Richtlijnen voor de subsidiëring van het geneeskundig schooltoezicht; een concept-vervanging van de subsidieregeling. November 1987.
2. Huijsman-Rubing RRR, Wagenaar TRAM. De jeugdgezondheidszorg in Nederland: structuur en functioneren. Proefschrift. Amsterdam, 1983.
3. 'Health for all by the year 2000'. Rapportage Nederland van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Maart 1986.
4. KNMG. Gezondheidszorg bij beperkte middelen. Medisch Contact 1986; 41: 357-73.
5. Laar F van. Rommelen in de marge. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde januari 1980.

## Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege

# Geneeskundige verklaring in strijd met regels verstrekt en onvoldoende gefundeerd: huisarts gewaarschuwd

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door 1. O, en 2. S, beiden wonende te M, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te F van 7 mei 1986, waarbij hun klacht tegen U, huisarts, wonende te B, is afgewezen.

1. Appellanten hebben zich bij brief van 4 juni 1985 tot het Medisch Tuchtcollege te F gewend met een klacht die, verkort weergegeven, het volgende inhoudt:

De arts, die toen huisarts van zowel klager O als van klaagster S was, heeft ten onrechte aan mevrouw I, de moeder van klaagster S, met het oog op een door deze verzocht beschermingsbewind over de goederen van klaagster een verklaring afgegeven die, zonder enige motivering, inhoudt dat klaagster als gevolg van haar geestelijke toestand niet in staat is ten volle haar vermogensrechtelijke belangen zelf behoorlijk waar te nemen. De arts heeft verweer gevoerd.

2. Bij de bestreden beslissing heeft het college in eerste aanleg de klacht als ongegrond afgewezen. Appellanten zijn tijdig van deze beslissing in hoger beroep gekomen. In een aanvullend beroepschrift hebben zij de gronden voor hun beroep uiteengezet.

3. De zaak is behandeld ter terechtzitting van het Centraal College van 28 januari 1988. Daar waren aanwezig beide klagers, alsmede de arts over wie is geklaagd, bijgestaan door Mr. X, advocaat te W.

4. Omtrent de gang van zaken die aanleiding heeft gegeven tot de klacht, is het volgende gebleken:

Nadat de arts een daartoe strekkend verzoek van de moeder van klaagster S ongeveer twee weken in beraad had gehouden, heeft hij zonder klaagster te onderzoeken de gewraakte verklaring afgegeven op grond van door haar moeder en twee broers verstrekte informatie, hem getoonde financiële bescheiden betreffende klaagster, de gegevens van zijn patiëntenkaart en de, volgens zijn verklaring hem bekende, schoolresultaten van klaagster. De moeder van klaagster heeft deze verklaring gevoegd bij haar verzoek aan de kantonrechter tot onderbewindstelling. Blijkens de stukken is de achtergrond van dit verzoek geweest de vrees dat klaagster financieel zou worden uitgebuit door klager O, met wie zij toen samenwoonde (en met wie zij thans is gehuwd). Bij beschikking van de kantonrechter te F van 16 november 1984 is een bewind ingesteld over de goederen van klaagster.

Op 28 en 29 november 1984 heeft de zenuwarts C een onderzoek ingesteld naar de psychische toestand van klaagster. De conclusie van diens rapport houdt onder meer in, dat klaagster 'waar het de psychische toestand betreft,

in psychiatrisch opzicht volkomen evenwichtig en gezond is'.

5. Aldus heeft de arts in de eerste plaats onjuist gehandeld, omdat hij als huisarts van klaagster niet zelf, in strijd met hetgeen onder meer op grond van de regels van de KNMG omtrent het afgeven van geneeskundige verklaringen heeft te gelden, deze verklaring had behoren af te geven, doch de moeder van klaagster naar een andere arts had moeten verwijzen.

Het verweer van de arts, dat het hier om een urgente situatie ging, treft geen doel. Dit volgt reeds uit de omstandigheid dat de arts, alvorens de verklaring te verstrekken, zich een bij een spoedeisende zaak niet passende termijn voor beraad van ongeveer twee weken heeft veroorloofd, terwijl ook niet is gebleken dat er ten tijde van het afgeven van de verklaring inmiddels sprake was van een situatie die tot onverwijl ingrijpen noopte. Anders dan namens de arts ter terechtzitting in hoger beroep naar voren is gebracht, valt het optreden van de arts ook niet te rechtvaardigen, indien ervan zou moeten worden uitgegaan dat de arts goed van de situatie van klaagster op de hoogte was, hetgeen trouwens blijkens het hierna overwogene naar het oordeel van het Centraal College niet het geval was.

6. In de tweede plaats valt de arts, mede in het licht van het rapport van de zenuwarts C, te verwijten dat hij tot zijn oordeel omtrent klaagster is gekomen zonder haar te onderzoeken en zonder over voldoende objectieve gegevens te beschikken. Hetgeen op de patiëntenkaart is aangetekend, geeft geen enkel aanknopingspunt voor een oordeel over de geestelijke toestand van klaagster omstreeks oktober 1984, terwijl de – overigens niet overgelegde – resultaten van de lagere school, gelet op het tijdsverloop, al evenmin tot zo'n oordeel kunnen bijdragen. Ook uit de bescheiden betreffende de financiële situatie van klaagster kunnen geen gegevens worden geput voor een medisch oordeel. Zoals de arts ter terechtzitting in hoger beroep heeft toegegeven, heeft hij zich door de moeder van klaagster en haar broers – derhalve voor personen die hij als belanghebbenden bij het verkrijgen van de verklaring moest beschouwen – op de hoogte laten stellen van de situatie van klaagster. Klaarblijkelijk heeft hij derhalve zijn oordeel in feite uitsluitend op de aldus verkregen inlichtingen gegrond.

7. Ofschoon aannemelijk is dat de arts met goede bedoelingen heeft gehandeld, is het Centraal College van oordeel dat de arts, door te kort te schieten op de wijze als hiervoor weergegeven, zich schuldig heeft gemaakt aan handelingen die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnen, zodat een

maatregel moet worden opgelegd. Alle omstandigheden in aanmerking nemend acht het Centraal College de maatregel van waarschuwing passend.

8. Om redenen aan het algemeen belang ontleend acht het Centraal College bekendmaking van deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in artikel 13 b, eerste lid van de Medische Tuchtwet op de hierna aan te geven wijze geboden.

9. Het Centraal Medisch Tuchtcollege:

Rechtdoende in hoger beroep:

Vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep;

en opnieuw rechtdoende:

Verklaart de klacht gegrond;

Legt de arts te dier zake de maatregel van *waarschuwing* op;

Bepaalt dat deze beslissing, met inachtneming van het bepaalde in artikel 13 b, eerste lid, van de Medische Tuchtwet, wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending aan het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht met verzoek tot plaatsing.

Aldus gegeven in raadkamer door: Mr. P. Neleman, plaatsvervangend voorzitter; Prof.Dr. S. A. de Lange, lid-geneeskundige; Z. S. Stadt, K. W. Woltering en Prof.Dr. P. J. Jongerius, plaatsvervangende leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van Mr. H. J. Sluyters-Hamburger, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag 14 april 1988 door Mr. J. J. R. Bakker, plaatsvervangend voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris. □

# Meester Dokter

## Somatisch-juridische fixatie

Onlangs botste de postbode met zijn altijd te brede fietstassen tegen buurmans bloembakje, dat overigens zonder te breken ter aarde stortte. Nog voordat hij de rest van de brieven had besteld, stond de man oog in oog met de Hermandad, die na een telefonische vaporeur van de eigenaar van het bakje de opdracht had gekregen de man voor dit ernstige vergrijp in te sluiten.

Hoe komt het toch dat bepaalde mensen als ze voelen dat hun onrecht wordt aangedaan of bij onlustgevoelens steeds maar weer de hulp inroepen van autoriteiten om deze problemen op te lossen? In de geneeskunde kent men dit probleem maar al te goed. Zowel artsen als patiënten raken soms, in het heilige geloof om oplossingen te vinden, in elkaars doelen verstrikt en niet zelden staan ze uiteindelijk als een soort kemphanen tegenover elkaar.

Verdenius en Wesseling geven in hun boekje 'Pijnbestrijding' een triest overzicht van zo'n wandelgang door de gezondheidszorg. 'Altijd maar die buik', was de klacht waarmee een vrouw wordt beschreven die in de loop van zo'n vijftien jaar een aantal internisten zag, bureaus voor levens- en gezinsvragen, een aantal malen de chirurg, de gynaecoloog, het algemeen maatschappelijk werk, een psychiater en wellicht nog een groot aantal hulpverleners op het gebied van de alternatieve geneeskunde, en laat ik vooral niet het aantal malen vergeten dat ze op het spreekuur van de huisarts zelf is verschenen. Resultaat volgens de auteurs van het boekje: de energie heeft geen medisch probleem zichtbaar gemaakt, laat staan opgelost, met soms een mutilerende operatie als het zichtbare bewijs van onvermogen en somatische fixatie. Niet zelden kan het voorkomen dat indien er van een werkverband sprake is, dergelijke ziektegeschiedenissen der uiterste smarten worden afgesloten met een WAO.

Maar de arts is niet de enige die met dergelijke fixatieproblemen te maken krijgt. Ook zijn professionele collega, de advocaat, kan in kringloopprocessen terecht komen, waarbij de geneesheer en de juridisch geschoolden eens bij elkaar kunnen gaan uithuilen. We gaan het verhaal eens verder vertellen van een vrouw – met bijna een identieke medische geschiedenis als boven beschreven – die na jaren artsen te hebben bezocht, wat tot de WAO voerde, haar vastgelopen geschiedenis een nieuw elan gaf in een voortgezet juridisch windmolengevecht.

De vrouw uit ons verhaal mocht het ongeluk ervaren dat haar oude buurman, die veel begrip voor haar toonde en ook haar tuintje bijhield, besloot naar het bejaardenhuis te gaan. Een jong gezin nam zijn intrek in de andere helft van het dubbelhuis, waarbij de nieuwe jonge buurvrouw bij de eerste kennismaking

al de stevige rondingen van een vergeworderde zwangerschap vertoonde. Het jonge energieke paar ging flink aan de slag in het nieuwe onderkomen en op een dag ziet de oudere buurvrouw een flink, keurig afgewerkt dakraam op zolder verschijnen.

Nog voordat de eerste levensteken van het jonge wicht hoorbaar zijn, gaat de dame tot actie over. Zijn alle regels wel nageleefd? Er wordt een protest ingediend bij de gemeente. De argumenten zijn duidelijk: het is onverantwoordelijk een kind ter wereld te brengen in een huis dat niet aan de voorschriften voldoet, sterker nog, dat ter wille van de op komst zijnde baby in strijd met de wet is verbouwd. Vervolgens wordt een juridisch verhaal à la Verdenius in de annalen van de rechtspraak geboekstaafd. Het gemeentebestuur wordt gesommeerd het bouwsel te laten afbreken. Het jonge echtpaar weet tussen het werken aan de baby-uitzet door toch de vereiste papieren en tekeningen op tafel te krijgen en krijgt alsnog de vergunning. Maar met behulp van een advocaat wordt een bezwaarschrift ingediend, waarbij ditmaal de technische uitvoering het moet ontgelden van het kinderkermtje, waarin het kind inmiddels rustig ligt te slapen: de afmetingen voldoen niet aan de voorschriften en ook het isolerende materiaal dat is gebruikt is niet van voldoende kwaliteit. Er zou wel eens wat stro in de afscheiding kunnen zitten.

De zaak komt uiteindelijk bij de Raad van State bij de afdeling Rechtspraak. Als het kind al geruime tijd in de zandbak speelt, verklaart dit college het beroep ongegrond.

Er wordt een andere advocaat gezocht om nu een civiele procedure aan te spannen, maar ditmaal blijkt de balie niet zo geïnteresseerd. Uiteindelijk moet de deken van de Orde van Advocaten er aan te pas komen – ook de professionele juristen-collega's van de medici hebben voor dergelijke mensen hun koosnaampjes – om onze litigante de zoveelste confrère aan te wijzen om in de zaak te adviseren, hetgeen op een wettelijke verplichting berust. De dwangraadsman adviseert negatief, hetgeen weer leidt tot een klacht bij de deken, die dan weer op zijn beurt verplicht is deze door te zenden naar de Raad van Discipline als hij er niet in slaagt de klacht uit het klagerige hoofd te praten.

De dame in kwestie heeft zich uiteindelijk gewend tot de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens en de kans is groot dat de almaar groeiende kleuter nog aan haar kinderen kan vertellen dat er nog steeds een procedure gaande is over het isolatiemateriaal van het kermtje waar zij is geboren, een geboorte die naar het voorkomt bijna strijdig is met de wet.

De moraal van het verhaal? Waarom kunnen mensen hun verlangens en ongenoegens zo vast zien lopen in officiële instanties? Habermas, een socioloog-filosoof, heeft een aantal

jaren geleden een zeer belangwekkend boek uitgegeven, dat helaas niet te lezen is en alleen is te volgen via een samenvatting van Kunne-man, op zich ook al een boek van bijna tweehonderd pagina's. Niettemin een interessante theorie over het communicatieve handelen van de mens. Enkele vrije interpretaties in de richting van bovengeschreven geschiedenissen:

Wat is er nu eigenlijk aan de hand? De dame treurt natuurlijk om het vertrek van de oude buurman, die nota bene ook nog haar tuintje bijhield. En er zullen vast wel andere ongenoegens zijn. Maar wat kan er allemaal niet gebeuren als deze levenssmarten worden vertaald in medische of juridische termen?

Hoe begint zoiets? Onlusten worden geabstraheerd in termen van het gekozen hulp- of adviessysteem, waarbij er een verafhankelijkheid kan ontstaan van de deskundige, of dit nu een arts, advocaat of welzijnswerker is. Deze mensen kunnen ook niet anders dan hulp bieden binnen de regels van hun spel. Zij worden uiteindelijk niet ingehuurd om het tuintje te komen schoffelen. In deze systemen heerst bovendien – het zijn specialisten – de tendens, de problemen onder elkaar en tegenover de cliënten op een cognitief instrumentele manier te benaderen. Dit laatste kan ertoe leiden dat de hulp die wordt gezocht niet aan de alomvattende verwachtingen beantwoordt. De tendens van de individuen om allerlei problemen in professionele instanties te plaatsen en omgekeerd om ze op te nemen is echter zo groot, dat Habermas spreekt van kolonialisering van de leefwereld door deze deskundigheidssystemen. De mens kan niets meer zonder specialistenhulp. Of, zoals Dunning het zegt: 'Door specialisatie en alle deskundigheid verdwijnt de redzaamheid van het individu en maken zij zich, bij wijze van spreken, met een wurgende greep meester van onze huwelijksproblemen, onze rouw en andere onlustgevoelens'. In een hardnekkig geloof via de 'de klant is koning'-gedachte en de 'een-klacht-is-een-klacht'-gedachte blijven mensen de advieskamers van intelligente, integere en vaak goed verdienende professionals bestormen en worden er volslagen afhankelijk van als van een of ander opiaat. Gevolg: een uitzichtloze omstrengeling van hulpvrager en -gever, waar uiteindelijk zelfs de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens de oplossing voor moet bieden.

Zou het niet beter zijn geweest voor mevrouw, gewoon maar bij de geboorte van het kind achter het vermeend ondeugdelijke isolatiemateriaal een houten rammelaartje te geven dan zelf de zorg- en rechtssystemen te rammeien? Als men blijft geloven in instanties moet, om met Koot en De Bie te spreken, op den duur zelfs de hulp van de stervensbegeleider worden ingeroepen als een kamerplant komt te overlijden.

Jaap Gerritsma



## Ziekte van Parkinson: dopaminetekort in het striatum niet overal even groot

Verslag uit het Human Brain Laboratory van het Clarke Institute of Psychiatry te Toronto en het Instituut voor Biochemische Farmacologie van de Universiteit van Wenen. Betreft een deels door de Parkinson's Disease Foundation of Canada gesubsidieerd wetenschappelijk onderzoek. Auteurs: Stephen J. Kish, PhD, Career Scientist of the Ontario Ministry of Health; Kathleen Shannak, BSc; en Oleh Hornykiewicz, MD.

**Samenvatting.** Op het ogenblik probeert men bij patiënten met de ziekte van Parkinson dopamineproducerend weefsel uit het eigen bijnierverg van de patiënt in het corpus striatum te transplanteren. Omdat het succes van deze neurochirurgische methode om dopamine te vervangen kan afhangen van het gebied van het striatum dat men voor de implantatie kiest, onderzochten wij het patroon en de mate van dopamineverlies in het door middel van autopsie verkregen striatum van acht patiënten met idiopathisch parkinsonisme.

Wij constateerden in het putamen een praktisch volledige depletie van dopamine in alle segmenten, met de grootste reductie in de caudale gedeelten, waar minder dan 1% van de dopamine resteerde. In de nucleus caudatus was het enige segment met een sterke vermindering van het dopaminegehalte het meest rostrale gedeelte (4% van de dopamine over); de andere segmenten hadden nog een vrij hoog dopaminegehalte (tot ongeveer 40% van de waarden in de controlegroep).

Wij geloven dat de gestoorde motoriek die een constant en karakteristiek kenmerk is van idiopathisch parkinsonisme grotendeels een gevolg is van dopamineverlies in het putamen

en dat de met dopamine samenhangende defecten van de nucleus caudatus (in de 'hogere' cognitieve functies), voor zover aanwezig, minder uitgesproken zijn of zich alleen beperken tot afzonderlijke functies.

Wij zijn tot de conclusie gekomen dat het putamen, met name het caudale deel daarvan, waarschijnlijk de meest geschikte plaats is voor de intra-striaire toepassing van dopamineproducerende autotransplantaten bij patiënten met idiopathisch parkinsonisme.

**Inleiding.** Het tranplanteren van neurale weefsel in zoogdierhersenen is stellig een mogelijkheid geworden om een hersendysfunctie als gevolg van experimenteel opgewekte en authentieke neurodegeneratieve stoornissen te corrigeren<sup>1</sup>. Zo heeft men onlangs bij verschillende patiënten met de ziekte van Parkinson chroomaffien weefsel dat afkomstig was van het bijnierverg van de patiënt zelf getransplanteerd in een bepaald gedeelte van het corpus striatum, te weten de nucleus caudatus<sup>2,3</sup>. Op het ogenblik zijn er echter aanwijzingen voor het bestaan van een duidelijke subregionale differentiatie van de striaire nuclei waar het gaat over de somatotopische organisatie van afferente neuronen<sup>4</sup>, alsmede van een subregionaal patroon van biochemische markers van extrinsieke en intrinsieke neurotransmittersystemen (een mozaïekachtige, of striosomale, neurochemische substructuur)<sup>5,6</sup>. Vanwege deze heterogene anatomische en biochemische patronen moeten de verschillende gedeelten van het striatum wel zeer uiteenlopende functies hebben. Het laat zich dan ook aanzien dat bij mensen die lijden aan de ziekte van Parkinson regionaal verschillen-

de patronen van dopamineverlies in het striatum, zo ze zich voordoen, noodzakelijkerwijs zullen resulteren in functiestoornissen volgens een bepaald patroon.

In een poging vast te stellen of er bij idiopathisch parkinsonisme sprake is van een per gedeelte van het striatum verschillend dopamineverlies, hebben wij bij acht patiënten die aan deze ziekte waren overleden de tweedimensionale subregionale dopaminepatronen in het caput nuclei caudati en het putamen langs de rostrocaudale en de dorsoventrale gradiënt onderzocht. Wij hebben niet alleen geprobeerd vast te stellen of we bepaalde patronen konden ontdekken in het dopamineverlies in het striatum, we hebben ook speciale aandacht besteed aan de kwantitatieve aspecten van dopamineverlies per subregio. Dit leek van belang te zijn, omdat het bekend is dat bij de ziekte van Parkinson<sup>7</sup> (evenals bij op bestudering daarvan gerichte dierproeven<sup>8-10</sup>) symptomen van het niet goed functioneren van het striatum pas klinisch manifest worden als het dopaminetekort in het striatum 80% of meer bedraagt. Onze verwachting was dat ons gedetailleerde onderzoek de informatie zou opleveren die nodig is voor een rationele uitvoering van de nieuwe techniek in de neurochirurgie van autotransplantatie bij patiënten met de ziekte van Parkinson.

**Methoden.** Van acht patiënten met histopathologisch bevestigd idiopathisch parkinsonisme (volgens de neuropathologische criteria van Hassler<sup>7,11</sup>) en een controlegroep van tien in neurologisch en psychiatrisch opzicht normale proefpersonen die zorgvuldig met de patiënten waren gematcht op leeftijd en tijdstip van



THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

post mortem, werd bij de autopsie hersenweefsel verkregen. Alle patiënten met de ziekte van Parkinson waren klinisch ernstig ziek geweest met duidelijke bradykinesie, rigiditeit en tremor en hadden verschillende malen een levodopa-therapie ondergaan; geen van hen had bij het laatste onderzoek blijk gegeven van een klinisch invaliderende dementie (er waren geen formele neuro-psychologische tests gedaan). De gemiddelde leeftijd ( $\pm$  SEM) van de mensen uit de controlegroep en uit de Parkinson-groep (respectievelijk  $71 \pm 3$  jaar en  $75 \pm 3$  jaar) verschilde niet significant ( $p > 0,05$ ; t-toets); ook was er geen significant verschil ( $p > 0,05$ ) tussen mensen uit beide groepen wat het gemiddelde tijdsverloop tussen overlijden en invriezing van de hersenen bij  $-80^\circ\text{C}$  betreft (respectievelijk  $10 \pm 2$  uur en  $13 \pm 3$  uur). Van elke bevroren hersenhelft (bij de controlegroep vier rechter- en zes linkerhersenhalften, bij de Parkinson-groep vier rechter- en vier linkerhersenhalften) werden veertien coronaire coupes met een dikte van 3 mm gemaakt, beginnend aan het rostrale einde van het caput nuclei caudati (coupe 1) en eindigend met het corpus nuclei caudati (coupe 14). In elke coupe werden caudatus en putamen horizontaal verdeeld in een dorsaal, een intermediair en een ventraal segment. Van de coupes van de caudatuskop werden de nummers 2 (rostraal), 4 en 7 (intermediair) en 10 (caudaal) geanalyseerd en van de putamen-coupes de nummers 4, 7, 10 en 12. Het dopaminegehalte werd elektro-chromatografisch bepaald volgens de hoogwaardige methode-Felice<sup>12</sup>.

**Resultaten.** De resultaten zijn kort weergegeven in de tabel. Onze gegevens bevestigen eerdere waarnemingen<sup>7</sup>, dat bij idiopathisch parkinsonisme het dopamineverlies in het putamen als geheel over het algemeen genomen aanzienlijk ernstiger is dan het dopamineverlies in de nucleus caudatus. In de onderzochte delen van het putamen was het totale dopaminegehalte in de Parkin-

Tabel 1 Interregionale dopamineverdeling in het corpus striatum van 10 controlepersonen en 8 patiënten met de ziekte van Parkinson\*.

hersensregio	controlegroep	patiënten	% van controlegroep
	ng/mg weefsel (gem. $\pm$ SEM)	(gem. $\pm$ SEM)	
caput nuclei caudati	3,29 $\pm$ 0,33	0,61 $\pm$ 0,11**	18,5
putamen	4,92 $\pm$ 0,36	0,11 $\pm$ 0,03**	2,2

\* De waarden voor het caput nuclei caudati zijn berekend op basis van de som van de totale dopamine-inhoud van de coupes 2, 4, 7 en 10 voor de nucleus caudatus en van de coupes 4, 7, 10 en 12 voor het putamen.

\*\*  $p < 0,001$  voor patiënten met de ziekte van Parkinson vergeleken met de controlegroep, volgens de t-toets.

son-groep teruggelopen tot 2,2% van de overeenkomstige waarde in de controlegroep, terwijl in de onderzochte delen van de caudatuskop een minder sterke reductie (tot 18,5% van de waarde in de controlegroep) werd waargenomen; dit verschil in uitkomst blijkt in hoge mate significant te zijn ( $p < 0,001$ ; tabel).

Uit een analyse van het dopamineverlies per subregio bleek dat het dopamineverlies noch in de nucleus caudatus, noch in het putamen overal hetzelfde was. In het veel ernstiger aangetaste putamen was de depletie van dopamine veel groter in de caudale coupes dan in de rostrale coupes. Vergeleken met de waarde in het overeenkomstige controlepreparaat, was de hoeveelheid dopamine in het meest caudale uiteinde van het putamen slechts ongeveer een derde van de hoeveelheid die nog aanwezig was in de meest rostrale coupe: in het rostrale putamen-gedeelte (coupe 4) bedroeg het dopamineverlies 95,9% van de controlewaarden, vergeleken met 97,6%, 98,7% en 98,4% van de controlewaarden in de intermediaire en caudale coupes (respectievelijk coupe 7, 10 en 12).

Uit geen van de rostrocaudale coupes van de nucleus caudatus was evenveel dopamine weggevoerd als uit de overeenkomstige putamen-coupes. Net als in het putamen had het dopamineverlies in het caput nuclei caudati een duidelijk rostrocaudale gradiënt. Hoewel deze ongeveer dezelfde

relatieve hellingsgraad had als de gradiënt in het putamen, was de richting tegengesteld: het meest rostrale gedeelte van de caudatuskop bevatte slechts een derde van de hoeveelheid dopamine die nog werd aangetroffen in de caudale coupes; in het rostrale deel van de caudatuskop (coupe 2) bedroeg het dopamineverlies 91,1%, maar in het meest caudale gedeelte (coupe 10) bedroeg dit verlies slechts 69,4%.

Bij onderverdeling van elk van de coupes in dorsoventrale richting uit het striatum bleken over het hele rostrocaudale gebied van het putamen de dorsale en intermediaire segmenten (bij de laatste vooral de meer caudale gedeelten van de nucleus) duidelijk een groter dopamineverlies te vertonen dan het ventrale rostrocaudale gebied van de nucleus. In het meest ventrorostrale deel van het putamen bedroeg het dopaminegehalte nog 10,9% van dat in de controlegroep; in het grootste gedeelte van het putamen, met name in de dorsale en intermediaire segmenten van de caudale nucleushelft (coupes 10 en 12) daarentegen resteerde minder dan 1% van de dopamine.

In de nucleus caudatus was de subregio met het laagste dopaminegehalte het meest dorsorostrale gebied van de caudatuskop; daar was nog maar 4,3% van de dopamine over. Daarentegen vormde het ventrale tweederde deel van de caudatuskop (dat wil zeggen de intermediaire en ventrale seg-

## THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

menten), vooral het caudale eind, het minst getroffen gebied van het striatum: het dopaminegehalte van de ventrocaudale segmenten (in coupes 7 en 10) bedroeg respectievelijk 39% en 38% van de corresponderende waarden in de controlegroep.

**Beschouwing.** Dit onderzoek, dat zich uitstrekt over acht patiënten met histopathologisch bevestigd idiopathisch parkinsonisme, laat zien dat van de beide nuclei die samen het striatum vormen het putamen de grootste verandering in dopaminegehalte te verduren heeft en dat de mate waarin het dopaminegehalte in het putamen en de nucleus caudatus afneemt subregionaal-topografisch varieert. Wij hebben zo een karakteristiek en regio-specifiek tweedimensionaal rostrocaudaal of dorsoventraal patroon van dopamineverlies zichtbaar kunnen maken. (In de rostrocaudale dimensie is een vergelijkbaar dopamineverlies gerapporteerd in het striatum bij drie histopathologisch niet-bevestigde gevallen van klinische ziekte van Parkinson<sup>13</sup>.) Het belang van onze waarnemingen voor de kliniek schuilt hierin, dat het striatum onmogelijk normaal kan functioneren zonder een gelijktijdige normale activiteit van de dopaminerge vezels tussen de substantia nigra en het striatum<sup>14</sup>. In de praktijk betekent dit dat bij idiopathisch parkinsonisme het klinisch relevante functieverlies van het striatum in sterke mate wordt bepaald door de mate en het typische patroon van het dopamineverlies in substantia nigra en striatum beide. Bij ons onderzoek hebben wij over het hele putamen buitengewoon ernstige dopamineverliezen waargenomen, variërend van een afname van 89% tot een nagenoeg volledige depletie. Zoals gezegd, leiden dopamineverliezen van 80% of meer tot een zogeheten functionele decompensatie van het striair dopaminetekort<sup>15</sup>. Het dopaminegehalte in de putamen-specimina van alle patiënten in ons onderzoek had zulke sterke veranderingen ondergaan, dat het de compensatore capaciteit van de resterende do-

pamineneuronen verre te boven ging. Op grond hiervan zijn wij tot de conclusie gekomen, dat de voornaamste (dat wil zeggen motorische) defecten bij idiopathisch parkinsonisme met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid moeten worden toegeschreven aan een gestoorde functie van het putamen. Het is niet aannemelijk dat de veranderingen in het dopaminegehalte in de nucleus caudatus een belangrijke rol spelen, aangezien deze veel minder omvangrijk zijn en zich beperken tot het meest rostrale gedeelte van het caput nuclei caudati. Bovendien neemt men aan dat in de eerste plaats het putamen (en niet de nucleus caudatus) verantwoordelijk is voor het regelen van de motoriek vanuit de basale ganglia<sup>16,17</sup>. Deze opvatting wordt gesteund door recente neuroanatomische en neurofysiologische onderzoeken waarbij dicht bij elkaar gelegen reciproke verbindingen zijn aangetoond tussen het putamen en de motore, de premotore en de supplementaire motore cortex<sup>18-22</sup>. Dankzij deze speciale relatie speelt het putamen een centrale rol in het zogeheten corticaal-subcorticale motore circuit<sup>23,24</sup>. Werkt het putamen niet zoals het moet, doordat – zoals bij Parkinson – uit de substantia nigra en het striatum dopamine wegvloeit, dan zal hierdoor het motore systeem in zijn geheel worden ontwricht, met als gevolg klinische stoornissen van de motorische functies.

Wij constateerden dat zelfs bij dopaminedeficiëntie in een ver tot zeer ver gevorderd stadium, zoals in het geval van onze patiënten, de hoeveelheid dopamine in het putamen volgens een vast patroon bleef slinken. Dit vormt een sterke aanwijzing, dat de motorische symptomen in het beginstadium van de ziekte van Parkinson in een vaste volgorde optreden. Omdat de zwaarst aangetaste dorsale en intermediaire segmenten van het putamen somatotopisch georganiseerde projecties ontvangen van respectievelijk de benen, de armen en de romp<sup>16,17</sup>, kan een gestoorde beweging van de benen met kort daarop een gestoorde beweging van armen en romp gevoe-

gelijk worden beschouwd als een van de eerste en meest progressieve klinische symptomen van idiopathisch parkinsonisme.

Anders dan bij een ernstig gestoorde putamenfunctie, zullen bij een als gevolg van dopamineverlies dysfunctionerende caudatus eventuele klinische symptomen minder opvallend zijn of zich beperken tot de functies die worden bediend door het dorsale en vooral het meest rostrale deel van het caput nuclei caudati, de enige gebieden van de nucleus caudatus met in ons onderzoek een dopamineverlies van meer dan de kritische 80%. De voornaamste corticale toevoer naar deze gebieden van de nucleus caudatus is afkomstig van de frontaal-laterale associatiecentra<sup>25</sup>. Daarom kan men als gevolg van het dopamineverlies veranderingen verwachten in de hogere (cognitieve) functies die door dit gedeelte van het complexe cortico-subcorticale (associatie) motorische circuit worden gecontroleerd<sup>23,24</sup>, vooral bij gevorderd idiopathisch parkinsonisme. Dat de corresponderende klinisch waarneembare stoornissen niet zo ernstig zijn<sup>26-28</sup>, houdt naar alle waarschijnlijkheid verband met de beperkte veranderingen in het dopaminegehalte, zoals we ze in ons onderzoek hebben waargenomen. Met onze bevindingen dragen we dus argumenten uit de biochemie aan voor de opvatting<sup>14</sup>, dat men bij patiënten met ongecompliceerd idiopathisch parkinsonisme, zelfs in een gevorderd stadium, alleen marginale cognitieve, met de nucleus caudatus verband houdende symptomen kan verwachten. In dit verband zij opgemerkt, dat de omvangrijke en ernstige afname van de hoeveelheid dopamine in de nucleus caudatus vergezeld gaat van cognitieve defecten die klinisch invaliderend zijn bij patiënten met andere vormen van het syndroom van Parkinson (bijvoorbeeld postencefalitisch parkinsonisme<sup>7</sup>) en bij patiënten met andere neurodegeneratieve ziekten die leiden tot een duidelijke beschadiging van het dopaminesysteem van de substantia nigra en het striatum (progressive nucleair pal-

## THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

## THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL

sy<sup>29</sup>, Parkinson's-disease-dementia-motor-neuron syndrome complex [Kish c.s., neuronal intranuclear inclusion-body disorder<sup>30</sup>]).

Wat is het belang van onze resultaten voor de recente pogingen tot dopaminesubstitutie via transplantatie van dopamineproducerend weefsel bij patiënten met idiopathisch parkinsonisme<sup>2,3</sup>? Los van de vele onopgeloste technische problemen, de voorbijgaande aard van de gunstige effecten – bij gebruik van menselijk foetaal materiaal – de serieuze ethische problemen, kunnen we vaststellen dat onze resultaten erop wijzen dat wie met het oog op dopaminesubstitutie bij idiopathisch parkinsonisme overweegt in het striatum te manipuleren (met inbegrip van permanente intraparenchymale infusies via een pompstelsel) daarbij eerder zou moeten kijken naar het putamen dan naar de nucleus caudatus, en wel in het bijzonder naar die segmenten van de putamen – de caudale segmenten – die de motorische functies bedienen die bij de betrokken patiënt het sterkst zijn gestoord. Onlangs is gerapporteerd dat een bijniemerg-autotransplantaat, unilateraal geïmplanteerd aan de buitenzijde van de nucleus caudatus, bij twee patiënten met gevorderde ziekte van Parkinson tot een verbetering van bilaterale symptomen had geleid<sup>3</sup>. Als deze uitkomst zou kunnen worden bevestigd, dan zou dat erop wijzen dat er naast dopamine nog andere stoffen zijn, stoffen die óf door geïmplanteerde, óf door geactiveerde autochtone cellen (zoals glia<sup>31</sup>) worden afgescheiden, die een rol kunnen spelen bij de behandeling<sup>32</sup>. Toediening van dergelijke (groeï)-stoffen in combinatie met op het desbetreffende gebied toegesnelde dopamineproducerende autotransplantaten of mechanische dopamine-infusies kan dan dé manier worden om dopaminesubstitutie ter behandeling van de ziekte van Parkinson aan te pakken.

Met dank aan Dr. Bohdan Rozdilsky, University Hospital, Saskatoon, Saskatchewan, en aan Dr. Joseph Gilbert, Victoria Hospital, London, Ontario, voor hun neuropathologische analyses.

## Literatuur

1. Bjorklund A, Stenevi U (eds). Neural grafting in the mammalian CNS. Amsterdam: Elsevier 1985.
2. Olson L, Backlund EO, Gerhardt G et al. Nigral and adrenal grafts in Parkinsonism: recent basic and clinical studies. In: Yahr MD, Bergmann KJ (eds). Advances in neurology. Vol 45. New York: Raven Press, 1986: 85-94.
3. Madrazo I, Drucker-Colin R, Dias V, Martinez-Mata J, Torres C, Becerrif JJ. Open microsurgical autograft of adrenal medulla to the right caudate nucleus in two patients with intractable Parkinson's disease. N Engl J Med 1987; 316: 831-4.
4. Alexander GE, DeLong MR, Strick PL. Parallel organization of functionally segregated circuit linking basal ganglia and cortex. Annu Rev Neurosci 1986; 9: 357-81.
5. Graybiel AM, Ragsdale CW. Biochemical anatomy of the striatum. In: Emson PC (ed). Chemical neuroanatomy. New York: Raven Press, 1983.
6. Goldman-Rakic PS, Selemon LD. Topography of corticostriatal projections in nonhuman primates and implications for functional parcellation of the neostriatum. In: Jones EG, Peters A (eds). Cerebral cortex. Vol 5. New York: Plenum Press, 1986.
7. Bernheimer H, Birkmayer W, Hornykiewicz O, Jellinger K, Seitelberger F. Brain dopamine and the syndromes of Parkinson and Huntington, clinical, morphological and neurochemical correlations. J Neurol Sci 1973; 20: 415-55.
8. Poirier LJ, Sourkes TL, Bouvier G, Boucher R, Carabin S. Striatal amines, experimental tremor and the effect of harmaline in the monkey. Brain 1966; 89: 37-52.
9. Iversen S. Dopamine depletion and replacement. In: Evered D, O'Connor M (eds). Functions of the basal ganglia. CIBA Foundation Symposium 107. London: Pitman, 1984: 216-21.
10. Donnan GA, Willis GL, Kaczmarczyk SJ, Rowe P. Motor function in the 1-methyl-4-phenyl-1, 2, 3, 6-tetrahydropyridine-treated mouse. J Neurol Sci 1987; 77: 185-91.
11. Hassler R. Zur Pathologie der Paralysis agitans und des postenzephalitischen Parkinsonismus. J Psychol Neurol 1938; 48: 387-476.
12. Felice LJ, Felice JD, Kissinger PT. Determination of catecholamines in rat brain parts by reserve-phase ion-pair liquid chromatography. J Neurochem 1978; 31: 1461-5.
13. Nyberg P, Nordberg A, Wester P, Winblad B. Dopaminergic deficiency is more pronounced in putamen than in nucleus caudatus in Parkinson's disease. Neurochem Pathol 1983; 1: 193-202.
14. Marsden CD. The enigma of the basal ganglia and movement. Trends Neurosci 1980; 3: 284-7.
15. Hornykiewicz O, Kish SJ. Biochemical pathophysiology of Parkinson's disease. Adv Neurol 1986; 45: 19-34.
16. Crutcher MD, DeLong MR. Single cell studies of the primate putamen. I. Functional organization. Exp Brain Res 1984; 53: 233-43.
17. Crutcher MD, DeLong MR. Single cell studies of the primate putamen. II. Relations to direction of movement and pattern of muscular activity. Exp Brain Res 1984; 53: 244-58.
18. Künzle H. Bilateral projections from precentral motor cortex to the putamen and other parts of the basal ganglia: an autoradiographic study in *Macaca fascicularis*. Brain Res 1975; 88: 195-209.
19. Künzle H. Projections from the primary somatosensory cortex to basal ganglia and thalamus in the monkey. Exp Brain Res 1977; 30: 481-92.
20. Künzle H. An autoradiographic analysis of the efferent connections from premotor and adjacent prefrontal regions (areas 6 and 9) in *macaca fascicularis*. Brain Behav Evol 1978; 15: 185-234.
21. DeLong MR, Strick PL. Relation of basal ganglia, cerebellum, and motor cortex units to ramp and ballistic limb movements. Brain Res 1974; 71: 327-35.
22. Jones EG, Coulter JD, Burton H, Porter R. Cells of origin and terminal distribution of corticostriatal fibers arising in the sensory-motor cortex of monkeys. J Comp Neurol 1977; 173: 53-80.
23. DeLong MR, Georgopoulos AP, Crutcher MD. Cortico-basal ganglia relations and coding of motor performance. Exp Brain Res 1983, Suppl 7: 29-40.
24. Evtas EV, Kimura M, Wurtz RH, Hikosaka O. Behavioral correlates of activity in basal ganglia neurons. Trends Neurosci 1984; 7: 447-53.
25. Goldman PS, Nauta WJH. An intricately patterned prefronto-caudate projection in the rhesus monkey. J Comp Neurol 1977; 171: 369-86.
26. Taylor AE, Saint-Cyr JA, Lang AE. Frontal lobe dysfunction in Parkinson's disease: the cortical focus of neostriatal outflow. Brain 1986; 109: 845-83.
27. Gotham AM, Brown RG, Marsden CD. Levodopa treatment may benefit or impair 'frontal' function in Parkinson's disease. Lancet 1986; ii: 970-1.
28. Lees AJ, Smith E. Cognitive deficits in the early stages of Parkinson's disease. Brain 1983; 106: 257-70.
29. Kish SJ, Chang LJ, Mirchandani L, Shannak K, Hornykiewicz O. Progressive supranuclear palsy: relationship between extrapyramidal disturbances, dementia, and brain neurotransmitter markers. Ann Neurol 1985; 18: 530-6.
30. Kish SJ, Gilbert JJ, Chang LJ, Mirchandani L, Shannak K, Hornykiewicz O. Brain neurotransmitter abnormalities in neuronal intranuclear inclusion body disorder. Ann Neurol 1985; 17: 405-7.
31. Kesslak JP, Nieto-Sampedro M, Globus J, Cotman CW. Transplants of purified astrocytes promote behavioral recovery after frontal cortex ablation. Exp Neurol 1986; 92: 377-90.
32. Moore RY. Parkinson's disease – A new therapy? N Engl J Med 1987; 316: 872-3.

Kish SJ, Shannak K, Hornykiewicz O. Uneven pattern of dopamine loss in the striatum of patients with idiopathic Parkinson's disease. Pathophysiologic and Clinical Implications. N Engl J Med 1988; 318: 876-80.

## THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE – THE LANCET – BRITISH MEDICAL JOURNAL



## Besluit plastische chirurgie

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst volgt hieronder publikatie van besluit nr. 2-1988 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, dat de gewijzigde opleidingseisen voor het specialisme plastische chirurgie bevat.  
Het besluit treedt in werking op 7 november 1988.

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris.

### Besluit nr. 2-1988 plastische chirurgie

het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, in vergadering bijeen op 15 februari 1988;

*gezien* het voorstel van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Plastische en Reconstructieve Chirurgie tot herziening van de opleidingseisen voor het specialisme plastische chirurgie;

*in aanmerking nemende* dat de ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Plastische en Reconstructieve Chirurgie op 22 januari 1987 de voorstellen tot wijziging heeft aangenomen;

*gehoord* de Specialisten Registratie Commissie;

*gelet* op artikel 1007, lid 2 en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

*heeft besloten*

besluit nr. 1-1978 te doen vervallen en daarvoor in de plaats de navolgende bepalingen vast te stellen:

De duur van de opleiding voor het specialisme plastische chirurgie bedraagt zes jaar. Voor deze opleiding gelden de bij besluit nr. 2-1966, laatstelijk gewijzigd bij besluit nr. 1-1982 vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen.

De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema en overige bepalingen is weergegeven.

#### Bijzondere eisen

##### A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A.1. wordt het volgende toegevoegd:  
De opleiding van zes jaar bestaat, met inachtneming van hetgeen in het opleidingsschema is bepaald, uit een heelkundige vooropleiding van drie jaar, gevolgd door drie jaar opleiding in de plastische chirurgie. De drie jaar opleiding in de heelkunde moeten worden gevolgd in een voor dat specialisme erkende opleidingsinrichting. De drie jaar opleiding in de plastische chirurgie moet worden gevolgd in een voor dat specialisme erkende opleidingsinrichting.

Aan de algemene eis van A.13. wordt toegevoegd:

f. er op toezien dat de assistent-geneeskundige een lijst bijhoudt van de door hem ingevolge punt II.2. van het opleidingsschema verrichte operaties en van de operaties waarbij hij heeft geassisteerd. De assistent-geneeskundige dient jaarlijks deze lijst bij zijn

opleider in met een afschrift aan de secretaris van de visitatiecommissie.

g. er op toezien dat de assistent-geneeskundige de pre-, per- en postoperatieve zorg heeft voor een aantal patiënten, genoemd in het opleidingsschema onder II punt 5.

h. er zorg voor te dragen dat de assistent-geneeskundige tijdens de opleiding minstens eenmaal over een onderwerp betreffende de plastische chirurgie een voordracht houdt voor de beroepsgroep van plastisch chirurgen bijeen voor een nationale of internationale wetenschappelijke vergadering en tevens een artikel publiceert in een wetenschappelijk tijdschrift of medisch vakblad. Het onderwerp van dit artikel kan zowel de heelkunde als de plastische chirurgie betreffen.

Ingevolge A.22. van de algemene eisen geven zowel de opleider in de heelkunde als de opleider in de plastische chirurgie de noodzakelijke beoordelingen af. De opleider in de heelkunde brengt zijn beoordeling ter kennis van de opleider in de plastische chirurgie.

##### B. Te stellen aan de opleiders

Ingevolge B.12. van de algemene eisen moet in de opleidingsinrichting:

1. een polikliniek ter beschikking van de afdeling plastische chirurgie staan en het aantal nieuw-verwezen ingeschreven poliklinische patiënten dient per jaar ten minste 750 zijn;
2. het aantal opnamen per jaar ten minste 500 zijn;
3. het aantal klinische operaties per jaar minstens 500 zijn.

Indien een plastisch chirurgische opleidingsinrichting door bijzondere omstandigheden kwantitatief niet voldoet aan de bovengestelde normen, of wanneer de verrichte operaties onvoldoende gevarieerd zijn, zal de assistent-geneeskundige binnen de opleidingsduur en in overleg met de opleider elders gedurende ten minste drie en ten hoogste zes maanden een aanvullende stage moeten volgen, zulks ter beoordeling van de Specialisten Registratie Commissie, gehoord de visitatiecommissie. De inrichting waar de aanvullende stage wordt gelopen moet ten minste voldoen aan de getalsmatige eisen die hierboven zijn omschreven.

##### C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

In de algemene eis van C.1. sub a. wordt het specialisme radiologie vervangen door het specialisme radiodiagnostiek c.q. radiologie.

Ingevolge C.2. van de algemene eisen is bovendien het volgende vereist:

- a. In de inrichting moeten werkzaam zijn specialisten voor de specialismen anesthesiologie, cardiologie, dermatologie, keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, neurochirurgie, neurologie met een afdeling klinische neuro-fysiologie, longziekten en tuberculose, oogheelkunde, orthopedie, psychiatrie, radiotherapie, reumatologie, revalidatie en urologie; tevens dient een tandheelkundig specialist voor het specialisme mondziekten en kaakchirurgie in de inrichting werkzaam te zijn.
- b. Als consulent moet kunnen worden geraadpleegd een specialist die voor het tandheelkundig specialisme dentomaxillaire orthopaedie is erkend.
- c. In de opleidingsinrichting moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen heelkunde en inwendige geneeskunde als opleider zijn erkend.

## OFFICIEEL

Ingevolge C.11. van de algemene eisen is het volgende vereist:

- De inrichting moet over een – als zodanig herkenbare – afdeling plastische chirurgie beschikken.
- Naast de erkende opleider moet ten minste één specialist, die voor het specialisme plastische chirurgie in het register van erkende specialisten is ingeschreven, evenals de opleider in volledige of nagenoeg volledige dagtaak in de opleidingsinrichting werkzaam zijn en bij de opleiding zijn betrokken. Voorts dient aan de opleidingsinrichting een ongevallen polikliniek te zijn verbonden die gedurende 24 uur per dag open staat voor traumatologische patiënten.

De bepalingen van C.12. sub b. van de algemene eisen worden als volgt aangevuld:

- Het instrumentarium dient wat hoeveelheid, kwaliteit en verzorging betreft zodanig te zijn dat een goede opleiding is gewaarborgd; een en ander ter beoordeling van de visitatiecommissie.
- In de bibliotheek moeten aanwezig zijn de belangrijkste moderne handboeken op plastisch-chirurgisch gebied en ten minste vijf plastisch-chirurgische tijdschriften.
- De opleidingsinrichting dient over een goede foto-(dia)documentatie te beschikken van de behandelde afwijkingen.

#### Opleidingsschema

De zesjarige opleiding bestaat uit drie jaar opleiding in de heelkunde gevolgd door drie jaar opleiding in de plastische chirurgie.

##### I. Voor de drie jaar opleiding in de heelkunde.

De assistent-geneeskundige volgt in deze periode een basisopleiding in de algemene heelkunde hetgeen nader omschreven erop neerkomt:

- dat de assistent-geneeskundige zich het heelkundig denken eigen maakt en de basisprincipes leert kennen van wond- en fractuurbehandeling, infectie- en shockbestrijding en beademing en hierin de benodigde handvaardigheid verkrijgt. De assistent-geneeskundige zal enige ervaring dienen te hebben met het sluiten van een thorax, een ribresectie moeten kunnen uitvoeren en de gebruikelijke operatietechnieken beheersen van een hernia inguinalis en umbilicalis. Voorts zal de assistent-geneeskundige de basiskennis en techniek dienen te leren van de abdominale chirurgie en bijvoorbeeld een darmnaad kunnen uitvoeren.

2. De assistent-geneeskundige moet zich tijdens de opleiding op de hoogte stellen van de complicaties die zich tijdens anesthesie kunnen voordoen. Hij moet zich – onder leiding van een anesthesioloog – die verschillende handgrepen eigen maken die bij de reanimatie nodig kunnen zijn.

De assistent-geneeskundige zal kennis moeten hebben genomen van de werkzaamheden van andere heelkundige specialismen, zoals orthopedie en urologie en ook ten minste door het bijwonen van intercollegiale consulten en/of besprekingen van die van de keel-neus-oorheelkunde, de mondziekten en kaakchirurgie, de oogheelkunde en waar mogelijk de neurochirurgie en de revalidatie/fysiotherapie.

3. De assistent-geneeskundige dient in deze periode deel te nemen aan de theoretische basiscursus heelkundige specialisten, zoals die onder auspiciën van het Collegium Chirurgicum Neerlandicum wordt gegeven en aan deze cursus verbonden toetsen, een en ander conform besluit van het Centraal College nr. 1-1988.

##### II. Voor de drie jaar opleiding in de plastische chirurgie.

- In het eerste jaar zal de assistent-geneeskundige de basiskennis en technieken moeten leren van vrije en gesteelde weefselver-

plaatsing. De meer eenvoudige toepassingen hiervan moet hij uitvoeren. In het tweede jaar zal de assistent-geneeskundige meer toepassingen van deze principes leren en zich experimenteel en klinisch bekwalen in de microvaat- en zenuwchirurgie. In het derde jaar worden deze technieken ook zelfstandig klinisch uitgevoerd. De assistent-geneeskundige zal zelf indicaties voor operaties moeten stellen en een plan voor operaties moeten kunnen opmaken. In het derde opleidingsjaar dient de assistent-geneeskundige ervaring op te doen met het verrichten van expertises, het opstellen van rapporten en met de regeling, ook de financiële, van ziekenfondsen en particuliere verzekeringsinstellingen.

2. Tijdens de opleiding dient de assistent-geneeskundige ten minste 100 klinische operaties per jaar te verrichten van voldoende variatie uit de algemene en correctieve plastische chirurgie, de handchirurgie, brandwondchirurgie, hoofd-halschirurgie, genitale chirurgie en esthetische chirurgie. Daarnaast zal hij ten minste 50 poliklinische operaties per jaar dienen te verrichten.

3. Tot de onder punt 1 en 2 genoemde verrichtingen behoort in elk geval in het derde jaar van de opleiding een aantal, dat in samenwerkingsverband met andere specialisten wordt uitgevoerd.

4. De assistent-geneeskundige dient aanwezig te zijn bij met andere specialisten te houden teambesprekingen.

5. De assistent-geneeskundige moet tijdens de gehele opleiding de zorg hebben voor ten minste 10 klinische patiënten.

6. De assistent-geneeskundige moet tijdens de gehele opleiding op de polikliniek werkzaam kunnen zijn om zodoende zijn operatiepatiënten te kunnen vervolgen.

7. De assistent-geneeskundige dient tijdens de opleiding post-academisch onderwijs dat onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Plastische en Reconstructieve Chirurgie wordt gegeven, te volgen.

8. De assistent-geneeskundige dient tijdens de opleiding in de plastische chirurgie ten minste eenmaal over een onderwerp betreffende de plastische chirurgie een voordracht te houden voor de beroepsgroep van plastisch chirurgen bijeen voor een nationale of internationale wetenschappelijke vergadering; voorts dient de assistent-geneeskundige een artikel te publiceren in een wetenschappelijk tijdschrift of medisch vakblad over een onderwerp de heelkunde of de plastische chirurgie betreffend.

#### Slotbepalingen

De opleider stelt in overleg met de assistent-geneeskundige bij de aanvang van de opleiding een globaal overzicht op van de wijze waarop de opleidingstijd zal worden ingedeeld. Dit overzicht en eventuele wijzigingen daarin worden door de assistent-geneeskundige ter goedkeuring aan de Specialisten Registratie Commissie voorgelegd.

De assistent-geneeskundige moet een lijst van de door hem verrichte en geassisteerde operaties aan de visitatiecommissie kunnen voorleggen. Het aantal en de gevarieerdheid van de operaties moeten zodanig zijn, dat de assistent-geneeskundige na beëindiging van zijn opleiding in staat moet worden geacht de plastisch chirurgische praktijk genoegzaam te kunnen uitoefenen.

De assistent-geneeskundige dient bij de aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten een overzicht van de door hem uitgevoerde plastisch chirurgische operaties, gehouden wetenschappelijke voordrachten, gepubliceerde artikelen en gevolgde cursussen en afgelegde toetsen aan de Specialisten Registratie Commissie over te leggen.

## LHV

## Intentieverklaring LHV-EGO

Op woensdag 28 september is in de Utrechtse Domus Medica tijdens een bijeenkomst de intentieverklaring ondertekend tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Elias Gebruikers Overleg. Deze intentieverklaring spreekt over een aantal wederzijdse activiteiten dat ertoe kan leiden dat de automatisering van de huisarts op verantwoorde en degelijke wijze plaatsvindt.

De LHV heeft ten aanzien van deze automatisering drie doelstellingen:

- optimalisering van het medisch handelen, preventie, onderzoek en kwaliteitsbewaking door middel van goed toegankelijke medische administraties, die zijn gestructureerd volgens door de beroepsgroep vastgestelde normen;
- professionalisering van de financieel-economische bedrijfsvoering;
- kwalitatieve gegevensuitwisseling tussen huisartspraktijken onderling en met organisaties binnen en buiten de huisartsensector.

De gebruikersvereniging heeft als doel:

- onderlinge ondersteuning van leden bij de automatisering van de huisartspraktijk door middel van informatie en adviezen;
- optimalisering van de toepassing van HIS bij de beroepsbeoefening via bundeling en overdracht van kennis aan de leden;
- versterking van de individuele positie naar de leveranciers toe wat betreft bewaking van kwantiteit en kwaliteit van de programmatuur, het bewerkstelligen en aanpassen van uitbreidingen, het bedingen van kortingen, enz.



*De beide secretarissen, Kievit (links) en Buijs, bij de ondertekening van de intentieverklaring.'*

Van de zijde van de LHV heeft ondertekening plaatsgevonden door secretaris S. Buijs, terwijl van EGO-kant secretaris D. W. Kievit zijn handtekening onder de intentieverklaring heeft gezet.

## LVSG

## Handboek preventie

Op verzoek van de LVSG was reeds enige tijd geleden aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG) gevraagd een onderzoeksvorstel te maken met betrekking tot een samen te stellen 'Handboek preventie'. Aanleiding was het destijds door de ledenvergadering aanvaarde 'Structuurrapport preventie'. De bedoeling is te komen tot een handboek dat moet kunnen worden toegepast in het kader van de groepsgerichte of collectieve preventie en preventieve gezondheidszorg.

Het handboek is bestemd voor gebruik zowel in het onderwijs van de sociale gezondheidszorg als in de praktijk door sociaal-geneeskundigen. Doelgroep: niet alleen de sociaalgeneeskundigen maar

ook andere beroepsbeoefenaren werkzaam op het gebied van collectieve preventie.

Het bestuur heeft een voorstel van het NIPG tot het doen van een vooronderzoek goedgekeurd. De duur van dit vooronderzoek zal vijf maanden zijn. Het voorstel zal nu door het NIPG aan WVC worden aangeboden met het verzoek het onderzoek te subsidiëren (WVC is reeds bij de voorbereiding van het voorstel betrokken geweest).

Het LVSG-bestuur hoopt in de voorjaarsledenvergadering van 1989 de resultaten van het vooronderzoek te kunnen presenteren.

## LVSG

## Beroepskrachtenplanning

Ter voorbereiding van de vierde nota 'Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg' werd onlangs door WVC een notitie 'Taakstellingen beroepskrachtenplanning gezondheidszorg 1988' uitgebracht met het verzoek aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) hierover voor 15 december aanstaande te adviseren.

De nota is in de KNMG-Commissie beroepskrachtenplanning besproken. De LVSG is in deze commissie vertegenwoordigd door de heer R. van Reekum. De KNMG-commissie had zware kritiek op de nota. Opmerkingen van algemene aard werden meteen ter kennis gebracht van de NRV. Enkele kritiekpunten:

- WVC heeft geen rekening gehouden met het op haar eigen verzoek opgestelde rapport van de Commissie Advies Behoeftelaping Artsen (ABA).
- de WVC-notitie baseert de berekeningen niet primair op de te

verwachten zorgbehoeften en de te voorziene ontwikkelingen in de zorgverlening maar op financiële taakstellingen van het ministerie. Het LVSG-bestuur onderschrijft dit commentaar van harte. Aan het verzoek van de KNMG de nota op gedetailleerde punten van commentaar te voorzien heeft de LVSG inmiddels – na raadpleging van de leden van de LVSG-commissie beroepskrachtenplanning – gevolg gegeven.

Opmerkelijk is dat de WVC-nota wat betreft de specialistenaantallen in het jaar 2000 uitkomt op minder dan de helft van het aantal specialisten uit de raming van de ABA-commissie. Voor sociaalgeneeskundigen komt de nota op een raming die hoger uitkomt dan die van de ABA-commissie, namelijk volgens WVC in 2000: 5.900 en volgens de ABA in 2000: 5.210.

Voor de huisartsen worden in beide ramingen ongeveer gelijke getallen aangehouden.



## 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. Uiteraard geldt deze service uitsluitend voor leden van de KNMG. 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.

120. Basisarts, 28 jr, artsexamen september 1988. Interesse: KNO. Zoekt arts-assistenten in de KNO of de chirurgie, wetenschappelijk onderzoek. Reacties: tel. 010-4562317.

121. Aanstaaend basisarts (vr.), 25 jr, artsexamen november 1988. Ervaring: klinisch wetenschappelijk onderzoek bij prematuren op neonatale intensive care: kennis van cardiale echografie (ductus-diagnostiek) en cerebrale echografie (periventriculaire bloedingen). Interesse: assistentschap kindergeneeskunde, eventueel wetenschappelijk onderzoek op pediatrisch gebied: jeugdgezondheidszorg. Tijdelijk werk geen bezwaar. Reacties: tel. 080-566281.

122. Aankomend basisarts, 25 jr, Rotterdam, artsexamen december 1988. Ervaring: orthopedisch en vaatchirurgisch onderzoek. Interesse: orthopedie en chirurgie, extra coschappen chirurgische intensive care en biomechanica. Zoekt: assistentschap orthopedie of chirurgie. Reacties: tel. 010-4110489.

123. Basisarts, 31 jr, met homeopathische opleiding. Zoekt samenwerkingsverband met homeopathische artsen en huisartsen in Zuid-Limburg. Reacties: tel. 04493-1732.

## LAD Kandidaat-afgevaardigden ledenvergadering

Als kandidaten voor de functie van afgevaardigden ter ledenvergadering van de LAD worden door het bestuur der LAD voorgedragen:

*Bundeling I: artsen, werkzaam op het terrein van de arbeids- en*

bedrijfsgeneeskunde: A. W. H. Koopman, Leiden en B. T. H. J. Arends Utrecht.

Tegenkandidaten kunnen tot vier weken na deze publikatie schriftelijk aan de secretaris van de vereniging worden meegedeeld (conform artikel 8, lid 4 van het huishoudelijk reglement der LAD).

### Hulpverlening aan artsen

Hulpverlening ten behoeve van artsen die worstelen met problemen op het gebied van geestelijke gezondheid kan in eerste instantie worden geboden via een netwerk van contactpersonen die bereid zijn voor de eerste opvang van deze collegae en hun gezinsleden op te treden. In Twente zijn regionale contactpersonen bereikbaar. Collegae die zich liever aansluiten bij lotgenoten kunnen naar een zelfhulpgroep van artsen gaan. Onder de naam Anonieme Dokters zijn verschillende werkgroepen gevormd. Deze komen elke veertien dagen bijeen op zaterdagochtend van 11.00 tot 13.00 uur. Voor nadere inlichtingen (uiteraard uitzonderd hulpvragen) gelieve men zich te wenden tot de secretaris-generaal der KNMG, of de voorzitter van de initiatiefgroep, Prof. Dr. J. Schudel, lid van het KNMG-hoofdbestuur.

### LANDELIJKE CONTACTPERSONEN

*Drs. F. M. Arends Hein, psychologe-psychotherapeute, Warmonderweg 2B, 2341 KV Oegstgeest, tel. 071-155858 of (op maandag en donderdag overdag) op 071-350660*

*Prof. Dr. W. K. van Dijk, Molenweg 5, 9761 VB Eelde, tel. 05907-4039 (na 19.00 uur)*

*Dr. P. Lens, huisarts, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden, tel. 070-706440 (overdag) of 023-245362 ('s avonds)*

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

*Prof. Dr. M. M. W. Richartz, Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-633444*

*Prof. Dr. H. G. M. Rooymans, vakgroep Psychiatrie, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden, tel. 071-269111*

*Dr. M. J. van Trommel, psychiater, RIAGG Rijnmond Noord-Oost, Schiekade 121, 3033 BK Rotterdam, tel. 010-4658066*

### CONTACTPERSONEN REGIO TWENTE

*Dr. W. Beck, Horstlindelaan 126, 7522 JL Enschede, tel. 053-351937*

*J. M. Komen, huisarts, prof. Lorentzstraat 13 (praktijk), 7557 AV Hengelo/Anna Bijstraat 14 (privé), 7522 NC Hengelo (Ov.), tel. 074-912131/074-439046*

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

### ANONIEME DOKTERS

*Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705*

*Werkgroep Den Haag, tel. 01751-17995*

*Partnergroep Den Haag, tel. 070-463449*