

MEDISCH CONTACT

Nummer 51/52 – 23 december – 43e jaargang

Goed ontworpen protocollen, algoritmen en beslisbomen kunnen, als ze op een juiste en flexibele manier worden gebruikt, leiden tot een optimale patiëntenzorg én een efficiënt en economisch gebruik van beschikbare middelen. Een bericht uit het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

Op het vlak van de preventie in relatie tot arbeid en arbeidsomstandigheden is het werk in ons land over tal van machtige bureaucratieën verdeeld. J. H. W. Bruins Slot, arts voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, ziet meer in één organisatie op dit gebied in elk gezondheidsregio; dat zou leiden tot 25 zogeheten Arbo-instituten, die elk de preventietaak hebben voor 200.000 werknemers.

Kan de verzekeringsgeneeskundige een bijdrage leveren aan de preventie van menselijke schade, in casu arbeidsongeschiktheid? W. E. L. de Boer, cursusleider verzekeringsgeneeskunde bij de Stichting voor Sociale Gezondheidszorg te Utrecht, beantwoordt deze vraag positief.

In Utrecht experimenteert men (in het kader van een breder opgezet onderzoek naar de samenwerking tussen huisarts en specialist in relatie tot kwaliteit van de zorg) met diagnostische raadpleging bij dyspeptische klachten. Een bericht uit de vakgroepen Huisartsgeneeskunde en Gastro-enterologie.

Louis-Sebastien Merciers roman 'Het jaar 2440' verscheen in 1770. Mercier zag de mensen hun gezondheid te geleger tijd in eigen handen nemen. Echter – aldus de ethicus Jan Rolies, die de roman hier kort weergeeft en bespreekt – een levensstijl wordt extern opgedrongen.

De wetgever heeft bij regulering van de intramurale gezondheidszorg nauwelijks een plaats ingeruimd voor de (grote) gemeenten. Toch kunnen deze door overdracht van bevoegdheden in ruime mate bij dit gedeelte van het overheidsbeleid worden betrokken. Mr. Drs. J. C. J. Dute, docent bestuursrecht aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, gaat de juridische mogelijkheden na.

INHOUD

Principes van medische besluitvorming. Protocollen, beslisbomen en algoritmen
Prof. Dr. J. M. Greep en Mw. Drs. L. M. L. Ch. Siezenis – 1589

Arbo-instituten. Naar een betere organisatie van de preventie in relatie tot arbeid en arbeidsomstandigheden
J. H. W. Bruins Slot – 1593

Beoordeling, begeleiding en preventie in de sociale geneeskunde
W. E. L. de Boer – 1597

Gastroscopie op verzoek van de huisarts. Een effectieve substitutie?
M. E. Numans, R. A. de Melker, J. W. Bogaard, H. M. Jacobs en F. Touw-Otten – 1601

GMD-jaarverslag 1987
S. Knepper – 1604

Grondslagen der geneeskunde. Geneeskunde en utopie
Jan Rolies – 1607

Grote steden en intramurale gezondheidszorg
Mr. Drs. J. C. J. Dute – 1609

Arts en recht. Huisarts mag bijstaan bij bevalling – 1613

Colofon 1582 – Colofon officieel 1582 – Hoofredactioneel commentaar 1583 – Voorzitterskolom LVSG 1584 – Brieven 1585 – Dagboek 1614 – Buitenland 1615 – Uit de Verenigingen 1619

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris

Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. Drs. M. C. A. van Wandelen, redactrice
R. A. te Velde, eindredacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

Abonnementen

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

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

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

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

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

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

De wonderbaarlijke beentransplantatie door het doktersduo Cosmas en Damianus, die het gangreneus been van een sacristijn, tijdens diens slaap, vervangen door het gezonde been van een pas gestorven moor.
Fernando del Rincón, 16de eeuw.
Prado, Madrid.

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht, telefoon 030-823911.

Postgironummer 58083-AMRO banknummer 45 64 48 969.

KNMG-informatielijn 030-823339; KNMG-antwoordapparaat 030-823201; telefax 030-823326.

Dagelijks bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Drs. C. R. J. Laffr  , directeur; Mw. J. den Bode-de Graaf, informatrice.

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.

Ziekte: zin en schuld

In dit nummer van Medisch Contact bespreekt de ethicus Rolies de reeds in 1771 verschenen roman 'Het jaar 2440'. Opvallend, maar goed passend bij de optimistische kijk op de mens in het tijdperk van de Verlichting, is dat in deze roman de mensen in 2440 de regie voor hun gezondheid in eigen handen nemen. Ook dan worden mensen weliswaar ziek, maar als ze matig leven en zich niet te buiten gaan aan uitspattingen en ander risicovol gedrag, hebben ze een grotere kans te genezen en langer gezond te leven. Het is een visie die nu, anno 1988, al deel uitmaakt van de ideologie binnen de gezondheidszorg. Immers, zowel de 'reguliere' als de 'alternatieve' voorlichtingsprogramma's en preventieve maatregelen hebben als kernboodschap dat men bij een oppassende en sobere levenswijze een grotere kans heeft langer en gezonder te leven.

De gedachte, dat ziekte meer is dan een onbeïnvloedbaar fatum dat de mens overkomt, kreeg uitgebreid aandacht in de serie 'Ziekte: zin en schuld', die is gepubliceerd in het deze maand helaas ter ziele gegane blad Metamedica. In zijn commentaar bij de opening van deze serie gaf Kenemans aan¹, dat ziekte zin kan hebben door de mogelijkheid tot zelfrealisatie en zelfbescherming. Er zijn mensen die op enig moment in hun leven meenden dat er voor hen geen uitzicht meer was en dat suïcide de enige uitweg was, maar die juist door deze existentiële ervaring in staat zijn gesteld op een zodanige wijze met zichzelf, hun relaties en hun omgeving om te gaan dat er een nieuw, geïntegreerd bestaansevenwicht kon ontstaan. Soms is de zin van ziekte objectiveerbaar, zoals het doormaken van sommige infectieziekten op jonge leeftijd. Vaak echter ligt de betekenis van een ziekte niet in de aandoening besloten, maar verlenen mensen zélf er een zinvolle betekenis aan.

Ziekte is niet altijd zinloos, maar ziekte is ook niet altijd schuldloos, aldus Kenemans. Met het toenemen van onze kennis over het verband tussen risicofactoren en de kans op het krijgen van ziekten, wordt de notie van ziekte en zelfs dood door schuld of tekort aan verantwoordelijkheid steeds krachtiger. We weten echter nauwelijks hoe we in de hulpverlening met het gegeven van schuld en verantwoordelijkheid kunnen omgaan. Zo steekt zo nu en dan de vraag de kop op of van mensen die door hun levenswijze of

hobby's veel risico's lopen een hogere premie voor de ziektekostenverzekering mag worden gevraagd; een vraag die nog steeds negatief wordt beantwoord vanwege het beginsel van solidariteit, de fraudegevoeligheid en de sneeuwbal-effecten van zo'n premieverhoging. Ook is er voldoende literatuur over schuldgevoelens, maar vrijwel altijd schijnt het dan om irreële schuld te handelen. Op het probleem hoe men als arts kan omgaan met concrete schuld, zelfs als deze in verband staat met ziekte of dood, rust echter een taboe. Zolang we op een wat geabstraheerd niveau spreken over determinanten van ziekte(gedrag), durven we het verband tussen levenswijze en ziekte wel te bespreken: bijvoorbeeld als het gaat over vrijgedrag en AIDS, of over alcoholgebruik en levercirrose, maar zodra we met een individu te maken krijgen

Dr. C. Spreeuwenberg

hebben we de neiging de schuld weg te poetsen.

Wij zijn allemaal geschoold in een denkwijze waarin de vraag centraal staat *waarom* (te verstaan in de zin van: *waarom*) ziekte ontstaat; bij dit 'waarom' gaat het dan vooral om fysieke factoren in de mens (bijvoorbeeld erfelijke ziekten) en buiten de mens (bijvoorbeeld micro-organismen) of over sociale factoren (opvoeding, werkomstandigheden). Sinds een aantal jaren onderwijst een aantal artsen dat het tevens zinvol is in de hulpverlening na te gaan of het *waartoe* van de aandoening op de voorgrond staat. En thans, nu verantwoordelijkheid en schuld aan de orde zijn, gaat het weer om de vraag van het waarom, zij het dat het nu gaat om iets waarop men persoonlijk wordt aangesproken.

Ten aanzien van schuldgevoelens vond Huygen het als jong arts zeer verrassend te ontdekken, dat deze gevoelens optraden bij ziekten en aandoeningen waarbij hij dat volstrekt niet had verwacht, zoals bij spontane abortus. Terugziende op zijn jarenlange ervaring als huisarts signaleerde hij echter ook², dat het praten met patiënten over hun reële schuld opluchting teweeg kan brengen.

Dit is geen pleidooi voor artsen om moraliserend te gaan optreden. Het gaat erom, dat artsen er oog voor hebben dat patiënten en/of familieleden frequent in

de ban zijn van de gedachte dat ziekte te wijten is aan eigen schuld en te vermijden zou zijn geweest. Soms is er in het geheel geen grond voor verwijten en is het mogelijk door goede voorlichting schuldgevoelens weg te nemen. Mensen die hun hele leven zwaar hebben gerookt en vervolgens een hartinfarct of longtumor krijgen kunnen zich echter wel degelijk schuldig voelen of verwijten krijgen van familieleden en omstanders. Het is dan verstandig de schuldgevoelens en verwijten openlijk te laten uitspreken en ze te erkennen en te relativeren door ze te vergelijken met objectieve gegevens.

Moeilijk wordt het als ook anderen het slachtoffer worden van onverantwoordelijk gedrag. Zo kwam bij een oude patiënt in de herstelfase van een uitgezaaid kankerproces uit, dat hij tientallen jaren geleden langdurig en frequent incest met zijn dochter had gepleegd en dat deze dochter daar psychisch zeer ernstig onder leed. In het gesprek bleek dat deze man er zeker van was dat zijn kanker het gevolg was van wat hij beschouwde als zijn 'zonde'. In eerste instantie bestond de hulpverlening uit een dubbelspoor: de schuld bevestigen en laten uitspreken, maar ook de relatie vasthouden en de betrokkene als mens niet afwijzen. Een verwijzing naar pastor of raadsman zou in dit stadium onherroepelijk als een afwijzing zijn beschouwd. Pas nadat man en vrouw herhaaldelijk hun verhaal hadden kunnen doen, kon er behoedzaam een derde worden ingeschakeld.

In de hulpverlening doet schuld zich in vele gedaanten voor. Terecht relateert Rolies de schuld door te wijzen op de sociale context van onze levenswijze. Weliswaar vervallen we niet zomaar in een bonte rij van gezondheidsproblemen en zijn we niet zomaar het produkt van onze omgeving, maar het in handen nemen van het eigen lot geschiedt maar al te vaak gebrekkig³. Kunnen we daar echter iemand buiten onszelf verantwoordelijk voor stellen? □

1. Kenemans P. Redactioneel. Metamedica 1987; 66: 322-5.

2. Huygen FJA. Ervaringen van een huisarts met vragen over verantwoordelijkheid, schuld en ziekte bij ziekte. Metamedica 1988; 67: 185-91.

3. Dupuis H, Thung P. Voordelen van de twijfel. Alphen aan den Rijn/Brussel: Stafleu, 1983, 65.

Medische milieukunde: een vak in ontwikkeling

Maar wel samen met andere artsen

De medische milieukunde is een 'bijzondere' vorm van sociale geneeskunde. In het najaar 1986 is de opleiding van medisch milieukundigen van start gegaan met twaalf cursisten. Onlangs werd de Nederlandse Vereniging voor Medische Milieukunde opgericht. Gaarne geef ik hieronder het woord aan de voorzitter van deze vereniging.

Mw. Dr. C. Hermann, voorzitter LVSG

De medische milieukunde beweegt zich als jonge tak binnen de sociale geneeskunde op het terrein van de collectieve preventie. Zij houdt zich bezig met de chemische, fysische en biologische factoren die van invloed zijn op de gezondheid. De medisch milieukundige kent geen primaire doelgroep binnen de maatschappij, immers iedereen heeft met het milieu te maken. Daarom leent de medische milieukunde zich uitstekend voor breed opgezet preventief werk, met speciale aandacht voor risicogroepen.

De vragen of iemand ziek wordt van milieufactoren en of blootstelling aan een chemische stof al dan niet tot een ziekte leidt, staan aan de basis van veel medisch-milieukundige problemen. Zo eenvoudig als deze vragen ook mogen lijken, zo moeilijk is vaak hun beantwoording. Immers, de blootstelling aan ongewenste milieufactoren is, incidenten als Bhopal, Seveso en Tsjernobyl daargelaten, laag en moeilijk te kwantificeren. Bovendien zijn de mogelijke effecten vaak specifiek of pas zichtbaar na een lange latentietijd. De medisch milieukundige bedient zich van methoden en technieken uit de toxicologie en de epidemiologie, waarbij vooral de risicoschatting, gericht op het kwantificeren van de mogelijke blootstelling, en het bevolkingsonderzoek, gericht op het opsporen van ongewenste gezondheidseffecten, mogen worden genoemd. De wetenschappelijke mogelijkheden voor de medische milieukunde om deze vragen te beantwoorden staan relatief nog in de kinderschoenen. Maar de ontwikkelingen gaan snel.

Voor het opsporen van effecten op de gezondheid heeft de medisch milieukundige naast nieuw te ontwikkelen technieken van biologische monitoring behoefte aan intensieve samenwerking met andere medische disciplines. Zo zouden bijvoorbeeld huisartsen klachten op het spoor kunnen komen die zijn verbonden met de woonomgeving. In de

tweede lijn zou een aantal specifieke afwijkingen, een cluster, eerder dan gebruikelijk is de aandacht naar een milieu-incident kunnen doen uitgaan. Een vroege signalering van klachten die mogelijk samenhangen met milieuvervuiling is van groot belang voor het opsporen van de oorzaak-gevolgrelaties.

Gelukkig staan de milieuarsten niet alleen in het veld. Milieu heeft steeds meer de aandacht van de politiek en de techniek. Grote groeperingen in de maatschappij zien in dat het milieu van wezenlijk belang is voor het voortbestaan van de mensheid. De oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Medische Milieukunde, eerder dit jaar te Lekkert, is slechts één van de vele activiteiten die passen bij de toenemende belangstelling en zorg onder de bevolking.

De meeste medisch-milieukundige expertise in Nederland is momenteel te vinden bij de basisgezondheidsdiensten. Daar zal het in de



toekomst zeker niet bij blijven. De bijzondere waarde van de medisch milieukundigen bij basisgezondheidsdiensten is de mogelijkheid die hun wordt geboden daadwerkelijk aan preventieve taken te verwerken, onder andere door het verrichten van onderzoek waarvan het nut een grotere reikwijdte kan hebben dan voor een enkele basisgezondheidsdienst.

De financiële inspanning bij het tot ontwikkeling brengen van nieuwe methodes of het toegankelijk maken van gegevensbestanden (ook van belang voor andere onderzoekers binnen de gezondheidszorg) verdient zich terug door een beter inzicht in de complexiteit van de relatie tussen milieu en gezondheid. Met behulp van iedereen in de samenleving moeten we proberen onze omgeving vrij van schadelijke invloed te maken. Daarvoor is bewustzijn nodig dat een discussie over de verschillende vrijheden die wij als mensen kennen niet uit de weg gaat. De vrijheid van

meningsuiting; de vrijheid van mobiliteit; de vrijheid van hygiëne; de vrijheid van materiële welvaart, zijn enkele voorbeelden hiervan. Het verdedigen van de ene vrijheid kan ten koste gaan van de andere: als we vrijheid van (auto-)mobiliteit willen hebben, gaat dat ten koste van de schone lucht. Zo zijn er tal van afwegingen te maken. Dat de discussie hierover moet worden opgevoerd moge echter duidelijk zijn, als we kijken naar de mondiale milieuproblemen: verzuring, ontbossing, het ozongat.

De medische milieukunde zal hopelijk instrumenten kunnen aanreiken waarmee wij in de maatschappij deze afwegingen moeten maken. De ontwikkeling van de instrumenten en de voortgang van fundamenteel onderzoek dienen echter meer armslag te krijgen. Soms ontbreken de randvoorwaarden, van financiële, politieke of technische aard. Naar mijn mening ligt er mede voor de KNMG een uitdaging om haar doelstelling in de richting van de bevordering van de geneeskunst waar te maken, onder andere door zich bij betrokken instanties hard te maken voor een verbetering van de toegankelijkheid en de inhoudelijke registratie van bestanden.

Zoals de voorzitter van de KNMG in de column in Medisch Contact van 25 november jl. (MC nr. 47/1988, blz. 1444) schreef: het bewustwordingsproces dient binnen de kring van medici te worden ontwikkeld. De Nederlandse Vereniging voor Medische Milieukunde (NVMM) onderschrijft die mening, maar ik denk dat dit bewustwordingsproces niet ophoudt bij de medici. Een bredere basis is nodig. En in het verleden hebben artsen getoond dat zij een belangrijke rol kunnen vervullen bij het stimuleren van veranderingen in de maatschappij die alle mensen ten goede kwamen. Ik denk aan het werk van de sociaal-geneeskundigen uit de vorige eeuw, die ijverden voor betere hygiënische toestanden in onze steden door te pleiten voor de invoering van riolering en drinkwatervoorzieningen. De medisch milieukundige zal zeker een bijdrage willen leveren aan dit bewustwordingsproces. Maar de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor het oplossen van milieuvraagstukken ligt bij ons allemaal. Het is alleen de vraag hoe snel en hoeveel we willen inleveren van onze verworven vrijheden.

P. J. van den Hazel,
voorzitter NVMM

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.

OVER BEWIJSVOERING IN DE HOMEOPATHIE

De discussies die de laatste jaren onder meer in dit tijdschrift zijn gevoerd over de zogenoemde alternatieve geneeswijzen, vertonen een opvallend patroon. Uit de reguliere hoek verschijnt veelal de gebruikelijke generaliserende denktant, waarmee de auteurs trachten een grote verscheidenheid aan niet-reguliere geneeswijzen onder één noemer te brengen (Van der Smagt in Medisch Contact: 'Onder alternatieve geneeswijzen zijn te verstaan diagnostische en/of therapeutische stelsels die niet zijn gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek, maar op ongetoetste hypothesen, met andere woorden: op geloof'). Het alternatieve kamp bericht meestal uit verschillende richtingen afzonderlijk, in het besef dat er naar herkomst en werkwijze juist onderscheid bestaat. Er bestaan in feite nauwelijks inhoudelijke overeenkomsten. Het lijkt ons dan ook niet langer zinvol discussies over vage algemeenheden te voeren; liever kijken wij naar de diverse geneeswijzen afzonderlijk.

Wat de benadering van de patiënt betreft, treft men bij de verschillende alternatieve geneeswijzen twee stromingen aan: de *metafysische* en de *wetenschappelijke*². De reguliere geneeskunde pretendeert zuiver wetenschappelijk te zijn gefundeerd. Maar iedere arts weet, dat hij of zij zelf een belangrijke rol speelt in het communicatieproces met de patiënt op weg naar genezing³. Het is de persoon van de arts die een positieve of negatieve bijdrage levert aan het herstel van de patiënt in mentaal-emotioneel opzicht, dat wil zeggen aan de bevordering van autonomie en onafhankelijkheid. Het is onzinnig, te veronderstellen dat elke arts die zijn of haar blikveld verbreedt door het toepassen van een niet-reguliere geneeswijze, daardoor zodanig 'metafysisch' wordt in zijn of haar benadering van de patiënt, dat er sprake is van ziektebevestiging, die zou leiden tot somatische fixatie en medicalisering⁴: niet het toegepaste systeem, maar de persoon van de arts is hierop primair van invloed! Aan de andere kant stellen we vast, met Van der Smagt, dat onder leken-therapeuten de neiging bestaat om de door hen toegepaste geneeswijze in een meer 'metafysische' vorm te presenteren.

Een arts die zich buiten de reguliere paden begeeft en zich met homeopathie gaat bezighouden, zal waarnemingen doen die niet te negeren zijn, vaak reproduceerbaar blijken te zijn en uitnodigen tot verdere verkenning. Dat leidt tot boeiende, vaak verrassende ervaringen. Homeopathie is vooral praktisch, levendig en vergroot het onderscheidend vermogen. Met geloof of verlangen naar priesterlijke macht heeft het in ieder geval niets te maken.

BRIEVEN

Het blijkt goed mogelijk per situatie een van de vormen van reguliere geneeskunde aan te wenden dan wel homeopathie toe te passen. Eenmaal op het pad der homeopathie, is er dus geen noodzaak tot het doen van een óf-óf-keuze. Wel is het nodig de mogelijkheden van elke therapie te kunnen onderscheiden. Daartoe is een arts de aangewezen persoon⁵. Genezen is een zaak van kunde en kunst, verenigd in de persoon van een gekwalificeerd arts. Homeopathie is in de overgang van een 'context of discovery' (heuristische fase) naar een 'context of justification' (wetenschappelijke fase)⁶. De kwaliteiten van de homeopathie dienen wetenschappelijk verder te worden onderzocht. Hiermee is reeds een begin gemaakt⁷. Het is natuurlijk wel noodzakelijk dat zowel homeopathische als reguliere artsen hiervoor open staan.

Homeopathie en wetenschappelijk onderzoek. Het is goed, ter verduidelijking nogmaals een aantal uitgangspunten van de homeopathie kort weer te geven.

Primair staat de *similia-regel*, die inhoudt dat de zieke wordt behandeld met een medicijn dat bij gezonde personen juist gelijkende symptomen kan veroorzaken. Deze grondregel impliceert dus twee voorwaarden, namelijk enerzijds het individuele ziektebeeld, dat via een methodische anamnese kan worden verkregen, en anderzijds het geneesmiddelbeeld. Dit laatste wordt van elk in de homeopathie toegepast middel bepaald door toetsing van het effect op gezonde proefpersonen, de zogeheten geneesmiddelenproef. Veel van deze proeven zijn echter onvolledig. Bovendien werd het merendeel verricht in de 19e en in het begin van de 20e eeuw. Een van de taken van de moderne homeopathie is het reconstrueren van deze informatie op het niveau van de hedendaagse cultuur⁸.

Vervolgens maken homeopathische artsen gebruik van middelen die gepotentieerd ofwel gedynamiseerd zijn. Dit is een voortdurend strijdpunt tussen reguliere en homeopathische artsen. Onder homeopaten is geen eenstemmigheid over de *potentiekeuze*: de meer organotroop georiënteerden gebruiken bij voorkeur lage, materiële potenties, terwijl de klassiek werkende homeopaten overwegend hoge, immateriële potenties voorschrijven.

Over de tot op heden verrichte onderzoeken zijn enkele samenvattingen verschenen⁹. Bij vele studies bleken methodologische gebreken

aanwezig te zijn. De onderzoeken zijn als volgt in te delen:

1. fundamenteel onderzoek naar de structuur en het werkingsmechanisme van geneesmiddelen;
2. experimenteel onderzoek naar de effecten van homeopathische (gepotentieerde) middelen op in vitro culturen, geïsoleerde organen, planten, dieren en mensen (geneesmiddelproeven);
3. klinisch effectiviteitsonderzoek, onder te verdelen in
 - a. klassiek homeopathisch onderzoek, dat wil zeggen: binnen de methodologische regels van dubbel blinderen, randomiseren en placebocontrole heeft de homeopathische arts de vrijheid het middel te kiezen dat het best past bij het individuele ziektebeeld van de patiënt. Dit individuele beeld is een nadere differentiatie van het klinische beeld. Deze vorm van onderzoek doet het meest recht aan het individualiserende karakter van de homeopathie. In een klassiek homeopathisch effectiviteitsonderzoek staat dus niet de vergelijking van geneesmiddelen centraal, maar juist die van behandelingsmethoden;
 - b. organotroop homeopathisch onderzoek, dat wil zeggen: met in acht nemen van de methodologische spelregels wordt het effect van een homeopathisch middel bij een bepaald omschreven aandoening vastgesteld. Als voorbeeld kan het bekende pollenonderzoek van Reilly worden genoemd.

Homeopathie en (procto)colitis. In april 1988 is in het Maria Ziekenhuis te Tilburg het onderzoek 'Homeopathie en (procto)colitis' van start gegaan¹⁰. Dit is een vergelijkende studie naar de betekenis van homeopathie als individuele behandelingsmethode ten opzichte van placebo en reguliere behandeling. Homeopathie wordt toegepast volgens de klassieke methode, waarbij elke patiënt met (procto)colitis op verschillende niveaus (mentaal, emotioneel, fysiek) wordt geanalyseerd. Individuele, onderscheidende kenmerken zijn het meest van belang. De gegevens worden vervolgens gerangschikt (hiërarchisatie), zo nodig gerepertoriseerd en vervolgens gesynthetiseerd¹¹. Tenslotte wordt per patiënt een individuele geneesmiddelenkeuze gemaakt volgens de *similia-regel*. Er wordt per keer slechts één geneesmiddel tegelijk gegeven, in de vorm van globuli per os. Verder wordt uitsluitend gebruik gemaakt van immateriële potenties (C30 of hoger). De reguliere behandeling bestaat standaard uit salazopyrine-tabletten 3 d.d. 1 gram, gecombineerd met een 5-ASA zetpil voor de nacht.

Er zijn drie patiëntengroepen geformeerd, namelijk de homeopathische, de reguliere en de placebogroep, waaraan patiënten op basis van

toeval worden toegewezen. Het onderzoek is dubbelblind om ongewenste storende effecten uit te sluiten. Alle patiënten gebruiken uiterlijk identieke globuli, tabletten en zepillen, die verum dan wel placebo-inhoud bevatten, afhankelijk van de groep waartoe de patiënt behoort. Het onderzoek duurt een jaar per patiënt.

Een hiermee enigszins vergelijkbaar onderzoek is in 1986 aan de Vrije Universiteit te Amsterdam gestart¹². In Nederland zijn, voor zover wij weten, alleen deze twee goed geprotocolleerde effectiviteitsstudies gaande. Het proctocolitis-onderzoek is dan ook slechts een begin en hopelijk een stimulans voor andere reguliere en homeopathische artsen om in goede samenwerking de mogelijkheden van de geneeskunde te leren kennen. Wij hopen te zijner tijd over de resultaten van ons onderzoek te kunnen berichten.

Tilburg, december 1988

G. R. H. J. Jansen, homeopathisch arts, huisarts te Tilburg;

Dr. A. L. J. van der Veer, internist Maria Ziekenhuis Tilburg;

Dr. A. van der Kuy, apotheker Maria Ziekenhuis Tilburg;

Prof. Dr. J. Hagenaars, methodoloog-statisticus, Faculteit Sociale Wetenschappen, Katholieke Universiteit Brabant

Literatuur

1. Smagt CP. van der. Nog eens alternatieve geneeswijzen. Medisch Contact 1988; 43:1281-4.
2. Campbell A. The two faces of homoeopathy. (Met betrekking tot de homeopathie.) New Delhi: Jain, 1985.
3. Balint M. De dokter, de patiënt, de ziekte. Spectrum, 1975.
4. Zie 1.
5. Wiersma M. Homeopathie en bewijsvoering. Medisch Contact 1982; 37: 1640.
6. Peursen CA van. De opbouw van de wetenschap. Meppel: Boom, 1984.
7. Poitevin B. Le devenir de l'homeopathie. Paris: Doin, 1987.
8. (Onder meer) Vithoulkas G. Essences. Ook: The Esalen Book, part 1 en 2.
9. Rossum J van. Effectiviteitsonderzoek in de homeopathie. SSC 16/3, september 1986.
10. Jansen GRHJ, Veer ALJ van der, Kuij A van der, Hagenaars J. Homeopathie en (procto)colitis; protocol.
11. (Zie voor uitleg van deze termen onder andere:) Koehler G. Lehrbuch der Homöopathie. Hippokrates Verlag, 1983.
12. Lange-de Klerk ESM de, Feenstra L, Bezemer PD. Effectiviteitsonderzoek van homeopathische therapie bij kinderen met recidiverende bovenste luchtweginfecties.

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

In MC nr. 42/1988, blz. 1281 neemt de heer C. P. van der Smagt stelling tegen de alternatieve geneeswijzen. In het kort de volgende tegenwerpingen:

1. Het is wetenschappelijk onjuist in een definitie een waardeoordeel op te nemen. Wil men tot een uitspraak komen over het wel of niet wetenschappelijk zijn van de alternatieve ge-

neeswijzen (zijn zij alle gelijk?), dan zou men eerst de criteria voor wetenschappelijkheid expliciet moeten nemen en vervolgens zowel de reguliere als de alternatieve geneeswijzen daaraan moeten toetsen. Wat de heer Van der Smagt hier echter doet, is goochelarij.

2. De heer Van der Smagt is kennelijk niet op de hoogte met het paradigma-begrip. Daardoor is hij niet in staat te onderkennen dat, als de alternatieve geneeswijzen al op een 'geloof' (geheel van voorwetenschappelijke aannames) berusten, dat zulks dan eveneens geldt voor de reguliere geneeskunde. Immers, in de reguliere ziekteopvatting staat (de laesie aan) het orgaan c.q. het weefsel c.q. de cel c.q. de DNA-structuur centraal. In de alternatieve geneeswijzen gaat men uit van het zelfregulerend vermogen van het organisme als geheel. Ieder heeft het recht zich tot de eerste zienswijze aangetrokken te voelen, maar dat maakt anderen nog niet tot domoren en bijgelovigen.

3. Het is niet moeilijk onjuistheden in het betoog van de heer Van der Smagt aan te tonen. Wij geven daarvan één voorbeeld. Hij noemt als consultkosten van alternatieve artsen/therapeuten bedragen van omstreeks f 60,— tot f 125,— en stelt daar het huisartsconsult tegenover met een bedrag van f 28,50. Wie hier echter verzuimt te vermelden dat er sprake is van een uiteenlopende consultduur, maakt zich schuldig aan ernstige misleiding. Rekenen we beide soorten consultprijzen om tot uurhonoraria, dan komen we in beide gevallen uit op omstreeks f 170,—. Dit is — zo menen wij te weten — het norminkomen van de huisarts, wat ook de meeste alternatieve artsen als maximum (!) aanhouden.

4. De stelling dat de alternatieve geneeswijzen leiden tot medicalisering, is volstrekt uit de lucht gegrepen. Wij ervaren dagelijks het tegendeel: 90% van de patiënten onderging eerder een gebruikelijke reguliere behandeling en 70% daarvan ondervond geen baat. De belangrijkste redenen om naar een alternatieve arts of therapeut te gaan, liggen in het vlak van (met name) onprettige ervaringen met de reguliere geneeskunde: men 'kon niets vinden', de patiënt voelde zich van het kastje naar de muur gestuurd, men voelde zich niet prettig bejegend of de behandeling hielp onvoldoende c.q. leidde tot averechts resultaat. Men ziet dan doorgaans dat de patiënt met de behandeling goed opknapt. Het is in dit verband ongefundeerd te veronderstellen dat de patiënt langer zou worden vastgehouden dan strikt nodig is.

5. Ook de stelling van de heer Van der Smagt, dat er 'uiteraard nauwelijks systematische pogingen ondernomen worden om die goede resultaten aan te tonen', is echte onzin. Wie de moeite zou nemen, bijvoorbeeld via de universiteitsbibliotheek, door middel van een computerzoekprogramma publikaties op te vragen over onderzoek naar acupunctuur of andere 'alternatieve' geneeswijzen, zou met eigen ogen kunnen constateren hoe serieus en uitgebreid er over de gehele wereld is gewerkt aan een nadere 'wetenschappelijke' fundering van de alternatieve geneeswijzen.

Kortom, er is in het artikel van de heer Van der Smagt sprake van een onbegrijpelijke opeen-

stapeling van onzorgvuldigheden, zodat ik eerder denk aan een black-out dan aan een serieuze poging tot communicatie. Het laatste is echter wat ons betreft steeds mogelijk. Wij zullen graag met iedere serieuze belangstellende van gedachten wisselen.

Venhuizen, december 1988

Voor het presidium van de Artsenfederatie voor Additieve/Alternatieve Geneeswijzen (AAG)

A. van der Marel, huisarts, secretaris

Naschrift

1. De vaststelling dat alle alternatieve geneeswijzen zijn gebaseerd op ongetoetste hypothesen, houdt als zodanig geen waardeoordeel in. Het presidium van de Artsenfederatie voor Additieve/Alternatieve Geneeswijzen zou meer indruk hebben gemaakt door een lijstje te produceren van alternatieve geneeswijzen die op wel getoetste hypothesen zijn gefundeerd dan door mij van goochelarij te betichten.

2. Discussies over filosofische onderwerpen zijn boeiend en nuttig; ze kunnen een arts helpen zijn attitude te verbeteren en zijn zin voor relativiteit te bevorderen. Wanneer men echter op filosofische gronden meent een medicus te kunnen ontslaan van de verplichting zijn handelen in hoofdzaak te baseren op de resultaten van behoorlijk onderzoek, dan maakt men misbruik van de filosofie en maakt men de weg vrij voor charlatanerie en bedrog.

3. Ik ben het presidium uiteraard zeer erkentelijk dat het zich heeft willen verlagen tot mijn erbarmelijk niveau, maar voor de discussie zou het handig zijn geweest als men tevens de moeite genomen had mijn stukje goed te lezen. Men had dan gezien dat mijn mini-enquête diende om aan te tonen dat de extra tijd en aandacht die alternatieve genezers aan hun patiënten zeggen te besteden, waardoor zij zich zo onderscheiden van andere artsen, wel moeten worden betaald (vergelijking consultduur dus).

Veel interessanter in dit verband is de kwestie van het rendement van alternatieve geneesmethoden, waarover ik in mijn artikel niet repte. Als men afziet van het genoegen dat sommige mensen blijkbaar beleven aan het zich doen afnemen van een ellenlange homeopathische anamnese of het zich laten volprikken met naalden, dan moet het therapeutisch effect van alternatieve geneesmethoden wel twee tot vijf keer zo groot zijn als dat van reguliere huisarts-geneeskunde, willen alternatieve genezers niet worden beschuldigd van een onverantwoorde kostenverhoging van de gezondheidszorg.

4. Het gevaar van medicalisering ligt in de ziektebevestigende attitude van alternatieve genezers en in het aanprijzen in propagandageschriften van alternatieve geneesmiddelen en leefwijzen ter beïnvloeding van fysiologische processen of minimale gezondheidsproblemen. Dat veel patiënten ontevreden zijn over de reguliere geneeskunde, heeft daar niets mee te maken. Het presidium deelt in deze paragraaf terloops mee dat de patiënt met de alter-

natieve behandeling doorgaans goed opknapt. 5. Om te weten te komen of dit inderdaad het geval is, of dat er sprake is van wishful thinking, moeten we dan zelf naar de universiteitsbibliotheek, want een literatuurlijst – die hier zo van pas zou komen – ontbreekt. Vermoedelijk produceert de bibliotheekcomputer een lijst met publikaties in tijdschriften als *The British Homeopathic Journal* of *Les Annales Homéopathiques Françaises* of misschien zelfs wel in *Arts en Alternatief*. Een Nederlandse huisarts heeft doorgaans geen tijd om meer dan twee à drie wetenschappelijke tijdschriften te lezen en hij doet er goed aan die te kiezen waarvan hij weet dat de redactie de allerhoogste eisen stelt aan het gehalte van de aangeboden artikelen. In zulke tijdschriften verschijnt zelden of nooit een bijdrage waarin een 'wetenschappelijk fundament' wordt gelegd voor alternatieve geneeswijzen.

Tenslotte: het presidium heeft ten onrechte begrepen dat mijn bijdrage in *Medisch Contact* een poging tot communicatie met de AAG is geweest.

De Bilt, december 1988
C. P. van der Smagt

DE INTERACTIE TUSSEN GYNAECOLOOG EN PATIËNT

Mevrouw u fabriceert problemen

Wat wil zo'n mevrouw Drs. E. J. van der Jagt dan wel met haar uitvoerige artikel in MC nr. 39/1988 blz. 1171 ('Probleemoplossing in de interactie tussen gynaecoloog en patiënt')? En welk probleem wil ze opgelost zien: zij zat met de groeiende vierling in haar buik, maar de ziekenhuiscollega's zaten er lelijk mee in hun maag! Moet dit artikel beduiden: Ik zal jullie eens vertellen waarin je grandioos te kort schiet? Eerst is ze over de assistent-gynaecoloog, Dr. L., zeer tevreden; dan ineens deugt er niets van en is hij te 'belerend', enz. en is men te 'orgaangericht' in plaats van probleemgericht en is Dr. L. te directief. En wordt haar 'persoonlijkheid' geen recht gedaan. Mevrouw doet wel erg geleerd vanuit haar andragologie, maar *wat* ze nu precies wil wordt mij niet duidelijk. Ze fabriceert problemen, lijkt me.

Zeist, november 1988
A. C. Kars

Naschrift

Helaas kan ik uit de reactie van de heer Kars niet opmaken wat zijn 'boodschap' precies inhoudt en welke vragen hij mij stelt. Laat ik het er dus maar op houden dat de essentie van mijn artikel hem is ontgaan en deze gelegenheid aangrijpen die nog eens kort samen te vatten: Het probleem dat ik graag opgelost zou willen zien (en dat is niet hetzelfde als vertellen waarin 'jullie' grandioos te kort schieten) is het

probleem dat de gynaecologische hulpverlening, zoals ik die in twee willekeurige ziekenhuizen heb ondervonden en die ik als exemplarisch beschouw voor de gynaecologische hulpverlening in het algemeen, dermate is gericht op alleen de somatiek dat de gevolgen voor de patiënt zeer ingrijpend kunnen zijn. Ik pleitte daarom ook voor een 'probleemgerichte' in tegenstelling tot een 'orgaangerichte' benadering. Tevens heb ik duidelijk gemaakt van welk een groot belang het is het beleid van de afdeling ten aanzien van de uitvoering van abortussen eenduidig vast te stellen en, indien toezeggingen aan de patiënt zijn gedaan, deze niet, of slechts met inachtneming van de uiterste zorgvuldigheid, te herroepen.

Het gaat mij er niet om 'op de man' te spelen: niet de heropvoeding van individuele artsen, maar kwaliteitsverbetering van de gynaecologische hulpverlening heb ik voor ogen.

Vlaardingen, december 1988
E. J. van der Jagt

PREVENTIE IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Het moment van publikatie van het artikel van collega Lim-Feyen over doelstellingen in de preventieve jeugdgezondheidszorg (MC nr. 44/1988, blz. 1357) is zodanig geweest dat het een inleiding en opwarmer zou hebben kunnen zijn voor het congres ter gelegenheid van het 80-jarig bestaan van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg dat als thema had: 'De preventie in de jeugdgezondheidszorg'. Het motto: 'Gezondheidszorg is alleen zinvol als een bijdrage wordt geleverd aan gezondheid', suggereert, wellicht onbedoeld, dat er in de jeugdgezondheidszorg activiteiten in stand worden gehouden waarvan niet wetenschappelijk is aangetoond dat ze een positieve bijdrage leveren aan de gezondheid van jeugdigen; voorbeelden daarvan worden echter niet gegeven.

Volgens de schrijfster was vroeger de maatstaf van het goed functioneren van de jeugdgezondheidsorganisatie de opsomming van de verrichtingen per populatie jeugdigen. Naar mijn mening is dit onjuist, omdat bovenstaande registratie tot doel had aan te geven welk percentage van de specifieke groep jeugdigen werd bereikt, hetgeen een duidelijk en belangrijk criterium is voor een sociaal-geneeskundige activiteit die behoort te zijn gebaseerd op epidemiologische gegevens. Daarnaast werden echter van die verrichtingen waarvan het effect volgens vastgestelde indicatoren meetbaar was, de resultaten ook vermeld, onder meer visus- en gehooronderzoek, vaccinaties, fenylketonurie- en congenitale-hypothyreoïdie-screenings, somatische afwijkingen, groei en ontwikkeling, en voeding. Het is bekend, dat het resultaat van preventieve activiteiten bij kinderen niet altijd exact meetbaar is, daar er een multipliciteit van (risico)factoren die de ontwikkeling beïnvloeden is en kinderen wisse-

lend op dezelfde (risico)factoren reageren en wel volgens een continuüm van volledige uitdrukking van een fysisch of gedragsprobleem tot beperkte of geen uitdrukking. De functionele status van een kind is bovendien op ieder moment afhankelijk van endogene en exogene factoren, de wisselwerking van deze factoren, het ontwikkelingsstadium, de duur en intensiteit van inwerken van de (risico)factoren en de competentie van het kind. Dat het resultaat van preventieve activiteiten niet altijd aantoonbaar is, is dus niet altijd een dooddoener. Het is overigens terecht, dat in het artikel nog eens aandacht wordt gevraagd voor het op een planmatige wijze, via weloverwogen gekozen, berekende en gestructureerde interventies, aanpakken van de huidige problemen met betrekking tot de gezondheidsbevordering en de vermindering van gezondheidsschade bij de jeugd en deze activiteiten te evalueren zowel op de resultaten als op de achterliggende hypothese, de keuze van de doelgroep, de methode van interventie, de organisatie van activiteiten, effectiviteit en efficiency. Naast het vertalen van abstract geformuleerde doelen in concrete, specifieke doelstellingen is echter evenzeer een aangepaste organisatie van de zorgverlening nodig om inhoudelijke en organisatorische kwaliteitsbewaking en verantwoording van de resultaten mogelijk te maken. Tevens is daartoe een voorwaarde, te beschikken over wetenschappelijke multidisciplinaire ondersteuning en stimulering. Daar is in het verleden voortdurend en met veel aandring om gevraagd, zonder veel resultaat overigens. Maar wellicht is de tijd er nu rijp voor.

Goirle, december 1988
Dr. A. J. Swaak

HERMAN VAN GEUNS †

Een groot man voor de mensenrechten

Zeer veel mensen in Nederland en elders in de wereld hebben met verslagenheid en verdriet gereageerd op het overlijden van Dr. Herman A. van Geuns op 14 november jl. Het In Memoriam in *Medisch Contact* van 19 december (MC nr. 50/1988, blz. 1556) beschrijft hoeveel hij heeft betekend voor de tuberculosebestrijding en in de hoedanigheid van plaatsvervangend hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid.

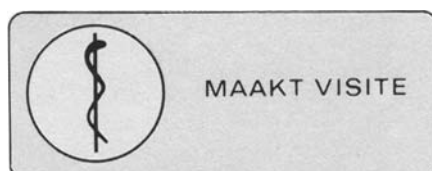
Ook voor de velen in en buiten Nederland die hem kenden als groot voorvechter van de mensenrechten is zijn vroege dood een zware slag. Zijn nimmer aflatende strijd tegen schendingen van mensenrechten en structureel geweld hebben hem naast zijn officiële carrière veel bekendheid en gezag in binnen- en buitenland gegeven. Velen ontleenden en ontleen aan Herman buitengewoon veel steun en inspiratie. In Japanse concentratiekampen in Indonesië heeft hij aan den lijve ondervonden wat het betekent structureel geweld te moeten ondergaan. Mede hierdoor is hij zich steeds ervan

bewust geweest dat rechtvaardigheid en mensenrechten geen vanzelfsprekendheden zijn, maar voortdurend moeten worden bevochten en beschermd, ook en met name beroepshalve. Van 1968-1972 was Herman de eerste gekozen voorzitter van de Nederlandse afdeling van Amnesty International; in 1971 werd hij tevens lid van het internationale bestuur van deze organisatie. In 1971 maakte hij deel uit van een internationale missie van Amnesty International naar Noord-Ierland. Daar werd hem duidelijk dat artsen betrokken waren bij de zware verhoren en martelingen van IRA-gevangenen. Als arts voelde Herman zich hierdoor speciaal aangesproken; dit heeft zijn verdere richting binnen het mensenrechtenwerk bepaald. In het groeiende besef dat artsen, psychologen en farmacologen bewust of onbewust betrokken zijn en worden bij verhoren en martelingen en daarbij hun kennis in dienst stellen van folteraars en (meestal) dictatoriale regeringen, heeft hij met een aantal andere artsen de aanzet gegeven voor het werk van de medische beroepsgroepen van Amnesty International.

Tijdens de start van de Campagne tegen het Martelen op een internationale conferentie in Parijs in 1973, heeft de medische werkgroep, waarvan Herman voorzitter was, aanbevelingen gedaan voor het opstellen van medisch-ethische gedragsregels, die uitgangspunt vormden voor de Verklaring van Tokyo in 1975. Met anderen stelde hij een protocol op voor het onderzoeken van slachtoffers van marteling. Hij was de eerste voorzitter van de Medische Adviesraad van Amnesty International. In 1976 publiceerde hij samen met Prof. Alfred Heijder de Amnesty-brochure: 'Professional Codes of Ethics'.

Op uitnodiging van de Duitse regering maakte hij in 1974 deel uit van een groep die een Nederlandse hongerstaking, lid van de Baader-Meinhof-groep, in de gevangenis bezocht. Ook was hij vertrouwensarts van een Ierse gevangene die voedsel weigerde. Hij was verontrust over de rol van artsen bij het breken van hongerstakingen; hij noemde dit een voorbeeld van het afglijden van de beroepsethiek.

In 1985 was Herman van Geuns medeoprichter van de International Commission of Health Professionals for Health and Human Rights in Genève. Vanaf 1986 was hij als medeoprichter de vice-voorzitter van de Johannes Wier Stichting voor Mensenrechten en Gezondheidszorg in Nederland. Met veel ervaring en inspiratie heeft hij zich steeds voor deze stichting ingezet, in de overtuiging dat mensenrechten ook in de medische, verpleegkundige en paramedische beroepen een platform dienen te hebben waarin de specifieke professionele verantwoordelijkheid tot uitdrukking kan worden gebracht. Herman was de geestelijke vader van het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen. Naast dit, vooral op zijn initiatief, binnen het Ministerie van WVC opgerichte centrum voor hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers stimuleerde hij de oprichting van een team van specialisten ten behoeve van de tweedelijnsgezondheidszorg voor vluchtelingen: het AZL/



CGV-team. Eveneens initieerde hij de oprichting van het Steunfonds Gezondheidszorg Vluchtelingen, ten behoeve van vluchtelingen en asielzoekers die (nog) geen ziektenkostenverzekering hebben, en voor onderzoek en onderwijs op het gebied van de medische problematiek van vluchtelingen. Herman achtte het van groot belang dat de kennis en ervaring uit de categorale hulpverlening aan hulpverleners in de reguliere zorg wordt overgedragen; een CGV-brochure met dit oogmerk werd in oktober jl. aan hem opgedragen.

Herman had een grote rol in de totstandkoming van drie werkgroepen die onder auspiciën van de WHO en het ministerie van WVC bijeenkwamen: de psychosociale gevolgen van geweld (1981, Den Haag), de gezondheidsrisico's van structureel geweld (1986, Veldhoven), en vluchtelingen en andere slachtoffers van geweld (1988, Gotenburg, Zweden). In alle drie bijeenkomsten werden vooral de resultaten van wetenschappelijk onderzoek binnen de genoemde terreinen belicht. Herman wees erop dat de aandacht niet alleen of speciaal moet uitgaan naar slachtoffers van martelingen, maar naar alle slachtoffers van structureel geweld; hij wilde stigmatisering voorkomen en waarschuwde voor secundaire victimisatie. Een buitengewone gave van Herman was het stimuleren van anderen. Hij wist het beste uit anderen te halen en hij gaf hun daarvan de eer. Door zelf zijn nek uit te steken stimuleerde hij ook anderen tot stellingname; velen hielp hij een zekere schroom hierbij te overwinnen. Hij was een onmisbaar en zeer inspirerend klankbord, toen in 1987 de Johannes Wier Stichting haar eerste missie (naar Zuid-Afrika) ondernam.

Steeds was hij bereid om genuanceerd te zijn en te luisteren naar andere meningen, maar hij was helder in zijn oordeel en stellingname. Terwijl hij als begaafd bestuurder de structuur en de grote lijnen in het oog hield, verloor hij nooit de aandacht voor de individuele mens, zeker waar deze verdrukt of gekweld was. Zijn werklust, gepaard met zijn gevoel voor relativerende humor, werkte inspirerend op anderen.

Auto-embleem

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

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

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

Zowel nationaal als internationaal zal het gemis van deze geliefde en gewaardeerde man sterk voelbaar zijn. Moge het voor zijn vrouw, kinderen en kleinkinderen, voor wie dit verlies zoveel schrijnender is, een troost zijn dat degenen die zijn werk voortzetten in hem een voorbeeld blijven zien.

Loes van Willigen, directeur Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen

Nadia Gevers Leuven-Lachinsky, Amnesty International

Adriaan van Es, voorzitter Johannes Wier Stichting voor mensenrechten en gezondheidszorg

RECHTZETTING

CVA: de rol van revalidatiecentrum en verpleeghuis
(MC nr. 47/1988, blz. 1460)

Ten onrechte is bij het artikel 'CVA: de rol van revalidatiecentrum en verpleeghuis' (MC nr. 47/1988, blz. 1460) slechts één auteur vermeld. Dit artikel staat op naam van A. G. Boekema, Dr. J. de Vries, R. J. P. A. Lenssen en R. S. M. Keizer.

A. G. Boekema, arts-assistent in het Revalidatiecentrum het Roessingh te Enschede tijdens het in het artikel beschreven retrospectieve onderzoek, is thans als arts werkzaam bij het IKA Stedendriehoek Twente (Integraal Kankeercentrum te Enschede).

R. J. P. A. Lenssen is geneesheer-directeur en verpleeghuisarts van de Stichting Christelijk Verpleeghuis Enschede 't Kleyne Vaert.

Dr. J. de Vries fungeert als adjunct-directeur medische zaken en revalidatiearts van het Revalidatiecentrum het Roessingh.

R. S. M. Keizer is verpleeghuisarts in 't Kleyne Vaert.

Principes van medische besluitvorming

Protocollen, beslisbomen en algoritmen

De huidige ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg hebben geleid tot een toenemende complexiteit van de zorgverlening. De medische professie wordt geconfronteerd met complexe keuzesituaties in het klinisch handelen. De voornaamste oorzaken hiervoor zijn¹:

- De invoering van steeds meer kostbare, geavanceerde medische technologie, waardoor het aantal diagnostische en therapeutische mogelijkheden toeneemt.
- De snelle groei van zowel basale als op klinische ervaring berustende medische kennis. De wetenschappelijke kennis over ziekten, oorzaken en verloop neemt steeds toe.
- De toenemende vraag naar toetsing en kwaliteitsbeheersing.

De gezondheidszorg wordt hierdoor niet alleen complexer, maar ook duurder. Ook de vergrijzing en het ontstaan van 'nieuwe' ziekten zoals AIDS dragen hier toe bij. Het gevolg is niet alleen dat het gebruik van kostbare medische technologie toeneemt, maar er ook een duidelijke toename is te constateren in het aantal eenvoudige laboratoriumonderzoeken (auto-analyzers) en röntgenopnamen ten behoeve van diagnostiek en therapie².

Sinds geruime tijd streeft men ernaar het medisch handelen methodischer te laten plaatsvinden en een inzichtelijke werkwijze te creëren, waardoor beslissingen op logische wijze tot stand komen. Beslissingen aan het ziekbed worden beïnvloed door subjectieve factoren als medische traditie, klinische ervaring van de arts en de indruk die de patiënt maakt op de arts. Daarom zijn de uitkomsten van het beslissingsproces ook in hoge mate onvoorspelbaar. Terecht wordt ernaar gestreefd het proces van het medisch handelen stapsgewijs te analyseren om te kunnen bepalen of beslissingen over diagnostiek en therapie adequaat zijn in het licht van de huidige, algemeen aanvaarde stand van de kennis.

De medische beslistkunde kan in complexe klinische situaties inzicht verschaffen in het beslissingsproces³. De keuzes die hierbij worden gemaakt kunnen worden geanalyseerd op efficiency en doeltreffendheid. Deze analyses kunnen vervolgens resulteren in protocollen: richtlijnen voor adequaat medisch handelen

Prof.Dr. J. M. Greep en
Mw. Drs. L. M. L. Ch.
Siezenis

Goed ontworpen protocollen, algoritmen en beslisbomen kunnen – als ze op een juiste en flexibele manier worden gebruikt – leiden tot zowel een optimale patiëntenzorg als een efficiënt en economisch gebruik van beschikbare middelen. Een bericht uit het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

waarbij overbodig en/of schadelijk medisch handelen moet worden voorkomen. Algoritmen en beslisbomen zijn hierbij beslistkundige technieken².

Beslissingen in de geneeskunde moeten juist daar worden genomen waar sprake is van onzekerheden⁴. Vaak zijn niet alle gewenste gegevens voorhanden en gegevens die er zijn hoeven niet altijd betrouwbaar te zijn. De vraag, hoe met deze onzekerheden om te gaan, is nog steeds actueel. Beslistkundige technieken kunnen hierbij uitkomst bieden.

Het doel van de medische beslistkunde is het definiëren van logische besluitvorming en van het proces waardoor goede beslissingen worden genomen⁵. Beslistkundige technieken kunnen hulp bieden bij het systematisch en methodisch te werk gaan, vooral wanneer de arts beschikt over een groot aantal diagnostische en therapeutische faciliteiten. In veel gevallen verloop het beslissingsproces van de arts onbewust, maar op het moment dat kennis en ervaring te kort schieten, zoekt men steun van regels. Veelvuldig gehanteerde regels gaan deel uitmaken van kennis en ervaring⁶.

Met deze bijdragen willen wij trachten een inzicht te geven in beslistkundige technieken en het belang ervan voor het medisch handelen, de patiënt en de gemeenschap. Achtereenvolgens zullen aan de orde komen de medische beslistkunde en de begrippen 'protocollen', 'beslisbomen' en 'algoritmen' en zal worden ingegaan op de toepassingsmogelijkheden en -beperkingen. Een en ander zal worden geïllustreerd aan de hand van voorbeelden.

MEDISCHE BESLISTKUNDE

Uitgangspunt van een beslistkundige analyse is een goed gedefinieerd probleem waarover een beslissing moet worden genomen. Het gaat dan om moeilijke beslissingen in complexe klinische situaties.

De beslistkundige aanpak bestaat uit vier basisstappen (zie figuur 1), op grond waarvan de voor de patiënt beste strategie kan worden gekozen⁵:

1. Definieer en identificeer het probleem.
2. Structureer het probleem in de tijd.
3. Bepaal de noodzakelijke informatie.
4. Bepaal de optimale strategie.

Stap 1. Definieer en identificeer het probleem.

Dit houdt in het stapsgewijs analyseren van het klinisch probleem.

1.1. Bepaald moet worden welke klinische informatie voorhanden is en of aanvullende diagnostiek gewenst is.

1.2. Welke zijn de alternatieven? Er moet een keuze worden gemaakt tussen alternatieve handelwijzen zoals aanvullende diagnostiek of behandeling.

1.3. Welke verwachtingen zijn er omtrent de toestand van de patiënt na een bepaalde handeling? Het gaat hier om aspecten van de gezondheidstoestand van de patiënt die van belang kunnen zijn voor volgende beslissingen, zoals verbetering, verslechtering, dood.

1.4. Andere overwegingen: bijvoorbeeld de financiële consequenties of lange termijn effecten van een behandeling zoals bestraling.

Stap 2. Structureer het probleem in de tijd.

De beslisser moet de componenten van het probleem structureren in een logische en ook chronologische volgorde, die duidelijk aangeeft op welke momenten keuzes moeten worden gemaakt tussen de verschillende handelwijzen. Het produkt van deze stap kan een beslisboom zijn (zie hoofdstuk 2).

Stap 3. Bepaal de noodzakelijke informatie. Hier wordt de aard van de onzekerheden vastgesteld en de waarde van de uitkomsten die samenhangen met een bepaalde handelwijze. Het gaat hier om gegevens als prognose van de ziekte, de

mate van morbiditeit, de effecten van therapeutisch ingrijpen (bijvoorbeeld operatieve sterfte in gelijksoortige operaties) en de mortaliteit.

Stap 4. Bepaal de optimale strategie.
Deze laatste stap vereist een kwantificering van de onzekerheden en de waarden van de uitkomsten. Hierdoor is het mogelijk die beslissing te identificeren die, gegeven de veronderstellingen en de veronderstelde waarde, de grootste verwachte waarde heeft.

ORDERINGSPRINCIPES

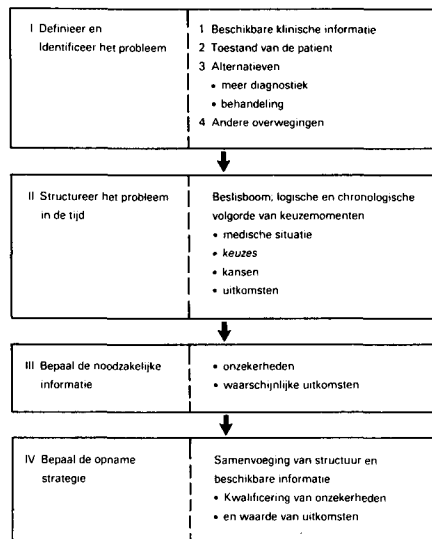
Over de termen 'protocol', 'algoritme' en 'beslisboom' bestaat veel begripsverwarring. Het is daarom van belang in te gaan op het onderscheid en het verband tussen deze orderingsprincipes in het geneeskundig handelen. Het is niet juist een klinisch protocol gelijk te stellen aan een algoritme en ook is een algoritme niet gelijk aan of een onderdeel van een beslisboom.

Artsen moeten voortdurend beslissingen nemen voor diagnostisch en therapeutisch handelen. In deze besluitvorming staat centraal hoe denkprocessen bij artsen verlopen bij het oplossen van problemen en dan met name in de diagnostische fase. Beslissingsproblemen zijn moeilijker naarmate enerzijds de diagnostische en therapeutische mogelijkheden groter zijn, en er anderzijds ook grotere risico's voor de patiënt worden genomen. Ook speelt een rol hoe efficiënt met de beschikbare middelen wordt omgegaan.

Vragen of klachten die voor de arts geen probleem vormen, lost hij op door middel van een geautomatiseerde reeks handelingen. Dit is een *algoritmisch* proces dat bestaat uit een aantal handelingen, dat van het begin tot het eind volgens vaste voorschriften verloopt. Elke stap volgt dwingend op de voorafgaande. Het verloop van het hele proces is bekend. Er is geen sprake van kansen, het algoritme is categorisch van karakter. Naarmate een probleem minder duidelijk te omschrijven is of gecompliceerd is, zal een algoritme minder bruikbaar worden. Uitgangspunt voor een algoritme is daarom een scherp omlijnd en zo eenvoudig mogelijk probleem. Algoritmen kunnen van toepassing zijn bij eenvoudige medische problemen met weinig diagnostische onzekerheid en een goedaardig natuurlijk verloop⁷. *Figuur 2* toont een voorbeeld van een algoritme voor een obstructie-ictus door stenen.

Omdat in de geneeskunde het verloop en

Figuur 1: Elementen van medische beslis-kunde.



de uitingen van ziekten wisselend zijn, moeten beslissingen vaak in onzekerheid worden genomen. Ook de effecten van interventies kunnen verschillen en zijn daarom onderhevig aan waarschijnlijkheden. Een gevolg hiervan is dat ten aanzien van hetzelfde probleem door artsen ver-

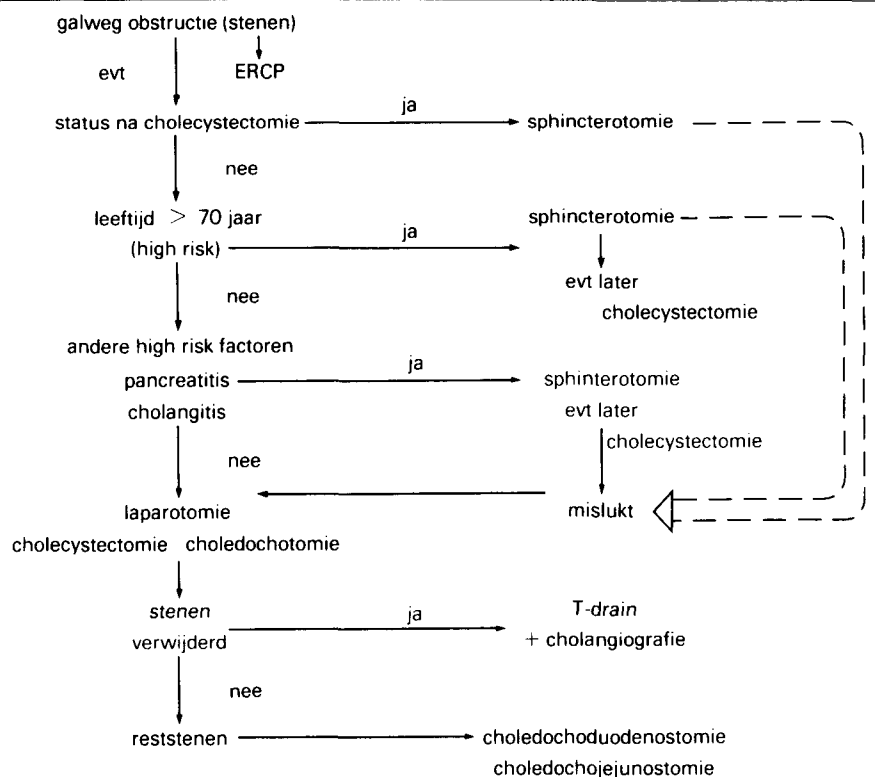
schillend kan worden gehandeld. Diagnose, beloop en prognose van ziekte kunnen verschillend worden ingeschat. Het afwegingsproces dat artsen maken, kan aanleiding geven tot verschillen in medisch handelen.

Zoals reeds naar voren kwam, is een goed gedefinieerd probleem noodzakelijk om een beslistkundige analyse toe te passen. Het instrument voor deze analyse is een *beslisboom*. Een beslisboom geeft de structuur van een medische situatie in de vorm van een stroomdiagram weer (*figuur 3* voor een obstructie-ictus door stenen), waarbij de tijdsvolgorde, de momenten van beslissen en de waarschijnlijke uitkomsten worden weergegeven⁸. De diverse handelwijzen worden op overzichtelijke wijze weergegeven. Op grond van kansen wordt het effect van bepaalde beslissingen gekwantificeerd (theorie van Bayes)⁵ en kan de beste strategie worden gekozen. De arts wordt zo in staat gesteld systematisch met componenten van een complexe situatie om te gaan.

Structurele elementen, kenmerkend voor de klinische situatie moeten erin verwerkt zijn:

1. de medische situatie: de probleemdefinitie;

Figuur 2. Algoritme voor obstructie-ictus door stenen.



2. keuzes: onderzoeken, behandelingen;
3. kansen: onderzoekuitslagen, de toestand van de patiënt;
4. uitkomsten: bijvoorbeeld genezing, morbiditeit, handicap, kwaliteit van het leven, kosten en mortaliteit.

Een beslisboom wordt opgezet van links naar rechts en geeft de verschillende gebeurtenissen weer in chronologische volgorde met de daarbij behorende kansen van optreden⁹.

Een keuzeknoop is een punt waarop de arts een keuze maakt voor een bepaalde handelwijze. Een kansknoop is een punt waarop een door de arts niet te beïnvloeden mogelijkheid of kans optreedt. Het uitkomstpunt is het geanticipeerde resultaat van de (be)handeling.

Voor adequaat medisch handelen en het voorkomen van overbodig en/of schadelijk handelen kunnen algemene richtlijnen in de vorm van *protocollen* worden gebruikt, waarmee onder normale omstandigheden een optimaal resultaat voor de patiënt kan worden behaald¹⁰. Artsen staan niet zonder argwaan tegenover deze protocollen die hen voorschrijven hoe te handelen. Zij kennen het multilaterale karakter van de geneeskunde dat zich duidelijk onderscheidt van een wiskundig model.

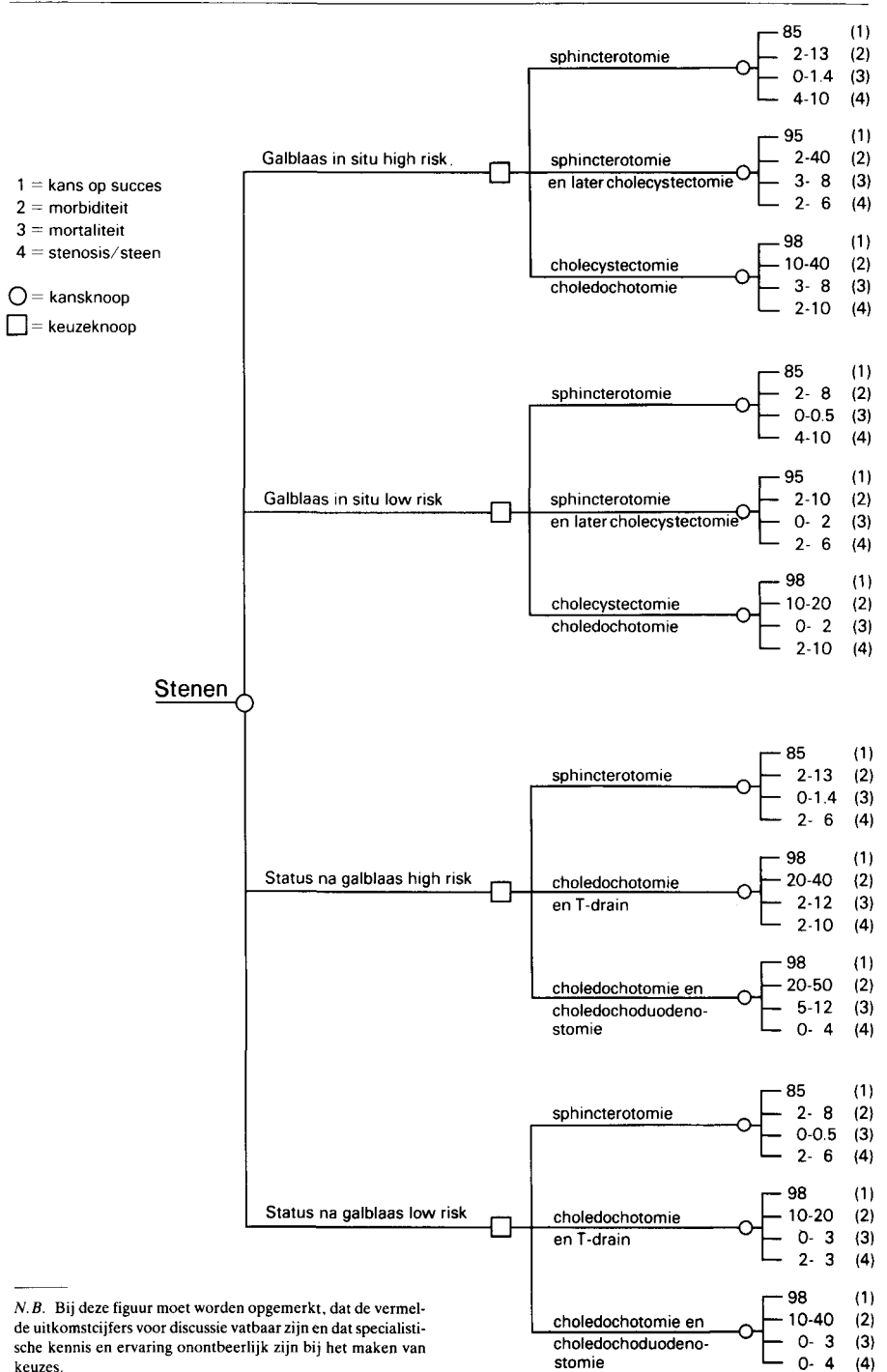
Protocollen, gebruikt als algemene richtlijnen, kunnen wel een geschikt instrument zijn om overbodig of schadelijk medisch handelen te voorkomen, zolang de arts hierbij de vrijheid behoudt van deze voorschriften af te wijken indien hij dit wenselijk acht. Met behulp van medisch-besliskundige technieken kan hij zijn beslissingen onderbouwen.

Beslisbomen en algoritmen kunnen dus onderdelen zijn van een geneeskundig protocol, afhankelijk van het probleem – en de complexiteit daarvan – dat aan de orde is. Een protocol kan worden gezien als een groter geheel, algoritmen en beslisbomen worden gebruikt bij de totstandkoming van protocollen. Het verband tussen deze ordeningsprincipes is dus als volgt weer te geven:

Bij het ontwikkelen van protocollen kan in bepaalde situaties de medische beslis-kunde (beslisbomen, algoritmen) een bijdrage leveren problemen te expliciteren en te kwantificeren om zo een inzicht te verschaffen in de meest optimale handelwijze. Een beslisboom is een *theoretisch* model dat aangeeft welke de opties en de te verwachten resultaten zijn bij oplossingen van een medisch probleem.

Een algoritme is een *praktisch* model

Figuur 3. Beslisboom voor obstructie-ictus door stenen.



N.B. Bij deze figuur moet worden opgemerkt, dat de vermelde uitkomstcijfers voor discussie vatbaar zijn en dat specialistische kennis en ervaring onontbeerlijk zijn bij het maken van keuzes.

waarin de vastliggende wegen worden aangegeven om tot een goede oplossing van een probleem te komen.

Een protocol is een *uniforme wijze* van benaderen van het probleem die tot een gemiddeld genomen optimaal resultaat voor de patiënt leidt. Voor elk probleem of deelprobleem is het mogelijk een beslisboom of algoritme te hanteren.

TOEPASSINGSMOGELIJKHEDEN

Zoals uit het voorgaande blijkt kunnen protocollen, beslisbomen en algoritmen bijdragen tot de ontwikkeling van een beslissing ondersteunend systeem voor diagnose en therapie. Een dergelijk systeem maakt informatie hanteerbaar, stimuleert systematisch denken maar dic-

teert geen oplossingen. Hiervoor is de professionele bekwaamheid, die onder meer wordt opgedaan tijdens de opleiding, onmisbaar.

De voordelen van protocollen en besiskundige technieken voor de zorgverleners kunnen als volgt worden omschreven. Zij:

1. zijn een middel tot het leren van klinisch probleemoplossen.
2. dwingen tot een scherp omschreven vraagstelling en probleemdefinitie.
3. dwingen tot zeer systematisch en wetenschappelijk verantwoord denken en handelen.
4. leiden tot efficiënter handelen en minder defensief.
5. vormen een raamwerk van alle relevante kennis over een bepaald probleem.
6. vormen een leidraad voor efficiënt overleg en communicatie tussen artsen.
7. zijn een geschikt instrument voor toetsing van medisch handelen.

Voor de patiënt liggen de voordelen in:

1. een optimaal behandelingsresultaat;
2. efficiëntere hulp;
3. voorkomen van overbodige onderzoeken en behandelingen;
4. zekerheid dat noodzakelijke handelingen niet worden nagelaten;
5. uniforme behandelingen.

De potentiële voordelen voor de gemeenschap zijn vooral gelegen in kostenbeheersing en een beter zicht op de kwaliteit van het medisch handelen.

Een veel gehoorde kritiek op het gebruik van protocollen en besiskundige technieken is, dat zij zouden leiden tot een verstarring van de zorgverlening en dat het gebruik ervan geestdodend is voor de creativiteit. Een 'kookboek' geneeskunde zou het gevolg zijn. Deze kritiek is alleen gefundeerd wanneer zulke algoritmen, beslisbomen of protocollen slecht ontworpen zijn of slecht worden toegepast. De mogelijkheid af te wijken van protocollen moet blijven bestaan en het inzicht van de arts is hiervoor bepalend. Het opstellen van algoritmen, beslisbomen en protocollen betekent in de eerste plaats dat het medisch handelen expliciet wordt gemaakt en geanalyseerd in essentiële stappen voor optimale zorg onder de gegeven omstandigheden. Zij zijn geen 'kookboek' voor geneeskunde, maar dienen als referentiekader voor de handelend arts bij een individuele patiënt. De arts zal bij elke patiënt weer overwegen hoe geschikt het protocol is, en hij kan hiervan afwijken. Met behulp van medisch-besiskundige technieken zal hij zijn

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.

beslissingen op gestructureerde wijze kunnen rechtvaardigen, waarbij dient te worden opgemerkt dat de beste strategie, toegepast op een bepaalde patiënt niet noodzakelijkerwijs hoeft te leiden tot de gewenste uitkomst. Er kunnen factoren meespelen die niet in de analyse zijn of kunnen worden opgenomen. Daarnaast leidt een juiste beslissing niet altijd tot het gewenste resultaat.

BESLUIT

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn dat een herbezinning op het medisch handelen noodzakelijk is.

Aanleiding hiertoe zijn:

1. De gestegen kosten van de gezondheidszorg, en de wens door middel van functionele budgettering deze kosten te controleren.
2. De toevloed van medische technologie, waarbij het effectief en efficiënt gebruik van deze mogelijkheden kritisch moet worden bezien.
3. De behoefte het medisch handelen te toetsen om zodoende de kwaliteit te kunnen blijven garanderen. Met name in het rapport-Dekker wordt hierop de nadruk gelegd. In de jaren negentig zal kwaliteitsbewaking een toenemende rol gaan spelen.

Zoals uit het voorgaande blijkt zijn protocollen, algoritmen en beslisbomen geschikte instrumenten om te komen tot een kosteneffectieve methode van behandelen. Wanneer deze technieken op de juiste manier worden toegepast leiden zij tot een optimale patiëntenzorg met een zo efficiënt mogelijk gebruik van de beschikbare middelen. □

Literatuur

1. Habbema JDF. Beslissingsondersteunende technieken voor de kliniek. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 343-9.
2. Greep JM, Gelder PA van. Algorithms in Medicine. In: Effective Health Care 1984; 2: 83-6.
3. Touw-Otten F. Wat doet de dokter? De bijdrage van medische besiskunde en protocollen hierbij. In: Groot, JB de (red.): Nieuw Kompas voor de Huisarts. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
4. Eisman B, Watkins RS. Surgical decision making. Philadelphia-London-Toronto: WB Saunders Company, 1978.
5. Weinstein MC, Fineberg HV. Clinical decision analysis. Philadelphia-London-Toronto: WB Saunders Company, 1980.
6. Vries-Robbe PF de. Medische besluitvorming, een aanzet tot formele geneeskunde. Proefschrift RU, Groningen, 1978.
7. Margolis CZ. Uses of clinical algorithms. In: JAMA 1983; 249: 627-32.
8. Met dank aan Dr. D. J. Gouma voor zijn hulp bij het opstellen van beslisboom voor een obstructie-ictus door stenen.
9. Ament A, Sprenger M. Evaluatie van het diagnostisch proces. Een benadering vanuit kosten/batenperspectief. In: Kosten en kwaliteit in de intramurale gezondheidszorg. Loochem-Gent: IWZ, de Tijdstroom, 1985.
10. Wigersma L. Doelstellingen en beperkingen van protocollen in de Huisartsgeneeskunde. In: Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 300-5.

Arbo-instituten

Naar een betere organisatie van de preventie in relatie tot arbeid en arbeidsomstandigheden

Zoals bij veel geleidelijk gegroeide structuren is de organisatie van de preventie in relatie tot werk en werkomstandigheden in Nederland een lappendeken. Taken en werkzaamheden op dit gebied worden onder andere uitgevoerd door:

- een vijftigtal gezamenlijke bedrijfsgezondheidsdiensten, al of niet in combinatie met veiligheidsdiensten, bedrijfsmaatschappelijk werkenden en dergelijke(n);
- drieëntwintig bedrijfsverenigingen, alsmede het ABP, waarvan een groot aantal met samen één medische dienst (doch een nog aanzienlijk aantal heeft eigen medische diensten);
- de Gemeenschappelijk Medische Dienst;
- meer dan honderd enkelvoudige bedrijfsgezondheidsdiensten;
- een groot aantal bedrijfsgezondheidsdiensten van GGD'en;
- vele tientallen misschien zelfs honderden huisartsen die als medisch adviseur aan één of meer bedrijven zijn verbonden;
- enkele artsen werkzaam bij bedrijfstaksgewijze ingestelde organisaties als Arbouw en Stigas;
- een aanzienlijk aantal adviesbureaus inzake de relatie tot arbeid en arbeidsomstandigheden, dat de laatste jaren is opgericht.

Voornoemde organisaties hebben niet alle dezelfde doelstellingen; soms hebben ze zelfs tegengestelde belangen. Vaak zijn meerdere van genoemde instellingen betrokken bij de preventie van ongezondheid in relatie tot het werk van een individu.

De lappendeken begint sleetse plekken te vertonen, en dat terwijl de deken nog niet af is. Het moment nadert dat men, met name de politiek, zich moet afvragen of de lappendeken niet beter kan worden vervangen door een geheel nieuw dekbed. Dit artikel wil een aanzet geven tot discussie over de vorm en de inhoud van het werk van de organisaties die (moeten) bijdragen aan de preventie van ongezondheid in relatie tot arbeid en arbeidsomstandigheden.

J. H. W. Bruins Slot

Op het vlak van de preventie in relatie tot arbeid en arbeidsomstandigheden is het werk in ons land over tal van machtige bureaucratieën verdeeld. J. H. W. Bruins Slot, arts voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, ziet meer in één organisatie op dit gebied in elke gezondheidsregio; dat zou leiden tot 25 zogeheten Arbo-instituten, die elk de preventietaak hebben voor 200.000 werknemers. Ofschoon dit artikel is gebaseerd op opvattingen en indrukken, verworven als praktiserend bedrijfsarts bij een GGD, als hoofd van een regionale BGD en als bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, hecht de schrijver eraan te vermelden dat het op strikt persoonlijke titel is geschreven.

DOEL

Het doel van de preventieve activiteiten zou moeten zijn:

- het bevorderen van de gezondheid van hen die werken, met name voorzover die gezondheid onder invloed staat van het werk en de werkomstandigheden;
- het gezond werken van arbeidsorganisaties. Dit is nodig om het eerste doel te bereiken en ook om in bedrijfseconomische en maatschappelijke zin continuïteit van die arbeidsorganisaties te waarborgen;
- het voorkomen van onnodige arbeidsongeschiktheid van werkenden.

Zonder het eminente belang van andere disciplines, werkzaam in het veld van de gezondheidspreventie in relatie tot werk en werkomstandigheden, te ontkennen, zal vooral worden ingegaan op de inbreng bij het bereiken van de aangegeven doe-

len van geneeskundig geschoolde deskundigen.

WETENSCHAPPELIJKE BASIS

In het veld van de preventie werken grote aantallen geneeskundigen, verspreid over vele organisaties. Voor zover deze geneeskundigen een speciale opleiding hebben gevolgd, die is gericht op professionele preventie (dit gaat bijvoorbeeld niet op voor alle huisartsen werkzaam in het veld), noemen we ze bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen.

De verhouding tussen bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige is niet altijd even optimaal; dat heeft niet primair betrekking op personen. Toch ligt aan het professioneel denken van zowel bedrijfsarts als verzekeringsgeneeskundige in hoofdzaak één theoretisch model ten grondslag, namelijk het model 'belasting-belastbaarheid'. Andere modellen in de bedrijfsgezondheidszorg, zoals het arbeids-behoefte-model, dat is beschreven door onder anderen Kuiper, vinden in de praktijk (helaas) of niet of nauwelijks toepassing.

Wetenschappelijke basis voor beide professies zijn de arbeidsgeneeskunde en de arbeidsgezondheidskunde. De *arbeidsgezondheidskunde* is van de arbeidsgeneeskunde te onderscheiden door het feit dat ze niet is gericht op genezen maar op *gezondheidsbevordering*.

De *arbeidsgeneeskunde* wordt op verschillende manieren in verschillende sociale omgevingen toegepast. Individuele werknemers/patiënten die hun huisarts consulteren appelleren soms op de arbeidsgeneeskundige kennis van de huisarts, bijvoorbeeld bij herintrede in werk na de ziekte die tot ontslag uit de vorige werkkring aanleiding gaf. Wanneer een scholier met zijn huisarts overlegt of het door hem geambieerde beroep zou kunnen passen bij zijn gezondheid, wordt een appel gedaan op de arbeidsgezondheidskundige kennis van de huisarts. In beide gevallen wordt de wetenschappelijke kennis toegepast in relatie tot een per-

soon nog zonder dat er sprake is van een concrete werksituatie. Ook enkele specialisten, bijvoorbeeld arbeidsdermatologen, zijn op dit gebied actief.

Daarnaast kennen we in Nederland de bedrijfsartsengroep die grotendeels de arbeidsgeneeskunde en de arbeidsgezondheidskunde toepast in een situatie waarin een bepaalde werknemer in een concrete sociale omgeving, te weten het bedrijf van hun werkgever, functioneert. Is er sprake van reïntegratieprocessen, dan is het woord 'bedrijfsgeneeskunde' meer van toepassing; is er sprake van preventie nog zonder dat er sprake is van ziekte of arbeidsongeschiktheid, dan is veeleer het woord 'bedrijfsgezondheidskunde' of '-kunst' van toepassing.

Sommige bedrijfsartsen in Nederland (en voor elke bedrijfsarts zal dit min of meer geregeld gelden) zijn niet bezig met bedrijfsgeneeskunde, maar met *beroepsgeneeskunde*. Met name in de sector bouw- en nijverheid, waar de relatie tussen de bedrijfsarts en het bedrijf vrijwel afwezig is, is sprake van beroepsgeneeskunde respectievelijk beroepsgezondheidszorg. Ook bij andere bedrijfstakgewijze aanpak van de preventie ligt deze terminologie meer voor de hand. Het gaat echter steeds om het toepassen van arbeidsgeneeskundige en arbeidsgezondheidskundige kennis bij personen die werkzaam zijn of zullen zijn in een bepaald beroep of complex van beroepen.

Daarnaast is er dan nog de grote groep geneeskundigen die de arbeidsgeneeskunde toepast al of niet uitsluitend in de relatie van een werknemer tot een bepaalde werksituatie die ze soms goed, soms nauwelijks kennen, doch waar steeds een wettelijke interpretatie van belang is, namelijk bij de wetten waardoor het risico op arbeidsongeschiktheid is verzekerd (WAO, ZW, ABP-wet). Hier is sprake van verzekeringsgeneeskunde omdat er in principe altijd sprake is van ziekte of klachten. Merkwaardigerwijs is verzekeringsgezondheidskunde niet tot nauwelijks uit de verf gekomen, alhoewel bijvoorbeeld het GAK een niet onaanzienlijke afdeling Advisering Bedrijfsveiligheid heeft die preventief actief is in arbeidssituaties.

In het buitenland vinden we eigenlijk alle genoemde termen terug in de verschillende taalgebieden. In de Engelse literatuur vinden we bijvoorbeeld zowel 'industrial medicine' als 'industrial hygiene' als 'occupational medicine' en 'occupational health' terug. In het Duits vinden we 'Arbeitsmedizin' en 'Betriebsmedizin' als afzonderlijke entiteiten en in de Franse

literatuur zijn vergelijkbare equivalenten te vinden.

LAPPENDEKEN

Bepaalde aspecten van de arbeidsgeneeskunde en de arbeidsgezondheidszorg zijn in Nederland slecht tot ontwikkeling gekomen. Het lappendekenkarakter is hier mijns inziens debet aan, ook het lappendekenkarakter van de indeling van medische specialismen in verschillende registers in Nederland. Communicatie tussen bijvoorbeeld sociaal-geneeskundigen en klinici wordt onder andere bemoeilijkt door het feit dat de eersten in een ander register zijn ingeschreven dan het specialistenregister, waarbij het in feite onduidelijk is wat de actuele betekenis hiervan is. Het gevolg van deze indeling is wel een statusverschil en voorts dat nóch in de opleidingseisen voor specialisten nóch in de opleidingseisen voor sociaal-geneeskundigen elementen zijn terug te vinden van een dwingend voorgeschreven overleg met vertegenwoordigers uit het andere register in het kader van de opleiding, zoals in beide registers bij de opleidingseisen voor de afzonderlijke specialismen c.q. takken wél het geval is. Er is dus geen sprake van leren overleggen tussen deze specialismen. Ook een huisarts die een belangrijk deel van zijn tijd bezig is met mensen die aan het werk (zouden willen) zijn hoeft in zijn opleiding eigenlijk geen kennis te nemen van arbeidsgeneeskundige elementen. Hier is dus veel te verbeteren.

Een ander probleem is, dat de klinische arbeidsgeneeskunde in Nederland nauwelijks tot ontwikkeling is gekomen. Er zijn niet of nauwelijks erkende specialisten op het gebied van bijvoorbeeld de beroepslongziekten, de arbeidsdermatologie, om over de arbeidspsychiatrie nog maar niet te spreken, en dat in een land waar arbeidsongeschiktheid in tijdelijke of blijvende zin meer dan 20% van de beroepsbevolking treft!

VERDELING MIDDELEN

Van overheidswege zijn initiatieven genomen om te komen tot een verbeterde sociaal-medische begeleiding. In een ellenlange en mijns inziens nauwelijks vruchtbare discussie worden vele modellen gepresenteerd¹. In een deel van de betrokken sector (bedrijfsverenigingen) en in het verlengde daarvan ook de verzekeringsgeneeskunde, wordt nagedacht over een wijziging van de organisa-

tiestructuur, bijvoorbeeld door het aantal bedrijfsverenigingen te beperken.

Bij deze laatste discussie worden de relaties tussen de verzekeringsgeneeskunde en de bedrijfsgezondheidszorg, laat staan de algemene gezondheidszorg, niet of nauwelijks genoemd. Belangrijke kennisgebieden die binnen de specialisaties zijn opgebouwd, denk bijvoorbeeld aan de organisatie van de GMD, worden weer ter discussie gesteld². Er is in feite geen sprake van een lange-termijnplanning om te komen tot bedrijfsgezondheidszorg/bedrijfsgeneeskunde voor de gehele beroepsbevolking, hoezeer deze ook door onder andere de Nationale Raad voor de Volksgezondheid wenselijk wordt geacht³.

Anderszins bestaat de situatie dat sommige zieke werknemers behalve met de – soms vele – curatief werkzame artsen, te maken hebben met een bedrijfsarts, een verzekeringsgeneeskundige van de bedrijfsvereniging, een verzekeringsgeneeskundige van de GMD en soms dan ook nog met een verzekeringsgeneeskundige van een ongevallenverzekeringsmaatschappij. Al deze artsen communiceren niet of gebrekkig met elkaar en met de curatieve sector. Het enthousiasme van bijvoorbeeld een huisarts om bij te dragen tot de informatievoorziening wordt zo wel tot het uiterste op de proef gesteld.

Doordat al deze dokters functioneren in verschillende structuren, die bovendien steeds andere regiogrenzen kennen, is er ook nauwelijks sprake van coherentie die kan berusten op kennis van de persoon van de collega, zij het dat dit in de periferie van Nederland beter lukt dan in de Randstad.

EEN NIEUWE ORGANISATIE?

Wanneer we de ontwikkelingen in de curatieve gezondheidszorg, zowel in de intramurale sector als in bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg, bekijken zien we dat zich de laatste jaren een aantal ontwikkelingen heeft voorgedaan. Door overheidsingrepen is een aantal gezondheidsregio's tot stand gekomen, althans gedefinieerd, die onder andere dienen voor het verzamelen van gegevens over de gezondheid van de bevolking in een regio. Bovendien wordt met het erkenningsbeleid van instellingen, het toelatingsbeleid van specialisten en ten aanzien van zaken als bouwvergunningen en de aanschaf van kostbare apparatuur voor ziekenhuizen, rekening gehouden met deze regio-indeling.

De curatieve gezondheidszorg ligt hier

ver voor op de sociale gezondheidszorg. Mede gezien de onderontwikkeling van de klinische arbeidsgeneeskunde en arbeidsgezondheidszorg in Nederland lijkt het aantrekkelijk aan te sluiten bij de organisatiestructuur, zoals die in de curatieve gezondheidszorg is gekozen. In dat kader is Nederland verdeeld in vijftientwintig gezondheidsregio's.

Ik zou willen poneren dat in elke gezondheidsregio slechts één organisatie op het gebied van de preventie van ongezondheid in relatie tot werk en werkomstandigheden werkzaam zou dienen te zijn. Dit idee is niet nieuw: het is reeds in iets andere vorm geopperd door J. van Londen, enkele jaren geleden bij het 80-jarig bestaan van de Arbeidsinspectie. Dit zou leiden tot vijftientwintig instituten in Nederland die ieder de preventietaak hebben voor circa 200.000 werknemers, alsmede de overige – deels potentiële – leden van de beroepsbevolking. De overheid zou door middel van een vergunningbeleid per gezondheidsregio slechts één dergelijke organisatie toe kunnen laten. De financiering van deze organisaties is een verhaal apart; ik kom hier nog op terug.

Binnen deze regionale instituten zouden – wanneer ik me beperk tot de geneeskundige discipline – circa 100 artsen werkzaam zijn. Dit aantal is ruim voldoende om te komen tot deelspecialisaties, ook bedrijfstakgewijs, en om te komen tot dependancevorming in de regio, waarbij sprake is van een semi-continue bezetting. De preventie kan zo heel dicht bij de mens en zijn werkplek worden gebracht. Anderszins zijn de organisaties groot genoeg om zich te profileren in de regio en op regionaal niveau relaties aan te knopen met de curatieve gezondheidszorg. Voor de curatieve gezondheidszorg is het eenvoudig: men moet contact opnemen met die ene instelling. Binnen een dergelijk grote instelling kunnen ook specialismen ontstaan op het gebied van bijvoorbeeld de arbeidstoxicologie en de arbeidsdermatologie, die goede relaties onderhouden met de klinisch werkzame specialismen. De artsen uit deze organisatie zouden tot taak hebben het takenpakket uit te voeren dat nu wordt uitgevoerd door zowel de huisartsen in de regio, voor zover het gaat om mensen die geen arbeidsrelatie hebben, als door de verzekeringsgeneeskundigen werkzaam bij de Sociale Verzekeringsorganen en door de bedrijfsartsen werkzaam bij BGD'en.

Binnen de organisatie kunnen discipline-groepen ontstaan, waarbij kan worden

gedacht aan een segmentering vergelijkbaar met die als door de overheid voorgenomen binnen het veld van onder andere de administratieve organen van de bedrijfsverenigingen⁴. Dit is dus segmentering naar beroep. Specialisten in de wetstechnische toepassing kunnen aanwezig zijn en zich daarop concentreren; dit gaat dan om de gespecialiseerde verzekeringsgeneeskundigen en om de artsen die zijn betrokken bij de toekenning van voorzieningen. Het merendeel van de artsen zal echter werkzaam zijn in het spanningsveld tussen werknemer, werkgever en werkomgeving, zoals de huidige bedrijfsartsen en huidige verzekeringsgeneeskundigen van de bedrijfsverenigingen en voor een deel ook van GMD en ABP.

Controle op arbeidsongeschiktheid vanuit een dergelijke instelling is overbodig en zelfs ongewenst. Voor zover controle op arbeidsongeschiktheid nodig of gewenst is kan aan de administratieve organisatie van de bedrijfsverenigingen (die los moeten staan van de genoemde instituten) een lekencontrolesysteem worden toegevoegd. Dat medische controle iets bijdraagt aan verminderen van arbeidsongeschiktheid is nauwelijks aangetoond, dit in tegenstelling tot intensieve verzuimbegeleiding door de medicus. Deze preventie-instituten moeten niet zijn gericht op het wetstechnisch correct uitkeren doch op het voorkomen van de uitkering door beïnvloeding van de oorzaken die tot uitkering zouden kunnen leiden. Hier dient sprake te zijn van zowel primaire als secundaire preventie.

FINANCIERING

De bronnen ter financiering van genoemde instituten zijn reeds aanwezig. De circa 2.500 artsen die er zouden moeten werken, zijn er grotendeels; ze werken alleen nu versnipperd en verspreid over BGD'en, GMD, ABP en bedrijfsverenigingen (dat zijn er nu al circa 2.000). Omdat de werknemers nog slechts met één arts te maken hebben, vervallen veel (kostbare) overlegsituaties waardoor de effectiviteit kan toenemen. Bovendien neemt de irritatiegraad bij de curatief werkende artsen af: ze hoeven slechts met één arts gegevens uit te wisselen, tenminste voor zover het gaat om de relatie van werk en gezondheid. Deze ene arts is voorts bij de werknemer en zijn werk en werkomstandigheden betrokken, óók zonder dat er sprake is van arbeidsongeschiktheid, voorafgaand aan en na een ziekteperiode.

Een ander deel van het takenpakket van

de arbeidsgeneeskundigen wordt nu vergoed door de ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars. De preventieve activiteiten die op dit gebied door huisartsen en specialisten worden uitgevoerd, worden normaal gedeclareerd c.q. opgenomen in de honoreringssystemen in deze sector. Dat de kwaliteit van dergelijke consulten er alleen maar beter op kan worden wanneer ze door meer deskundig geschoolde artsen worden uitgevoerd en dat daardoor ziektekosten kunnen worden bespaard in de toekomst, kan voor de verzekeraars alleen maar een reden zijn om ook in de toekomst deze consulten te financieren.

ANDERE DISCIPLINES

Preventie van ongezondheid in relatie tot arbeid en arbeidsomstandigheden is zeker niet een taak die alleen door medisch geschoolden kan worden uitgevoerd. Behalve voor artsen is er werk voor goed geschoolde arbeidsdeskundigen, voor GVO-deskundigen, mogelijk met een verpleegkundige en/of een fysiotherapeutische achtergrond, voor arbeidshygiënist met een natuurwetenschappelijke achtergrond, voor arbeidshygiënist met een sociaal-wetenschappelijke achtergrond, voor ergonomen, voor arbeidstoxicologen, etc.

Voor al deze disciplines geldt dat er vele specialisaties en subspecialisaties zijn die het wenselijk maken dat de disciplines zijn verbonden aan betrekkelijk grote instituten. De eerder genoemde preventie-instituten, die ik verder regionale Arbo-instituten zal noemen, lijken voldoende omvang te hebben om ook een scala van dit type deskundigen aan zich te kunnen binden. De instituten kunnen een zodanige omvang hebben dat ze in staat zijn zelfstandig tot enig wetenschappelijk onderzoek in de relatie van mens en arbeid te komen, zij het dat de vijftientwintig regionale Arbo-instituten tesamen één wetenschappelijk instituut in stand kunnen houden, waarvoor een combine tussen het huidige NIA (Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden), het NIPG/TNO en sectoren van het MBL/TNO en enkele andere instituten zoals Arbouw al de kiem vormen.

Integratie van deze instituten zou kunnen leiden tot een instituut met een impact die groter is dan thans door het Finse 'Instituut of Occupational Health' wordt gerealiseerd. Die impact is zelfs mondiaal aanzienlijk.

Met name voor de financiering van het werk van de deskundigen in een dergelijk

instituut geldt dat de huidige financiering door de bedrijven en uit de werknemerspremies waarschijnlijk niet voldoende is om het uiteindelijk wenselijke niveau te behalen. De financiering zou met name uit de algemene middelen kunnen komen. Daarmee komt tevens een maatschappelijk sturingsinstrument voor ontwikkelingen in het veld tot stand, los van de sturing door de werkgevers en werknemers die zorg dragen voor de overige financiering door middel van een deel van de premies ZW, WAO, alsmede de bijdrage aan BGD'en.

BESTURING

Om tot een maximale binding aan de regio te komen lijkt het goed dat de instituten afzonderlijke stichtingen met een afzonderlijk stichtingsbestuur zijn waarin werkgevers, werknemers en regionale overheid zijn vertegenwoordigd. Dit lijkt op de structuur van zowel bedrijfsgezondheidsdiensten als bedrijfsverenigingen, zij het dat de overheidsvertegenwoordigers nieuw zijn. De financiering van een deel van het werk door de overheid is ook nieuw, ofschoon vergelijkbaar met de gedeeltelijke financiering van GGD'en ten bate van collectieve preventie gericht op de hele bevolking.

Uit de regionale besturen zal één bestuur kunnen worden gevormd voor het centrale instituut, dat een sterkere onderzoektaak heeft, maar dat tevens de taak heeft top-specialistische klinische voorzieningen op het gebied van de arbeidsgeneeskunde in stand te houden (denk hierbij aan acute intoxicaties vanuit de arbeidssituatie, specialistische arbeidsdermatologische kennis, specifieke kennis op het gebied van arbeidsrevalidatie, etc.). Om de vijftientig Arbo-instituten in lijn te houden zal ook een met de NZR in de intramurale sector vergelijkbare koepel nodig zijn, die bij het centrale instituut is gevestigd.

In de hier geschetste opzet is geen ruimte gelaten voor enkelvoudige – aan één bedrijf verbonden – bedrijfsgezondheidsdiensten. Voor de belangrijke taak van de EHBO binnen deze BGD'en zou het wellicht verstandig zijn dat grotere bedrijven zich daarbij meer oriënteren op de mogelijkheden die in de lokale curatieve gezondheidszorg reeds aanwezig zijn. In de specialistische en deelspecialistische kennis, waaraan soms behoefte bestaat, kan door de regionale Arbo-instituten en de regionale ziekenhuizen worden voorzien. Het is duidelijk dat een dergelijke organi-

satie ook aantrekkelijk is om epidemiologische gegevens te verzamelen. Die kunnen dan worden gerelateerd aan epidemiologische gegevens die zijn verzameld in de curatieve gezondheidszorg en de openbare gezondheidszorg. Bij beperking van het aantal regio's tot circa vijftientig worden de regio's zo groot dat een efficiënte organisatiestructuur haalbaar is. Automatisering van de gegevensstromen wordt ook aanmerkelijk eenvoudiger; dit geldt natuurlijk ook voor zoiets als standaardisatie van de gegevensverzameling.

De gebieden zijn zo groot dat uit een oogpunt van efficiency van verdere schaalvergroting nauwelijks iets is te verwachten. Anderszins zijn de gebieden zo klein dat een goede regionale spreiding kan worden bereikt (vergelijk de intramurale sector). In dunner bevolkte regio's is de schaalgrootte nog steeds zodanig dat met kleinere, overigens niet zelfstandige, dependances de werknemer en zijn werkplek dicht kunnen worden benaderd.

Blijft het probleem, of de regionalisatie naar woonplaats van werknemer of naar vestigingsplaats van bedrijf moet plaatsvinden. Zolang er geen relatie is met een bedrijf, bijvoorbeeld bij scholieren, alsmede bij WW'ers en WAO'ers die arbeidsgeneeskundige adviezen behoeven, is het logisch te denken aan het kiezen van het instituut dat het dichtst bij een woonplaats ligt. Bij een vlotte informatieoverdracht tussen de instituten zelf (natuurlijk met toestemming van de betrokkene) hoeven daar geen strakke regiogrenzen bij te worden gesteld. Is er wel een relatie met een arbeidsorganisatie, dan hangt het van de kenmerken van de arbeidsorganisatie af wat het handigst is. Meestal zal het man-bedrijfsysteem aantrekkelijker zijn; dit geldt zeker voor werknemers bij de grotere organisaties, die geheel op één plaats geconcentreerd werken.

REALISATIE

Realisering van regionale Arbo-instituten met een forse arbeidsgeneeskundige inbreng, min of meer los van de administratieve apparaten van bedrijfsverenigingen, zou voor werknemers, werkgevers, curatief en sociaal-geneeskundigen financieel-economisch aantrekkelijk kunnen zijn. In de huidige situatie wordt het werk versnipperd over machtige bureaucratieën; realisatie van het bovengeschetste is dus vooral afhankelijk van de politieke wil . . . □

Literatuur

1. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Sociaal Medische Begeleiding. Zoetermeer, december 1987.
2. Emanuel H. Moet de GMD opgeheven worden? Sociaal Maandblad Arbeid 1988; 43: 373-88.
3. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Bedrijfsgezondheidszorg. Zoetermeer, december 1987.
4. Herziening uitvoeringsorganisatie sociale verzekeringen. Tweede Kamer, stuk 20607, 17 juni 1988.

Beoordeling, begeleiding en preventie in de sociale verzekeringsgeneeskunde

Mogelijk en wenselijk?

Van preventie komt niets terecht, als de handen niet worden ineengeslagen, aldus Spreeuwenberg¹. Inderdaad lijkt het 'Schoenmaker blijf bij je leest' in medische kringen wel erg beperkend te worden opgevat, zeker in de sociale geneeskunde, die zich toch bij uitstek op dit terrein beweegt². Ten aanzien van de verzekeringsgeneeskunde valt op, dat er enerzijds een duidelijke verbreding van horizon is doordat de verzekeringsgeneeskundige geen controlearts meer wil zijn, maar dat er anderzijds zowel binnen de groep van verzekeringsgeneeskundigen als daarbuiten huiver te constateren is als het gaat om een actieve sociaal-geneeskundige taakopvatting; ook Buijs heeft daar recent nog op gewezen³. Het leek mij daarom zinvol aandacht te geven aan ontwikkelingen in de verzekeringsgeneeskunde. Hiertoe kort eerst iets over de arbeidsgeschiktheidsverzekering in ons land en de positie van de verzekeringsgeneeskundige daarin.

Nederland kent als onderdeel van de sociale zekerheid een arbeidsongeschiktheidswetgeving. Deze is erop gericht werknemers die ziek worden in staat te stellen zoveel mogelijk zonder verlies van inkomen het werk neer te leggen teneinde te herstellen of passend werk te zoeken, als dat herstel niet (volledig) mogelijk blijkt te zijn; mocht werkhervatting als gevolg van ziekte geheel of deels onmogelijk zijn, dan wordt het gederfde inkomen vergoed door middel van een uitkering. De uitvoering van deze wetgeving is opgedragen aan het Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK), de bedrijfsverenigingen, het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP) en de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD). Bij deze organisaties werden verzekeringsgeneeskundigen, die aan cliënten en organisaties adviezen geven over de mogelijkheden van de eersten om te werken en over de bij hen bestaande arbeidsongeschiktheid.

In het verleden heette de verzekeringsgeneeskundige 'controlearts': hij controleerde de terechtheid van de ziekmelding. In de loop der jaren kwam er een element bij in zijn taak; dit element is 'begeleiding' gaan heten⁴; het betreft met name het geven van adviezen aan de cliënten over

W. E. L. de Boer

Kan de verzekeringsgeneeskundige een bijdrage leveren aan de preventie van menselijke schade, in casu arbeidsongeschiktheid? W. E. L. de Boer, cursusleider verzekeringsgeneeskunde bij de Stichting voor Sociale Gezondheidszorg te Utrecht, beantwoordt deze vraag positief. Hij acht het wel te wensen dat er middelen worden gevonden om samenwerking tot stand te brengen tussen de curatieve sector, bedrijfsgeneeskundige sector en verzekeringsgeneeskundige sector.

de mogelijkheden die hun ten dienste staan om hun ziekte en arbeidsongeschiktheid te bestrijden. Het louter controleren zonder in voorkomende gevallen in te grijpen wordt in het algemeen niet zinvol meer geacht; het groeiende ziekteverzuim maakt ook duidelijk, dat met alleen controle dit verzuim onvoldoende wordt bestreden.

Bij de uitvoering van de WAO werd aan de ontwikkeling van de begeleiding als element in het werk van de verzekeringsgeneeskundige een aparte paragraaf in de Memorie van Toelichting gewijd⁵. Binnen de beroepsgroep der verzekeringsgeneeskundigen wordt begeleiding thans algemeen als een vanzelfsprekend deel van het werk gezien^{6, 7}. De verzekeringsgeneeskundigen lijken zich meer te gaan richten op de vroege interventie en op preventie van arbeidsongeschiktheid⁸⁻¹⁰. Bij werkers in het veld van de sociale gezondheidszorg leeft wel de vraag, of het wenselijk en mogelijk is de beoordeling, begeleiding en preventie in één functie te combineren. Om deze vraag te beantwoorden kunnen de elementen 'beoordeling', 'begeleiding' en 'preventie' op een aantal aspecten worden geanalyseerd en vergeleken, en wel op de aspecten 'legitimatie' (op welke grond zit het element in het werk van de verzekeringsgeneeskundige?), 'doel' (welk resultaat wordt nagestreefd met het betrokken element?), 'methode' (hoe gaat men te werk om het

doel te bereiken?), 'deskundigheid' (wat is er nodig aan kennis en vaardigheden?), 'rol' (welk gedrag van de verzekeringsgeneeskundige hoort bij het desbetreffende element?) en 'belang' (waar ligt het belang van de verzekeringsgeneeskundige met betrekking tot dit element?).

ELEMENT 1: BEOORDELING

Het beoordelen behelst het geven van een oordeel over het bij een bepaald persoon bestaan van arbeidsongeschiktheid in de zin van de wet, dat wil zeggen het bestaan van een onvermogen, door ziekte of gebreken, tot het verrichten van het eigen werk (Ziektewet) of ander passend werk (WAO). Dit oordeel wordt ter kennis gebracht van de cliënt en de bedrijfsvereniging.

Het beoordelen is direct gebaseerd op de wettelijke opdrachten die de verzekeringsgeneeskundige mede uitvoert: ZW, WAO. Hierin staat omschreven wat onder arbeidsongeschiktheid moet worden verstaan en dat het bestaan daarvan door deskundigen moet worden beoordeeld. Het doel van het beoordelen is gelegen in het juist verdelen van middelen. Diegene die arbeidsongeschikt is dient in aanmerking te komen voor een uitkering, diegene die dat niet is dient geen uitkering te krijgen.

Voor het beoordelen kan de verzekeringsgeneeskundige gebruik maken van drie wijzen van redeneren: een eng-juridische, een objectiverende en de claimbeoordeling. In de eng-juridische optiek is de gedachtengang dat de voorwaarde voor arbeidsongeschiktheid is dat iemand ziek is en het derhalve de taak van de verzekeringsgeneeskundige is aan te tonen of iemand ziek is of niet. Ik noem dit eng-juridisch omdat deze redenering voorbijgaat aan de feitelijk bestaande problematiek van de cliënt. Verder is deze redenering uiteraard slechts beperkt toepasbaar omdat het voldoen aan de voorwaarde ziekte nog niet betekent dat iemand ook zijn werk niet kan verrichten. De objectiverende denkwijze behelst dat er alleen gebruik wordt gemaakt van meetbare gegevens vanuit het idee dat ziekte een medisch-objectief begrip is. De objectief gemeten functiebeperkingen

kunnen worden gespiegeld aan de eveneens objectief gemeten eisen in bijvoorbeeld de werkplek. Aldus ontstaat een objectief en professioneel oordeel waarin de verzekeringsgeneeskundige een neutrale deskundige is. Althans, dat is de theorie. De praktijk is dat vele uitingen van ziekte en ongeschiktheid wel als reëel worden gezien maar niet objectief zijn te meten. Ook zijn veel belastende elementen in arbeidssituaties niet of nauwelijks in maat en getal vast te leggen. Het wetenschappelijke ideaal in de verzekeringsgeneeskunde, het objectief kunnen meten van arbeidsongeschiktheid, is derhalve nog te ver weg om redelijkerwijs te kunnen beweren dat het de dagelijkse praktijk is.

In de claimbeoordeling tenslotte, wordt ervan uitgegaan dat de cliënt zelf op de hoogte is van de bij hem bestaande uitingen van ziekte en onvermogen en dat de cliënt dit aan de verzekeringsgeneeskundige kan mededelen. Het is dan aan de verzekeringsgeneeskundige om deze gegevens vanuit zijn neutrale positie aan te vullen en te verifiëren en zich een oordeel te vormen. Aldus ontstaat het oordeel van de verzekeringsgeneeskundige in dialoog met de betrokkene. Beperkingen van deze methode liggen in de betrouwbaarheid en validiteit van het verhaal van de cliënt. Voor zover mij bekend wordt deze laatste methode in de praktijk het meest toegepast, zoveel mogelijk aangevuld met objectieve gegevens.

De vraag die ter beoordeling ligt is of iemand wel of niet arbeidsongeschikt is. Om deze vraag te beantwoorden heeft men kennis ten aanzien van menselijke vermogens en onvermogens in relatie tot arbeid en ten aanzien van de invloed van ziekte op deze vermogens. Eventueel bestaand onvermogen dient een gevolg te zijn van ziekte of gebreken en niet het gevolg van bijvoorbeeld onvoldoende scholing¹¹. Arbeidsongeschiktheid, een sociaal en economisch gevolg van ziekte, is sterk persoons- en situatiegebonden en variabel in de tijd^{3, 12-14}. Medische deskundigheid alleen is voor het beoordelen hiervan dan ook niet voldoende. Het systematiseren van de methode van de beoordeling, naast het betrekken van kennis van onder andere wet en arbeid is evenzeer nodig¹⁵.

De rol die de verzekeringsgeneeskundige aanneemt bij het beoordelen lijkt het meest op die van de rechter. Hij hoort de cliënt en verzamelt vanuit een onafhankelijke positie gegevens die de claim kunnen bevestigen of verwerpen. De verzekeringsgeneeskundige kan als beoordelaar

in contact komen met de werkgever van de cliënt, de bedrijfsarts, de behandelend arts en anderen teneinde gegevens te verkrijgen of indrukken te toetsen. Hier neemt de verzekeringsgeneeskundige de rol van onderzoeker aan.

Bij het beoordelen neemt de verzekeringsgeneeskundige een onafhankelijke positie in ten opzichte van betrokkene, bedrijfsvereniging en anderen. Wel is het zo dat de verzekeringsgeneeskundige in dienst is bij een bedrijfsvereniging, het ABP of de GMD en dat deze organisaties randvoorwaarden stellen aan het werk van de verzekeringsgeneeskundige. Bij het beoordelen dient de verzekeringsgeneeskundige echter geen specifiek belang van bedrijfsvereniging, ABP of GMD. Het belang van de verzekeringsgeneeskundige in zijn relatie met behandelend arts en bedrijfsartsen, werkgevers en dergelijken, is gelegen in een goede informatieuitwisseling. Op het moment dat een verzekeringsgeneeskundige uit zijn neutrale rol valt kan het echter zijn dat andere belangen gaan meespelen. Als werknemer van een regelgevend orgaan kan hij zijn belang gaan zien in een soepele gang van zaken ten koste van de kwaliteit van zijn oordelen². Als persoon die over anderen moet oordelen en die op die oordelen kan worden aangesproken kan hij geneigd raken oordelen te geven die zijns inziens de minste bezwaren ontmoeten.

ELEMENT 2: BEGELEIDING

Het begeleiden is te omschrijven als het interveniëren in het spontane beloop van iemands arbeidsongeschiktheid. Dit kan behelzen het geven van adviezen, informatie of hulp aan de betrokkene met betrekking tot zijn ziekte, maar het kan ook zijn gericht op werkplek of thuissituatie. De betrokkene is hierin uiteraard niet passief. Veelal zal begeleiding van enige omvang invloed hebben op het werk van andere werkers in de gezondheidszorg, het personeelswerk of in de sociaal-medische sector.

Het begeleiden wordt slechts in beperkte mate door de wettelijke opdracht gelegitimeerd, maar veeleer door de intentie van de wetgever. Ziektewet en WAO kennen bepalingen volgens welke de cliënt alles in het werk moet stellen om weer gezond en arbeidsgeschikt te worden. Blijkens de wettekst is de verzekeringsgeneeskundige bevoegd voorschriften te geven terzake. Meer is er in de wettekst echter niet te vinden. Uit de in de Memorie van Toelichting bij de WAO opgenomen para-

graaf Sociaal-medische functie blijkt dat de verzekeringsgeneeskundige door de wetgever werd gezien als actief⁵, vandaar dat het begeleiden wel te baseren is op de intentie van de wetgever. Verder is deze taak te baseren op de maatschappelijke relevantie ervan (het bestrijden van het leed en de kosten die het gevolg zijn van het arbeidsongeschikt zijn van mensen). Verder baseren sommige verzekeringsgeneeskundigen het begeleiden op hun arts-zijn.

Met het begeleiden wordt gestreefd naar optimale integratie of reïntegratie van de betrokkenen in arbeid en in de samenleving. Het is duidelijk dat bepaling van wat optimaal en haalbaar is onderhevig is aan veel persoonlijke inschattingen van onder anderen cliënt en verzekeringsgeneeskundige. Bij het begeleiden onderzoekt de verzekeringsgeneeskundige met de cliënt de situatie van de cliënt op mogelijkheden van verandering. Dit kan leiden tot suggesties over behandeling, over het leren leven met de handicap, leren leven met beperkingen, oplossen van problemen die het werken in de weg staan of eventueel leren leven zonder werk. Het bewerkstelligen van veranderingen vergt overleg en eventueel samenwerking met anderen³.

Net als bij het beoordelen is bij het begeleiden de medische deskundigheid op zichzelf nodig, doch onvoldoende. Adviezen terzake van het herstel van de gezondheid vergen een scholing in ziektekunde, prognostiek en therapeutische mogelijkheden. Als arbeidsongeschiktheid echter niet alleen wordt opgevat als een *toestand* doch ook als *gedrag* van een individu, ligt het voor de hand begeleiden te zien als het pogen dit gedrag te veranderen, zoals het motiveren voor een adequate therapie. Dit vergt kennis terzake van redenen voor bepaald gedrag en van aangrijpingspunten om gedrag te veranderen.

Verder moet de verzekeringsgeneeskundige vertrouwen kunnen wekken en weten te stimuleren. Dit betekent dat de deskundigheid in dezen verwant is aan die welke wordt gebruikt in de gedragstherapie^{16, 17}. Het is duidelijk dat de verzekeringsgeneeskundige hier op het terrein van gezondheidszorg en personeelszorg komt, zonder dat hij aan gezondheidszorg of personeelszorg doet.

De rol die de verzekeringsgeneeskundige kan aannemen ten opzichte van de betrokkene is enerzijds die van adviseur (als de verzekeringsgeneeskundige de cliënt informeert over tiltechniek, confronteert met de gevolgen van het huidige gedrag,

of wijst op zijn verplichting tot werken aan herstel) en anderzijds die van hulpverlener (in het vertrouwen winnen en stimuleren).

De positie van de verzekeringsgeneeskundige ten opzichte van de cliënt kan in de rol van adviseur nog neutraal zijn, in de rol van hulpverlener is deze dat niet meer. Ook tegenover behandelaars, werkgevers en dergelijken verliest de verzekeringsgeneeskundige de onafhankelijkheid omdat er een belang is, gericht op samenwerking^{18, 4}. Dit betekent dat de verzekeringsgeneeskundige zal werken aan het kweken van good-will in de onderlinge relaties, hetgeen met onderhandelen gepaard kan gaan. De uitkomst kan samenwerking zijn, maar ook wantrouwen en concurrentie, dit laatste met name met behandelend arts en bedrijfsarts.

Buijs stelt dat de verzekeringsgeneeskundige minder in een positie is om te begeleiden dan bedrijfsarts en huisarts³, gezien de binding met het uitvoeringsorgaan sociale verzekering. Het kan zijn dat de verzekeringsgeneeskundige vanuit gemakzucht het administratieve belang voorop stelt, zoals door Leenen is aangegeven². Het omgekeerde: het beschermen van de cliënt tegen de samenleving komt mijns inziens evenzeer voor en beide zijn uitkomsten van een onzorgvuldige opstelling van de verzekeringsgeneeskundige. Deze onzorgvuldigheid kan echter ook voorkomen bij bedrijfsarts en behandelend arts, zodat de stelling van Buijs mijns inziens niet zonder meer kan worden gehandhaafd. Met name het bevorderen van de inbreng van de patiënt is voor alle betrokkenen een effectieve aanpak tegen dit soort fouten.

ELEMENT 3: PREVENTIE

Preventie door de verzekeringsgeneeskundige kan hier worden omschreven als het geheel van handelingen dat is gericht op het voorkomen van arbeidsongeschiktheid. Het behelst het opsporen van oorzaken van arbeidsongeschiktheid, het zoeken naar mogelijkheden om deze weg te nemen en het bijdragen aan het feitelijk wegnemen van deze oorzaken.

In de in dit artikel besproken sociale verzekeringswetten zijn de auteur geen artikelen bekend die aanleiding zijn voor verzekeringsgeneeskundigen om aan preventie te doen. Wel zijn de uitvoeringsorganen van de sociale zekerheid zich in toenemende mate bewust van de noodzaak hiervan (bijvoorbeeld bedrijfsgericht werken) en is in het algemeen de maatschappelijke relevantie een legitima-

tie om aan preventie te doen. Gewezen kan worden op het recente voorstel van staatssecretaris De Graaf om de WAO-premie per bedrijfsvereniging te differentiëren op risico. Het doel is gelegen in het voorkomen van arbeidsongeschiktheid, van het daarmee gepaard gaande leed en ook van de daarmee gepaard gaande kosten. Nog minder dan bij de begeleiding is preventie iets dat door één persoon kan worden uitgevoerd. Vanuit zijn positie kan de verzekeringsgeneeskundige bijdragen leveren, iets dat nog de nodige invulling behoeft in de praktijk^{2, 3, 10}. Via signalen op individueel niveau kan de verzekeringsgeneeskundige oorzaken van ontstaan of voortbestaan van arbeidsongeschiktheid op het spoor komen (arbeidssituaties, gezondheidszorg) en veranderingen stimuleren. Hiertoe behoeft hij een systeem om deze gegevens bij te houden en te analyseren.

Het bedrijfsgericht werken, waarbij een verzekeringsgeneeskundige het verzuim en de arbeidsomstandigheden van een bedrijf kent, is een stap in de richting van preventie; het met cliënt en behandelaars overleggen over maatschappelijke consequenties van voorgenomen behandeling een andere. De positie van de verzekeringsgeneeskundige brengt mijns inziens ook met zich mee dat het opsporen van risicofactoren bij gezonde mensen zoals hypertensie, roken, etc.) niet tot zijn taak kan horen. Hier zijn bedrijfsartsen en basisgezondheidsdiensten beter toe geplaatst.

Voor de preventie lijkt de medische deskundigheid van de verzekeringsgeneeskundige nog wezenlijker dan voor het beoordelen en begeleiden. Immers, vooronderstelt het werken aan preventie bij uitstek het medisch causale denken: er zijn voor het optreden van gezondheidschade oorzaken aan te wijzen en het wegnemen van deze oorzaken zal het optreden van schade voorkomen¹⁹. Voor deze taak behoeft de verzekeringsgeneeskundige derhalve kennis van oorzaken van ziekte, zoals die gelegen kunnen zijn in werksituaties, zowel ergonomisch en toxicologisch als arbeidspsychologisch, en kennis van oorzaken van het voortbestaan van arbeidsongeschiktheid, zoals die kunnen zijn gelegen in onvoldoende mogelijkheden tot behandeling en in verkeerde behandeling en in het niet voorhanden zijn van passend werk. Verder behoeft de verzekeringsgeneeskundige methoden om het bestaan van deze oorzaken op te sporen, het bestaan ervan bekend te maken en eventueel middelen om ze weg te nemen.

Tegenover de cliënt heeft de verzekeringsgeneeskundige de rol van onderzoeker: geïnteresseerd in het bestaan van fenomenen bij de cliënt doch niet zozeer in de persoonlijke betekenis die deze voor de cliënt hebben. Tegenover de werkgever is er ook een rol van onderzoek zolang het gaat om het opsporen van oorzaken. Als het gaat om het wegnemen van oorzaken bij een bedrijf kan de verzekeringsgeneeskundige de rol van adviseur aannemen. Zodra oorzaken openbaar worden gemaakt kan de verzekeringsgeneeskundige in een aanklagersrol terechtkomen: het bekend maken van ongewenste toestanden. Hetzelfde geldt ten aanzien van behandelend artsen en de gezondheidszorg in het algemeen. Ten aanzien van bedrijfsartsen ligt de zaak wat onduidelijker: als het goed is zijn zij collega's met een vergelijkbaar doen en vergelijkbare deskundigheid, echter met een verschillende positie. Dit leidt tot verschillende bijdragen aan de preventie van ziekte en arbeidsongeschiktheid.

De positie tegenover de betrokkenen is onafhankelijk en het belang is gericht op een juiste verzameling van gegevens, derhalve op openheid van zaken. Tegenover het bedrijf is de positie die van iemand die komt controleren of aan alle voorwaarden van gezond personeelsbeleid wordt voldaan en is het belang dus eveneens gericht op openheid van zaken, eventueel op samenwerking bij het wegnemen van oorzaken van arbeidsongeschiktheid. Tegenover bedrijfsarts, behandelaars respectievelijk hulpverleners geldt hetzelfde. Het feit dat verzekeringsgeneeskundigen te maken krijgen met alle werknemers die arbeidsongeschikt worden en dat verzekeringsgeneeskundigen zich op het raakvlak van mens, arbeid en gezondheidszorg bevinden maakt dat daar unieke mogelijkheden liggen.

MOGELIJKE PROBLEMEN

In hoeverre ligt het nu voor de hand om beoordeling, begeleiding en preventie in het werk van de verzekeringsgeneeskundige te verenigen en eventueel verder uit te bouwen? Als men ze brengt onder de gemeenschappelijke noemer van het bestrijden van menselijke schade en van de maatschappelijke opdracht die aan de sociale verzekering is toebedeeld, is afstemming van deze elementen wel het minste dat men zal willen doen. Verder is het zo dat de verzekeringsgeneeskundige een unieke positie heeft omdat hij een onbelemmerde kijk heeft op het ontstaan en voortbestaan van arbeidsongeschiktheid.

Van hieruit vangt hij signalen op die van belang zijn en elders niet zo makkelijk worden ontvangen. Het is derhalve toe te juichen als verzekeringsgeneeskundigen zich meer gaan toeleggen op preventie, mits dit te verenigen is met andere elementen in hun werk. Dit is op de volgende punten niet zeker:

– ten aanzien van de rol tegenover de cliënt zit er spanning in de verhouding tussen rechtersrol en rol van hulpverlener; de rollen van adviseur en onderzoeker dragen daar weinig toe bij. De ervaring in het werk van de verzekeringsgeneeskundige in de afgelopen jaren wijst uit dat de combinatie van beoordeling en begeleiding wel mogelijk is. Duidelijkheid over de aan te nemen rol lijkt voor de verzekeringsgeneeskundige de voornaamste voorwaarde om deze spanning binnen de perken te houden. Het benadrukken van parallelle belangen heeft dezelfde functie. Een andere voorwaarde is, dat alle anderen die zich met preventie bij werknemers bezighouden met de verzekeringsgeneeskundigen willen samenwerken. Ook dit is niet op alle punten zeker.

– ten aanzien van de rol en het belang tegenover de werkgever van de cliënt zien we spanning tussen de rol van inspecteur en die van begeleider van de cliënt. Dit toont overeenkomsten met de spanning tussen de rollen van rechter en hulpverlener zoals die bestaan tegenover de cliënt. Daarbij komt dat de cliënt meer afhankelijk is van de verzekeringsgeneeskundige dan de werkgever. Hier kunnen zeker problemen ontstaan. Duidelijkheid over rollen en nadruk op gemeenschappelijke belangen lijken ook hier de beste remedie.

– ten aanzien van de rol en het belang tegenover de bedrijfsarts zijn er verschillen die niet tot problemen hoeven te leiden. Als er concurrentie ontstaat kan de samenwerking ernstig schade lijden (en als gevolg daarvan de bestrijding van menselijke schade ook, zowel in individuele gevallen als structureel). Het lijkt dan ook aangewezen dat bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen vanuit gemeenschappelijke doelstellingen verder praten over taakverdeling en samenwerking.

– ten aanzien van de rol en het belang tegenover de gezondheidszorg geldt hetzelfde als tegenover de werkgever van de cliënt. Als verzekeringsgeneeskundigen hun mogelijkheden tot bewaking van de gevolgen van de gezondheidszorg serieus uitvoeren kan er spanning ontstaan tussen de rollen van inspecteur en van bege-

leider van de cliënt. De taakverdeling wordt evenwichtiger en effectiever als vanuit de gezondheidszorg wordt bewaakt dat iemand niet werkt tot schade van zijn gezondheid en dat vanuit de sociale verzekering wordt bewaakt dat iemand niet wordt behandeld tot schade van zijn maatschappelijke ontplooiing. Momenteel is het nog niet erg de gewoonte dat verzekeringsgeneeskundigen de rol van inspecteur op zich nemen terwijl het toch niet vaststaat dat dit niet zinvol is. De pleidooien van Buijs om het overwicht van de tweede lijn^{3 20}, met de beperkte aandacht voor preventie en revalidatie, tegen te gaan, gaan in dezelfde richting. De vele andere personen en instanties waarmee de verzekeringsgeneeskundige te maken kan krijgen bij preventie blijven hier buiten beschouwing, omdat de contacten een meer incidenteel karakter zullen hebben, bijvoorbeeld de basisgezondheidsdiensten.

CONCLUSIE

Al met al is het mijns inziens duidelijk dat de verzekeringsgeneeskundige een bijdrage kan leveren aan de preventie van menselijke schade, bijvoorbeeld van arbeidsongeschiktheid. De bijdrage die de verzekeringsgeneeskundige vanuit zijn positie kan leveren is groot en niet zo makkelijk op een andere wijze te leveren. Het is te wensen dat de curatieve sector, bedrijfsgeneeskundige sector en verzekeringsgeneeskundige sector middelen vinden om samenwerking tot stand te brengen die ten doel heeft om a. het ontstaan van ziekte zoveel mogelijk tegen te gaan, b. optimale ruimte te creëren om eenmaal ontstane ziekte zo goed mogelijk te behandelen, en c. bij de groeiende groep mensen die met gevolgen van ziekte blijven zitten de gevolgen in zowel sociaal als economisch opzicht zoveel mogelijk te bestrijden. □

Hoewel deze uiteindelijke tekst alleen de verantwoordelijkheid is van de schrijver, is het erin verwerkte gedachtegoed niet alleen van hemzelf afkomstig. Hij zegt bij deze dank aan de collega-medewerkers van de Stichting voor Sociale Gezondheidszorg (SSG) die aan het ontwikkelen van ideeën en het uitwerken van de tekst een onschatbare bijdrage hebben geleverd. Verder is de schrijver dank verschuldigd aan een groot aantal cursisten verzekeringsgeneeskunde bij de SSG die in vele onderwijssituaties constructief kritisch hebben geholpen bij het uitwerken van de ideeën in dit artikel.

Literatuur

1. Spreeuwenberg C. Ons broeders hoeder? Medisch Contact 1988; 43: 1191.
2. Leenen HJJ. Problemen op de weg naar gezondheidspolitiek en een pleidooi voor sociale geneeskunde. TSG: 1987; 65, nr 2.
3. Buijs PC. Sociaal-medische begeleiding; een zaak die alle artsen aangaat. Medisch Contact 1988; 43: 1131-6.
4. Graaf A de. Sociaal medische begeleiding van arbeidsongeschikte werknemers. TVG 1987; 25, nr 3.
5. Memorie van Toelichting (bij arbeidsongeschiktheidsverzekering), kamerzitting 1962-1963, 7171, nr 3, pp. 1-65. Den Haag: Staatsdrukkerij, 1963.
6. Viaene J. Schade aan de mens deel III. Antwerpen: Maarten Kluwer, 1976.
7. Viaene J. Sociale zekerheid omtrent het verlies van arbeidsinkomen veroorzaakt door arbeidsongeschiktheid. In: Jong EP de et al. Arbeidsongeschiktheid in discussie. Antwerpen: Maarten Kluwer, 1982.
8. NVVG Commissie Opleidingen. Leerdoelen verzekeringsgeneeskunde. 1983.
9. NVVG. Advies sociaal medische functie sociaal verzekeringsgeneeskundige. TVG supplement 1987.
10. Zielhuis GA. Structuurrapport preventie 1985; TSG 63, nr 25.
11. Haverkamp NJ. Ongeschiktheid tot werken anders dan wegens ziekte of gebrek. SMA 1977; 333-9.
12. De Boer WEL. WAO en GMD-vg. Scriptie in het kader van de opleiding verzekeringsgeneeskunde. Utrecht: SSG, 1986.
13. Lahaye D. Het juridisch keurslijf van de verzekeringsgeneeskundige. TVG 1987; 25, nr 1.
14. Lahaye D. De medische beoordeling van de activiteits- en arbeidsongeschiktheid 11. TVG 1987; 25, nr 2.
15. De Boer WEL en Leenders FJ. Notitie VgO. Utrecht: SSG, 1988.
16. Kraaimaat F. Het maken van een functionele analyse; syllabus blok verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming. Utrecht: SSG, 1987.
17. De Boer WEL, T.A. in de sociale verzekeringsgeneeskunde. In: Kouwenhoven (red). Transaktionale Analyse in Nederland. Deel III. Ermelo: Algemeen Nederlands Instituut voor Transaktionale Analyse, 1987.
18. Keijzer JAL de en Buijs PC. Wie begeleidt de zieke werknemer. Amsterdam: Stichting CCOZ, 1983.
19. Maas PJ van der. Modellen voor preventie. 1985; TSG 63, nr 12.
20. Buijs PC. Curatieve gezondheidszorg, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Amsterdam: Stichting CCOZ, 1985.

Gastroscoopie op verzoek van de huisarts

Een effectieve substitutie?

In het verleden is een aantal experimenten met diagnostische centra opgezet, met name het Diagnostisch Centrum Oudenrijn te Utrecht en het Diagnostisch Centrum te Maastricht^{1,2}. Mede op grond van de ervaringen in die centra kan worden gesteld, dat uitbreiding van diagnostische mogelijkheden voor de huisarts alleen onder bepaalde condities zinvol is; deze condities hebben betrekking op de aard van de ter beschikking te stellen diagnostiek, de aard van de op te sporen aandoening en de infrastructuur van het diagnostisch centrum.

Het aan de huisarts ter beschikking te stellen diagnostisch onderzoek zal vooral rendement opleveren indien de voorspellende waarde van de betreffende onderzoeksmethode ten aanzien van een bepaalde ziekte of afwijking relatief hoog is. Dit betekent enerzijds dat de onderzoeksmethode voldoende sensitief en specifiek moet zijn, anderzijds dat er een relatief hoge a priori kans op aanwezigheid van die bepaalde ziekte of afwijking moet zijn in de patiëntenpopulatie van de huisarts. Vervolgens zal de huisarts het diagnostisch onderzoek gericht moeten aanvragen. Dat wil zeggen, dat allereerst door middel van voorgeschiedenis, anamnese en onderzoek informatie wordt verzameld. Bij het inschatten van de a priori kans op ziekte zijn voorspellende criteria ten aanzien van de kans op ziekte van groot belang^{3,4}. Voorts blijken regelmatig overleg tussen huisartsen en diagnosten, alsmede werkafspraken omtrent de toepassing van diagnostiek, een positieve invloed te hebben op de gerichtheid van aanvragen door de huisartsen^{5,6}.

Uit de experimenten met diagnostische centra is gebleken dat het ter beschikking stellen van diagnostische faciliteiten niet zonder meer leidt tot substitutie (vervanging van beleid in de tweede lijn door beleid in de eerste lijn). Zo blijkt uit de evaluatie van het Utrechtse experiment (Diagnostisch Centrum Oudenrijn) dat huisartsen wel vaker van dit onderzoek gebruik maakten, maar dat dit niet tot substitutie leidde. Aan het starten van de uitbreiding van diagnostische faciliteiten

M. E. Numans,
R. A. de Melker,
J. W. Bogaard,
H. M. Jacobs en
F. Touw-Otten

Diagnostische raadpleging kan worden gezien als de gulden middenweg tussen diagnostisch nihilisme en diagnostische overdaad. Zo'n uitbreiding van de diagnostische faciliteiten voor de huisarts past in de huidige belangstelling voor een effectievere en efficiëntere gezondheidszorg. In Utrecht experimenteert men (in het kader van een breder opgezet onderzoek naar de samenwerking tussen huisarts en specialist in relatie tot de kwaliteit van de zorg) met diagnostische raadpleging bij dyspeptische klachten. Een bericht uit de vakgroepen Huisartsgeneeskunde en, in het geval van de middelste auteur, Gastro-enterologie.

dienen dan ook bezinning op de indicaties en het maken van goede werkafspraken tussen huisartsen en specialisten vooraf te gaan.

In het kader van uitbreiding van diagnostische mogelijkheden voor de huisarts is gastroscoopie, endoscopie van de bovenste tractus digestivus, een onderzoeksmethode die aan de genoemde randvoorwaarden voldoet. Dyspeptische klachten worden frequent aan de huisarts gepresenteerd. De totale incidentie van aandoeningen als gastritis, hiatus hernia, ulcus duodeni en ulcus ventriculi, oesophagitis en maligniteit van het bovenste deel van de tractus digestivus kan worden geschat op 20/1.000/jaar en maakt daarmee deel uit van de top-twintig van de huisartsgeneeskunde^{7,8}. Door de huisartsen zal slechts bij een deel van deze patiënten aanvullend onderzoek worden aangevraagd, in de vorm van een maagfoto of een gastroscoopie. Gastroscoopie is een onderzoeksmethode met zowel een hoge sen-

sitiviteit als een hoge specificiteit voor alle aandoeningen van de bovenste tractus digestivus⁹. Röntgenonderzoek (eventueel dubbelcontrast) van maag en duodenum heeft maar bij enkele aandoeningen een hoge specificiteit, terwijl de sensitiviteit voor veel aandoeningen relatief laag is¹⁰. De relevantie van de door middel van gastroscoopie aan te tonen of uit te sluiten aandoeningen is over het algemeen hoog.

De therapeutische consequenties van de meeste bevindingen bij gastroscoopie ontstijgen de competentie van de huisarts geenszins¹¹. Tegenstanders van het ter beschikking stellen van gastroscoopie aan de huisarts merken echter op, dat veel huisartsen onvoldoende zijn geschoold in de indicatiestelling voor dit onderzoek en niet goed op de hoogte zijn met de aan veel uitslagen te verbinden beleidsconsequenties, in de zin van controle of therapie¹². Deze tekorten zouden kunnen leiden tot het ongebreideld aanvragen van gastroscoopie bij patiënten met veel klachten, maar zonder relevante afwijkingen. Dit zou capaciteitsproblemen bij de endoscopieafdelingen en onnodige belasting van patiënten tot gevolg kunnen hebben¹³. Aan dit bezwaar kan tegemoet worden gekomen door het maken van goede werkafspraken, het geven van feed-back op de aanvragen en andere vormen van gestructureerd overleg, zoals consultatie.

In een toenemend aantal regio's is het langzamerhand gebruikelijk geworden dat huisartsen, in meer of minder strak georganiseerd verband, rechtstreeks gastroscoopie aanvragen. In beperkte mate is daarover, zowel in het buitenland als in Nederland, eerder gepubliceerd. De desbetreffende publikaties zijn tot nu toe echter vrijwel zonder uitzondering door specialisten geschreven. Bovendien toont het tot nu toe uitgevoerde onderzoek een aantal tekortkomingen, zoals het ontbreken van een controlegroep^{14,15}, een te klein aantal huisartsen¹⁶, het ontbreken van voormetingen^{11,14}, grote diversiteit in begripsomschrijving en onduidelijkheid met betrekking tot de meetinstrumen-

ten¹⁷. Mogelijkheden tot selectie van patiënten voor gastroscopie door middel van voorspellende criteria zijn met name in Engeland beschreven^{13, 18}, maar nog niet op grote schaal toegepast. Een voornamelijk huisartsgeneeskundig georiënteerde indicatielijst is nog niet ontwikkeld. Bovendien is een eventueel substitutie-effect door het ter beschikking stellen van de faciliteit nog niet aangetoond.

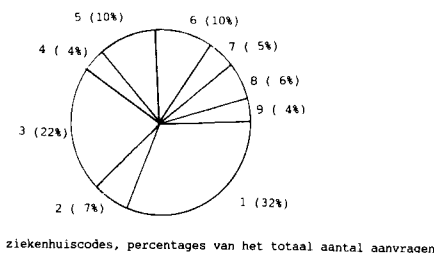
EEN PROJECT IN UTRECHT

Sinds 1 oktober 1986 is het ook voor de 270 huisartsen in de regio Utrecht mogelijk in alle acht ziekenhuizen in deze regio gastroscopieën aan te vragen. Een jaar later werd nog een ziekenhuis toegevoegd en nam het aantal huisartsen toe tot 310. Deze 'open access'-faciliteit is opgezet door een projectgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de PHV/LHV Utrecht en omstreken, de deelnemende endoscopisten en de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Utrecht. Het evaluatieonderzoek wordt uitgevoerd door de vakgroep Huisartsgeneeskunde. Het onderzoek duurt 24 maanden.

Zoals het *schema* toont zijn de onderzoeksvragen verdeeld in twee hoofdgroepen.

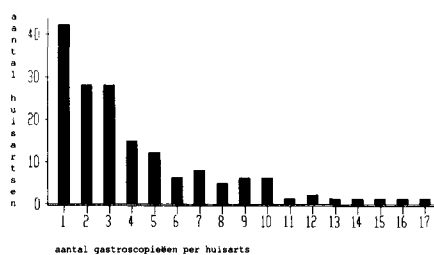
De eerste groep onderzoeksvragen heeft betrekking op de vraag naar het kwantitatieve effect van het invoeren van de 'open access'-faciliteit op alternatieve handelingen in het beleid en op de 'pick-up rate' bij gastroscopie op verzoek van zowel huisarts als specialist, in de onderzoekpopulatie. Deze effecten worden gemeten aan de hand van de ontwikkeling in aantallen aangevraagde gastroscopieën in vergelijking met de aantallen röntgenfo-

Figuur 1. Verdeling van 658 gastroscopieaanvragen bij 622 patiënten over de negen deelnemende ziekenhuizen.



ziekenhuiscode, percentages van het totaal aantal aanvragen

Figuur 2. Aantal huisartsen met hun aantal gastroscopieaanvragen in anderhalf jaar, 658 aanvragen over 164 huisartsen verdeeld.



to's op verzoek van huisartsen en de aantallen interne verwijzingen. Door vergelijking van de aard en ernst van de aangevroefen pathologie bij gastroscopieën op verzoek van huisartsen met die bij eerste poliklinische gastroscopieaanvragen door specialisten wordt nagegaan bij welke groepen patiënten een effect optreedt, met name in hoeverre er sprake is van een substitutie-effect of dat er sprake is van het uitvoeren van meer onderzoek zonder meer. Deze vragen zijn voor de huidige gezondheidszorgpolitiek van groot belang.

Schema. Onderzoeksvragen.

Het effect van invoering van de gastroscopiefaciliteit op:

- het totale aantal gastroscopieaanvragen;
- het aantal door huisartsen aangevraagde maagfoto's;
- het aantal verwijzingen;
- voorschrijfgedrag met betrekking tot H₂-receptorantagonisten;
- de aard van bevindingen bij gastroscopie op verzoek van huisarts en specialist.

De voorspellende waarde van klinische patiëntkenmerken uit:

- klachtenpatroon en symptomatologie;
- voorafgaande diagnostiek en therapie;
- voor:
- de uitslag van de gastroscopie; en
- de beleidsconsequenties van de uitslag.

De tweede groep vragen betreft de voorspellende waarde van klinische patiëntkenmerken op het moment dat de huisarts een gastroscopieaanvraag overweegt. De patiëntkenmerken betreffen zowel symptomen en klachten als de diagnostiek en therapie die aan de aanvraag zijn voorafgegaan. Daarnaast wordt het effect van de werkwijze, met name fasering van diagnostiek, op de aard en ernst van de bij gastroscopie aangetroffen ziekte en op de beleidsconsequenties van de uitslag van de gastroscopie bepaald. Deze gegevens zijn relevant, omdat wordt verondersteld dat het gebruik van voorspellende criteria de diagnostische opbrengst zal verhogen (economisch motief) en dat verrichte gastroscopieën daardoor meer beleidsconsequenties (klinisch motief) zullen hebben. Ook wordt aangenomen dat bij goede fasering van diagnostiek effectief klinisch handelen door de huisarts wordt bevorderd.

Het onderzoek heeft een quasi-experimenteel 'design'. Ten behoeve van de kwantitatieve onderzoeksvragen worden in de verschillende ziekenhuizen gegevens verzameld over de periode voorafgaand aan en de periode van het project. De gegevens voor de kwalitatieve vragenstellingen worden verzameld met behulp van kopieën van de voor alle ziekenhuizen identieke aanvraagformulieren van de huisartsen en de gastroscopie-uitslagen. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van gegevens met betrekking tot het door de huisarts naar aanleiding van de gastroscopie-uitslag gevoerde beleid.

De onderzoekpopulatie betreft die huisartsen en hun patiënten die van deze faciliteiten gebruik maken. Uit de huisartsengroep die dit niet doet en hun patiënten zullen voor verschillende te onderzoeken aspecten vergelijkingsgroepen worden samengesteld. De geregistreerde patiëntgegevens worden vergeleken met die van patiënten met dyspeptische klachten die vóór het experiment naar de specialist zijn verwezen, bij wie poliklinisch een gastroscopie werd verricht enerzijds, en die van patiënten met die klachten van huisartsen die tijdens de experimentele periode geen gebruik van de faciliteit maken, bij wie poliklinisch na verwijzing toch een gastroscopie werd verricht.

EERSTE RESULTATEN

Gedurende de experimentele periode liet het aantal gastroscopieaanvragen een constant beloop zien. Per maand werden

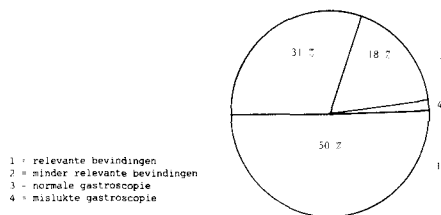
telkens ongeveer 35 gastroscopieën aanvraagd door huisartsen in de hele regio. In de hierbij afgebeelde grafische voorstellingen is te zien hoe het aantal aanvragen in de eerste anderhalf jaar was verdeeld over de ziekenhuizen (*figuur 1*) en over de huisartsen (*figuur 2*). Het aantal geregistreerde aanvragen per ziekenhuis stemt doorgaans overeen met de grootte van het desbetreffende ziekenhuis en met het aantal huisartsen dat op dat ziekenhuis is georiënteerd. Er is één uitzondering op die regel: het Academisch Ziekenhuis Utrecht (codenummer 2) is een zeer groot ziekenhuis, maar door de huisartsen in de regio worden relatief weinig gastroscopieën aangevraagd, hetgeen gezien de duidelijke dertdelijnsfunctie van dit ziekenhuis begrijpelijk is.

Ruim driekwart van de huisartsen die in de eerste anderhalfjaar gebruik maakten van de gastroscopiefaciliteit, vraagt per jaar niet meer dan 1-3 gastroscopieën aan. In deze anderhalf jaar hebben 164 huisartsen één of meer gastroscopieën aangevraagd; dat is 58% van de huisartsen die over de gastroscopie kunnen beschikken. Dat komt overeen met het percentage dat op grond van het literatuuronderzoek kon worden verwacht¹⁹.

Bij ongeveer 80% van deze door huisartsen aangevraagde gastroscopieën werd pathologie aangetroffen. Niet alle bevindingen zijn echter even relevant voor het beleid van de huisarts. Bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde werd in samenwerking met de vakgroep Gastro-enterologie een coderingssysteem voor de gastroscopieuitslagen ontwikkeld. Hiermee wordt een onderscheid gemaakt in de uitslagen naar de mate van relevantie. De mate van relevantie van een bepaalde bevinding is in dit systeem vastgesteld aan de hand van het antwoord op de vraag of de bevinding de klachten kan verklaren en of het noodzakelijk is een gastroscopie te laten doen om de diagnose zeker te stellen. Het classificatiesysteem is in het afgelopen jaar verbeterd, waardoor de in dit artikel vermelde resultaten niet goed vergelijkbaar zijn met die vermeld in voorgaande publikaties²⁰.

Zoals uit *figuur 3* blijkt, bevond in de eerste anderhalf jaar 50% van de uitslagen zich in relevante categorieën. Daarin zijn aandoeningen ondergebracht als maligniteit, ulcera, oesophagitis, bepaalde vormen van gastritis en bulbitis, alsmede afwijkingen als divertikels, poliepen en achalasie. In de (inter)nationale literatuur bestaat geen overeenstemming over

Figuur 3. Bevindingen bij 658 gastroscopieën op verzoek van de huisarts in de eerste anderhalf jaar van het gastroscopieproject.



de relevantie van bepaalde bevindingen bij gastroscopie, zeker niet over de relevantie voor de huisarts. Vergelijking van de opbrengst van gastroscopieën is dan ook niet eenvoudig. Globaal kan echter worden gesteld, dat het aandeel relevante diagnoses in het Utrechtse project zeker niet lager is dan elders^{5 11 19}.

Alle betrokken huisartsen en specialisten worden door middel van 'gastroscopiebulletins' op de hoogte gehouden van het verloop van en de bevindingen uit het project²¹.

BESCHOUWING EN CONCLUSIES

Sinds de Structuurnota van staatssecretaris Hendriks bestaat er veel belangstelling voor het uitbreiden van de diagnostische faciliteiten voor de huisarts. Dit streven past met name in de huidige belangstelling voor een effectievere en efficiëntere gezondheidszorg. Algemeen wordt het huidige verwijssysteem als te star en inflexibel beschouwd. Jacobs c.s. hebben een gedifferentieerder verwijssysteem bepleit, waarbij door middel van een sterk gevarieerd stelsel van samenwerkingsvormen tussen huisarts en specialist de tweedelijnszorg beter op de uiteenlopende behoeften in de eerste lijn kan worden afgestemd²². De zogeheten diagnostische raadpleging, waarbij de huisarts alleen voor een bepaald diagnostisch onderzoek een beroep op de specialist doet, biedt het voordeel dat de huisarts over meer diagnostiek beschikt, terwijl de patiënt toch in eigen beheer blijft.

Dyspeptische klachten kunnen veelal als niet-acute en complexe klachten worden beschouwd, waarbij de huisarts over een grote mate van beslissingsvrijheid beschikt. Bij deze klachten is veelal sprake van een sterke samenhang tussen somatische en psychosociale factoren. De vraag naar de zin van een verwijzing vormt vaak een dilemma voor de huisarts, omdat te-

genover een relatief kleine kans op ernstige pathologie een relatief grote kans op de aanwezigheid van een psychosociale component staat. Een diagnostische raadpleging is in dat licht bezien de gulden middenweg tussen diagnostisch nihilisme en diagnostische overdaad. Juist bij dergelijke klachten is het een groot voordeel als de patiënt na een gericht diagnostisch onderzoek op verzoek van de huisarts, binnen de eerste lijn kan worden behandeld.

In het hier beschreven Utrechtse gastroscopieproject worden in hoofdzaak twee aspecten nauwkeurig bestudeerd. Ten eerste een aantal vragen betreffende het effect van invoering van de faciliteit op relevant diagnostisch onderzoek, verwijzing en therapie. Met name het opsporen van een eventueel substitutie-effect, verschuiving van diagnostiek en therapie van tweede naar eerste lijn, is daarbij van groot belang. Vanwege de kritiek op het ter beschikking stellen van vrije toegang tot gastroscopie voor de huisarts zijn daarnaast de vragen naar de gerichtheid en het rendement van het betreffende onderzoek relevant. Op basis van gegevens daarover, verzameld in de eerste lijn, kunnen richtlijnen voor toepassing van gastroscopie door de huisarts worden gegenereerd. Hoewel het onderzoek tot een bepaalde regio beperkt blijft en niet alle onderzoeksgegevens zonder meer mogen worden gegeneraliseerd is het project in zoverre uniek dat alle endoscopisten in een regio aan het project deelnemen. De beperking tot een regio heeft bovendien het voordeel dat bepaalde structurele variabelen constant zijn.

Het project is zowel in het kader van de gezondheidszorgpolitiek als uit medisch-klinisch oogpunt actueel. Er bestaat veel belangstelling voor de samenwerking tussen huisarts en specialist. In de huisartsgeneeskunde wordt veel waarde gehecht aan het ontwikkelen van voorspellende criteria ten aanzien van het rendement van onderzoek. Vanuit het gezichtspunt van de gastro-enterologie is het feit dat nu ook patiënten uit de eerste lijn voor onderzoek toegankelijk zijn interessant. Uit het verloop en de eerste resultaten mag worden afgeleid dat deze diagnostische faciliteit in een behoefte voorziet en dat de huisartsen er een verantwoord gebruik van maken.

Het onderhavige project maakt deel uit van een onderzoeklijn waarbij de samenwerking tussen huisarts en specialist in relatie tot de kwaliteit van zorg wordt bestudeerd. Dit onderzoek wordt gefinancierd door middel van projectsubsi-

dies. Naast het hoofdonderzoek, waarin de hypothese wordt getoetst dat het niveau van samenwerking tussen huisarts en specialist de kwaliteit van zorg met betrekking tot patiënten met niet-acute en complexe buikklachten positief beïnvloedt, vindt een aantal innovatieprojecten plaats. Het in dit artikel beschreven gastroscopieproject is daarvan een voorbeeld. Met deze onderzoeklijn draagt de vakgroep Huisartsgeneeskunde te Utrecht bij aan een nadere exploratie van het grensvlak tussen eerste- en tweedelijnszorg. Daarbij wordt intensief met diverse klinische en preklinische vakgroepen samengewerkt. Met dit onderzoek wordt dan ook beoogd een bijdrage te leveren aan intensivering van de samenwerking tussen huisarts en specialist in het kader van het streven naar een effectieve en efficiënte gezondheidszorg. □

Literatuur

1. Wijkel D, Gijn D. van der. Diagnostisch onderzoek door huisartsen in ziekenhuizen. Medisch Contact 1983; 38: 373-6.
2. Pop P, Kerkhof PD. Diagnostisch Centrum Maastricht; evalueer van een experiment. Medisch Contact 1984; 39: 749-52.
3. Knottnerus JA. Diagnostische hypothesen en a priori kansen in de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 269-73.
4. Melker RA de. Diagnostische faciliteiten voor de huisarts: wie wordt er beter van? Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 184-8.
5. Pop P. Endoscopie en de huisartsenpraktijk. Gastro-entologisch Consult 1986; 16: 1-32 (publikatie SKF).
6. Beusmans GHM. Huisarts en Diagnostisch Centrum; toepassing van werkafspraken door huisartsen. Dissertatie Maastricht, 1986.
7. Lamberts H. Morbidity in General Practice; diagnosis related information from the Monitoring Project. Utrecht: Huisartsenpers BV, 1984.
8. Hoogen HJM van den et al. Morbidity figures from general practice 1978-1982. Nijmegen: University Department of General Practice, 1985.
9. Dooley CP, Labon HN et al. Double contrast barium meal and upper gastrointestinal endoscopy: a comparative study. Ann Intern Med 1984; 538-45.
10. Chandie Shaw P. Biphasic Radiological Examination of the stomach and duodenum compared with fiberoptic endoscopy. Dissertatie Leiden, 1987.
11. Lückers AEG, Thys JC, Westerveld BD, Ferten HPM, Meewissen SGM. Is endoscopie van de proximale tractus digestivus op verzoek van de huisarts zinvol? Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 117-9.
12. Zwan JC van der. Huisarts en diagnostiek. Oesofago-gastro-duodenoscopie als facilititeit van de huisarts. Medisch Contact 1984; 39: 1476-8.
13. Davenport PM, Morgan AG, Darnborough A, Dombal FT de. Can preliminary screening of dyspeptic patients allow more effective use of investigational techniques? Br Med J 1985; 217-20.
14. Jones R. Upper gastro intestinal endoscopy, a view from general practice. Journal of the Royal College of General Practitioners 1986; 36: 6-8.
15. Jones R. What happens to patients with non-ulcer dyspepsia after endoscopy? The Practitioner (GB) January 1988; 232: 75-8.
16. Gear MWL, Barnes RJ. Endoscopic studies of dyspepsia in a general practice. Br Med J 1980; 280: 1136-7.
17. Holdstock G, Wiseman M, Loehry CA. Open access endoscopy service for general practitioners. Br Med J 1979; 278: 457-9.
18. Mann J, Holdstock G, Harman M, Machin D, Loehry CA. Scoring system to improve cost effectiveness of open access endoscopy. Br Med J 1983; 937-40.
19. Saunders JHB, Oliver RJ. Dyspepsia: incidence of non ulcer disease in a controlled trial of ranitidine in general practice. Br Med J 1986; 292: 665-8.
20. Numans ME, Jacobs HM, Melker RA de, Touw-Otten F. Gastroscopie op verzoek van de huisarts. Verenigingsverslag NHG-referaten dag 2 oktober 1987 te Maastricht. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 1460.
21. Numans ME, Jacobs HM, Bogaard JW, Bouter CP. Gastroscopiebulletin nrs 1 en 2 (1987), nr 3 (1988). Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Utrecht.
22. Jacobs HM, Melker RA de, Touw-Otten F. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten. Medisch Contact 1983; 38: 1599-601, 1629-32.

GMD-Jaarverslag 1987

Arbeidsongeschiktheid en voorzieningen voor gehandicapten; reorganisatie sociaal-medische functie

In een in januari 1987 verschenen rapport beschreef de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde het adviseren over arbeidsongeschiktheid en voorzieningen in het werk- en woonmilieu voor mensen die wegens gezondheidsproblemen niet meer aan hun omgevings-eisen kunnen voldoen als de 'sociaal-medische functie'. Een centrale rol in deze maatschappelijke taak vervult de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD). Ongeveer 1.300 artsen, arbeidsdeskundigen en maatschappelijk werkers adviseren over langdurige arbeidsongeschiktheid en voorzieningen voor een ieder die daar krachtens de verschillende wettelijke regelingen aanspraak op kan maken, behalve de ambtenaren, voor wie het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds deze functie vervult. Ieder jaar

S. Knepper

betreft dat bij de GMD ongeveer 200.000 cliënten, onder wie ongeveer 80.000 mensen die voor een aanpassing of voorziening in hun woonomgeving in aanmerking willen komen. De GMD adviseert aan bedrijfsverenigingen, gemeenten en andere instanties, die op basis van dit advies een beslissing nemen. Naar aanleiding van het verschijnen van het GMD-jaarverslag 1987 worden de daarin beschreven ontwikkelingen in een gezondheidskundig kader geplaatst. Tevens worden de plannen om de sociaal-medische functie te reorganiseren besproken.

ARBEIDSONGESCHIKTHEID

In 1987 waren ruim 80.000 werknemers één jaar lang arbeidsongeschikt. Vroeggehandicapten – mensen die op hun 17e jaar al niet aan het arbeidsproces konden deelnemen – en arbeidsongeschikt geworden zelfstandigen meegerekend, kwamen er ruim 65.000 uitkeringsgerechtigden bij. Dat is ongeveer evenveel als in voorgaande jaren. Daarnaast kwamen er nog eens 6.000 uitkeringsgerechtigden bij die al vóór 1987 arbeidsongeschikt bleken te zijn geworden; deze groep wordt dit jaar voor het eerst apart vermeld.

Onder de bedrijfstakken waar de arbeidsongeschiktheid sterk toeneemt valt met name de gezondheidszorg op, met 11% méér nieuwe

uitkeringen ondanks het relatief jonge bestand werknemers. Ook in de door economisch herstel groeiende detailhandel nam het aantal nieuwe uitkeringsgerechtigden sterk toe.

Het aandeel van de psychische oorzaken van arbeidsongeschiktheid steeg in een jaar van 27% naar 29% en is nog nooit zo hoog geweest. In 1986 (MC nr. 40/1986, blz. 1277) voorspelde ik dat dit de belangrijkste aanleiding voor langdurige arbeidsongeschiktheid zal worden; dat moment lijkt niet meer ver verwijderd. De toename kan hooguit voor de helft worden verklaard uit het steeds minder toekennen van symptoomdiagnosen door verzekeringsgeneeskundigen. Bij de beoordeling, bemiddeling en begeleiding van deze vaak jonge arbeidsongeschikten stuit men op bijzondere moeilijkheden. Dat blijkt onder meer uit lagere percentages werkhervatting en hogere percentages volledige uitkering. Onder de 600.000 mensen met een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering zijn de 170.000 uitkeringsgerechtigden met psychische klachten de grootste en sterkst groeiende groep.

Het aandeel van de aandoeningen van het bewegingsapparaat bleef met ongeveer 34% gelijk. De maatschappelijke prognose is bij deze mensen ondanks een gemiddeld hogere leeftijd, gunstiger dan bij arbeidsongeschiktheid wegens psychische klachten. Er zijn dan ook minder mensen uit deze groep volledig arbeidsongeschikt verklaard (140.000), hoewel er jaarlijks een paar duizend méér arbeidsongeschikt worden.

Na een voortdurende daling nam in 1987 voor het eerst sinds vele jaren het aandeel van hart- en vaatziekten als oorzaak van arbeidsongeschiktheid toe van ruim 9% tot meer dan 10%. In de jaren zestig kwamen percentages van boven de 20% voor en was het absolute aantal ook veel hoger dan nu. Het is in omvang de derde diagnosegroep met de hoogste gemiddelde leeftijd. Er zijn 62.000 volledig arbeidsongeschikten wegens hart- en vaatziekten.

Er werden ruim 55.000 uitkeringen beëindigd, waarvan 39.000 om demografische redenen en 16.000 wegens werkhervatting en/of geschiktverklaring voor passend werk. Dit verschilt niet wezenlijk van voorgaande jaren (zie MC nr. 43/1987, blz. 1370).

Het totaal aantal uitkeringsgerechtigden nam door deze ontwikkelingen toe tot 735.000, van wie er 606.000 volledig arbeidsongeschikt zijn verklaard.

STELSELWIJZIGING

Sinds de invoering van de stelselwijziging sociale verzekering in januari 1987 mag geen rekening meer worden gehouden met de kansen op ander werk bij ongeschiktheid voor eigen werk. De aannemelijkheid dat iemand met zijn fysieke of mentale problemen in minimaal vijf andere functies theoretisch wél zou kunnen functioneren, verplicht tot het adviseren van een daar loonkundig bij passende lagere uitkering. Daardoor daalde het percentage mensen met een volledige WAO/AAW-uitkering na één jaar ongeschiktheid voor eigen werk van 75% naar 62%, een daling die zich in 1988 nog

verder heeft voortgezet. Waarschijnlijk zal uiteindelijk ongeveer de helft van alle mensen die het volledige ziektejaar doorlopen een volledige WAO-uitkering behouden, terwijl de rest een lagere of geen arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgt.

De stelselwijziging noodzaakte tot herbeoordeling volgens de nieuwe normen van alle arbeidsongeschikten tot 35 jaar. Dat gebeurde door aan de hand van informatie in dossiers na te gaan of er sprake zou kunnen zijn van een onder de nieuwe normen gewijzigde situatie. De betrokken arbeidsongeschikten werden schriftelijk geïnformeerd. In geval van twijfel werden zij opgeroepen.

Uiteindelijk werd bij 25% de uitkering verlaagd of ingetrokken. Een groot deel van hen was echter nog in de normale begeleiding bij de GMD en zou ook zonder herbeoordeling niet volledig arbeidsongeschikt zijn gebleven. Het werkelijke effect van de herbeoordeling is dus minder en bedraagt mijns inziens waarschijnlijk ongeveer 10% verlaging van uitkering. Inmiddels zijn ook de 30-35-jarigen opnieuw beoordeeld, met soortgelijke uitkomsten.

De algemene indruk is dat jongeren doorgaans vanwege gedegen overwegingen die vrij weinig met hun positie op de arbeidsmarkt te maken hebben, arbeidsongeschikt zijn verklaard. De 'opbrengst' van de herbeoordeling is daarom door de overheid boekhoudkundig veel te optimistisch begroot.

WERKHERVATTING

Tegelijk met de stelselwijziging zijn enkele instrumenten ter beschikking gekomen om mensen ondanks hun gezondheidsproblemen aan het werk te houden of aan ander werk te helpen. De scholingsfaciliteiten zijn verruimd; daar wordt ook steeds meer gebruik van gemaakt. Een deel wordt gefinancierd uit de arbeidsongeschiktheidswetten, een ander deel via arbeidsvoorzieningen uit het budget van het GAB. Het aantal scholingen steeg in 1987 van 1.600 naar 2.500; meestal betreft het korte activiteiten, zoals een cursus typen of tekstverwerking. Ongeveer tweederde van de betrokkenen maakt de scholing ook af. Een bijzonder probleem is, dat de bedrijfsverenigingen ruim éénderde van alle scholingsadviezen afwijzen. Dat komt onder meer doordat veel gewicht wordt toegekend aan de zekerheid van besparing op de toekomstige uitkering, terwijl nauwelijks gewicht wordt toegekend aan het moeilijker te kwantificeren therapeutisch rendement van motivering en het teruggeven van perspectief.

Scholing is geen wondermiddel. Circa 80%-90% van alle arbeidsongeschikten heeft niet meer dan enkele jaren voortgezet onderwijs genoten; onder de beroepsbevolking is dat percentage half zo hoog. Ten dele is er sprake van scholingsachterstand, die lang niet altijd meer kan worden overbrugd, ten dele hebben de betrokken werknemers zo weinig scholing gehad doordat zij de basale vaardigheden missen om te kunnen worden geschoold.

Van al diegenen die niet volledig arbeidsongeschikt worden, ontvangt momenteel 10% enige

scholing; de regionale verschillen zijn groot. Dit geeft aan dat scholing als instrument bij het voorkómen van arbeidsongeschiktheid nog niet optimaal wordt benut.

Steeds meer GMD-vestigingen organiseren ook sollicitatietrainingen voor mensen die ander werk moeten zoeken. Dezen leren daar zich te presenteren bij een aanstellingsgesprek of een sollicitatiebrief te schrijven. Doordat onderling ervaringen kunnen worden uitgewisseld, hebben de trainingen ook een soort zelfhulpfunctie. Tot voor enkele jaren waren dit soort activiteiten ondenkbaar in de sociale verzekering.

De WAGW verlangt van bedrijven een inspanningsverplichting. Die houdt in, dat van een werkgever binnen redelijke grenzen kan worden gevergd dat aan een voor zijn eigen werk ongeschikt geworden werknemer een alternatief wordt geboden. Dat hoeft niet persé ander werk te zijn: het kan óók hervatting in een gedeelte van de eigen vroegere functie betreffen. De rechter bepaalde enkele malen dat deze wettelijke bescherming alleen bij uitzondering verbreking van de arbeidsrelatie met een andersgeschikte werknemer toestaat.

Om de bedrijven nauwer bij de problematiek rond de arbeidsongeschiktheid te betrekken is de GMD in 1984 gaan werken met vaste teams voor grote bedrijven. Deze werkwijze breidt zich steeds verder uit. Dat gebeurt ook bij de medische diensten van bedrijfsverenigingen in het kader van de uitvoering van de Ziektewet. Op die manier ontstaat daar een beter zicht op structureel verzuim.

Wat leveren deze activiteiten op? Het jaarverslag meldt, dat in 1987 bijna 30.000 mensen in het arbeidsproces zijn teruggekeerd. Een deel van de herplaatsingen bij de eigen werkgever kreeg reeds in het ziektejaar gestalte door toepassing van de daarvoor bedoelde mogelijkheden in het kader van artikel 30 ZW, maar met name werkhervatting bij een andere werkgever kwam wat vaker voor dan in het vorige jaar – een verheugende ontwikkeling, die suggereert dat de mogelijkheden op de arbeidsmarkt voor arbeidsongeschikten door al deze maatregelen iets ruimer zijn geworden. Daarnaast vindt een groep van onbekende omvang op eigen kracht buiten het hele systeem om zelf ander werk. Er zijn voorts ook andersgeschikte werknemers die, al dan niet onder zachte drang, ontslag nemen dan wel bij gebrek aan alternatieven hervatten in eigen of ander niet geschikt werk. We komen zulke mensen in ons sociale verzekeringssysteem regelmatig tegen; zij getuigen van het feit dat de cijfers over reïntegratie maar een deel van de werkelijkheid weerspiegelen.

VOORZIENINGEN

In 1987 werden voor bijna 80.000 mensen 146.000 adviezen over voorzieningen uitgebracht: 9% méér dan in 1986; het aantal geadviseerde woningaanpassingen steeg zelfs met 17% tot bijna 60.000; het aantal geadviseerde rolstoelen met 23% tot bijna 4.000; het aantal vervoersvoorzieningen – voornamelijk vergoedingen voor vervoer – bleef vrijwel constant op

ongeveer 38.000. Sinds 1982 stijgt het beroep op voorzieningen waarschijnlijk als gevolg van de afnemende financiële armslag van gehandicapten en een betere voorlichting. Mogelijk laat de gestage daling van het aantal afwijzingen van voorzieningen (in 1987 met 1% tot 18%) zich ook verklaren uit toenemende bekendheid met de (on)mogelijkheden van de verschillende regelingen.

Met diverse patiëntenverenigingen werd overleg gevoerd over problemen die zich bij de verstrekking van voorzieningen – en bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid – voordeden. Daarbij heeft de GMD inzicht gegeven in de betrokken regelingen en informeerde de patiëntenvereniging GMD-medewerkers over specifieke problemen en knelpunten welke zich blijken ervaring in de praktijk voordoen. In het kader van dit overleg komen bijvoorbeeld ouders van gehandicapte kinderen in de opleiding van nieuwe medewerkers vertellen over de dagelijkse problemen met hun zoon of dochter, alsook over de barrières die zij bij de behandeling van een aanvraag om een voorziening zijn tegengekomen.

TUSSEN WET EN REALITEIT

Op het terrein van het onderzoek naar de fysieke en mentale belastbaarheid in relatie tot omgevingseisen doen zich een aantal moeilijkheden voor, die deels door de stelselwijziging zijn geluxeed. In hoeverre kan van een 55-jarige metselaar met een arbeidsanamnese van 40 jaar in de bouw worden gevergd dat hij zich aanpast aan de vereisten van het kantoorwerk dat hij fysiek nog zou kunnen doen? Vóór de stelselwijziging kwam dit probleem niet aan de orde, omdat de arbeidsmarkt dan gelet op leeftijd en arbeidsverleden gesloten werd geacht. En wat moeten we verstaan onder de gezondheidstoestand van een werknemer ten aanzien van wie in redelijkheid niet van een werkgever kan worden gevergd dat hij zo iemand aanneemt, ondanks diens fysieke geschiktheid? In de discussie over de nieuwe wetgeving zijn onder andere eczeem bij een ober of brandwonden in het gelaat bij een verkoopster genoemd. Maar wanneer is het bijvoorbeeld redelijk dat een werkgever iemand met een remissie na behandeling wegens kanker, reuma of multiple sclerose aanneemt? Moeten deze mensen, ondanks de bekende barrières bij sollicitaties en pensioenscheuringen, zo snel mogelijk worden 'afgeschat' en daarmee veelal uiteindelijk naar de bijstand worden verwezen?

De afstand tussen wet en realiteit is vergroot; dat maakt de beoordeling er niet eenvoudiger op. Daarmee is ook de manier waarop functionele mogelijkheden en beperkingen van arbeidsongeschikten met arbeidseisen worden vergeleken voor het voetlicht komen. De gevolgde methodiek spoort niet meer met de eisen van een tijd waarin mentale vaardigheden steeds belangrijker worden en fysieke vaardigheden aan betekenis inboeten. Het is voor artsen heel verleidelijk telkens weer terug te keren tot meting van somatische afwijkingen en stoornissen, omdat die zo duidelijk in maat

en getal zijn uit te drukken, maar uit vele studies blijkt dat deze waarden hooguit in globale relatie staan met het kunnen functioneren. Als de wetgever heeft beoogd menselijke mogelijkheden zo reëel mogelijk vast te stellen bij het onderzoek naar arbeidsongeschiktheid, is dit een essentieel gegeven; het betekent dan namelijk, dat niet in hoofdzaak kan worden uitgegaan van de meetbare ernst van lichamelijke of geestelijke stoornissen.

De realiteit van de beoordeling is ook van veel betekenis voor de kans van slagen na een advies tot werkhervatting. Sinds enige tijd wordt naarstig gewerkt aan de ontwikkeling van een onderzoeksystematiek die meer geëigend is om het karakter van de problemen waarmee mensen arbeidsongeschikt worden in kaart te brengen. Daarin zal meer ruimte worden gecreëerd voor belevingsaspecten, gedragskenmerken en het hanteren van risicoprofielen voor bepaalde beroepen. Het staat wel vast dat dit bijzondere eisen stelt aan het anamnestic onderzoek – het fundament van elk gezondheidskundig handelen. De eerste stap is een gestandaardiseerd rapportageprotocol, dat medio 1988 werd ingevoerd – op basis van de resultaten van onderlinge toetsing – en dat het onderzoek om te beginnen beter te verantwoorden en reproduceerbaar maakt.

TOEKOMSTIGE ONTWIKKELING

Eind 1987 heeft de Federatie van Bedrijfsverenigingen bekendgemaakt de GMD te willen opheffen. De sociaal-medische taken zouden moeten worden verdeeld over de medische diensten van de 23 bedrijfsverenigingen. Het voordeel daarvan zou zijn, dat integratie kan plaatsvinden met de uitvoering van de Ziekte-wet. De bedrijfsverenigingen menen op die manier hun eigen verantwoordelijkheid beter te kunnen dragen. In een aan de Tweede Kamer gerichte discussienota heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken inmiddels duidelijk gemaakt dat de overheid vernippering over zoveel bedrijfsverenigingen te ver vindt gaan. Indien de bedrijfsverenigingen tot zes tot acht conglomeraten zouden komen, zou de overheid zich daar wél in kunnen vinden; regionaal zouden de verschillende medische diensten dan wel intensief moeten samenwerken.

Het zou mij verbazen als het zover kwam. De voornemens van de bedrijfsverenigingen zijn gebaseerd op de wens naar 'functionele decentralisatie', waarmee wordt bedoeld dat de betrokken categorale bonden van werkgevers- en werknemersorganisaties volledig autonoom willen zijn in de eigen bedrijfsvereniging. Dat streven staat haaks op goede samenwerking, die immers doorgaans juist gedeelde verantwoordelijkheid en identiteit betekent. Hoe kan op regionaal niveau worden samengewerkt met de gezondheidszorg, revalidatie, arbeidsbureaus, gemeentelijke overheid en scholingsinstellingen door minimaal zes tot acht medische diensten? Deze sociaal-medische taken zijn nu tenminste regionaal grotendeels gecoördineerd bij de GMD.

Opvallend is verder, dat in de nota de arbeidsgezondheidskundige aspecten nauwelijks wor-

den belicht. Het bedrijfsgericht werken van verzekeringsgeneeskundigen is ontwikkeld op basis van het inzicht dat verzuim niet alleen individuele, maar ook bedrijfsmatige aspecten heeft. Daarmee komt de sociaal-medische functie op het raakvlak met de bedrijfsgezondheidszorg. Door overeenkomsten in intentie tussen Arbo-wet en WAGW en de invoering van registratie van beroepsziekten en bedrijfsongevallen in de bedrijfsgezondheidszorg wordt dat raakvlak steeds groter. Een visie van de sociale partners op de organisatorische aspecten van deze ontwikkeling zou daarom voor de hand hebben gelegen.

De gezondheidskundige taak van de sociale partners lijkt door hen nog altijd te worden gezien als het verstrekken van medische certificaten aan administraties. Zo vermeldt de nota van de federatie als belangrijkste inhoudelijke criterium voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dat de verzuimende werknemers bij een bepaalde verzuimduur een minimaal aantal malen door een arts zijn 'gezien'. Het gehandicaptenbeleid ontbreekt volledig in de plannen, hoewel jaarlijks via de sociale verzekering 140.000 voorzieningen aan 80.000 cliënten worden verstrekt.

De plannen van de federatie illustreren daarom vooral hoezeer de sociale verzekering van goede gezondheidszorg is vervreemd. Aan dit aspect dient in de politieke discussie over de organisatie van de sociale verzekering nadrukkelijk aandacht te worden geschonken, niet het minst omdat ons land inmiddels het omvangrijke gezondheidskundige probleem van 800.000 arbeidsongeschikt verklaarden kent. □

S. Knepper is medisch adviseur bij de Gemeenschappelijke Medische Dienst.

Grondslagen van de geneeskunst

Geneeskunde en utopie

L-S. Mercier: 'Het jaar 2440' (1770)

Dromend van een nieuwe wereld, een nieuwe samenleving en een nieuwe mens, hebben schrijvers ook hun fantasie laten gaan over ouderdom en ziekte, geneeskunde en gezondheidszorg. Eigenlijk gaat het in de utopische literatuur niet zozeer om het spel van de fantasie (zoals bijvoorbeeld in science fiction) als om het nieuwe, het andere, het betere. Het menselijk verlangen naar heil, verlossing, vervolmaking, vrede en geluk is de motor van het utopisch denken.

In deze bijdrage gaat het om de bij weinigen bekende utopische roman 'Het jaar 2440' (1770) van L-S. Mercier. Na een biografische notitie ga ik in op de utopische visies van Mercier op ziekte, geneeskunde en gezondheidszorg, om te eindigen met een kort commentaar¹.

Louis-Sebastien Mercier werd geboren te Parijs op 6 juni 1740. Een korte tijd was hij leraar retorica te Bordeaux, maar vervolgens wijdde hij zich exclusief aan de literatuur. Van de tientallen boeken die hij schreef worden er nog twee geciteerd: het hier besproken '2440' en 'Tableau de Paris'. De waardering voor zijn werk, met uitzondering van de hier besproken roman, was reeds tijdens zijn leven eerder gering.

Mercier nam, aanvankelijk als Jakobijn later als Girondijn, deel aan de revolutie en werd in 1792 zelfs lid van de Conventie. Maar toen de Girondijnen door de Montagnards werden afgelost, kwam hij in de gevangenis terecht. In 'Nouveau Paris' (1798) deed hij het verhaal van zijn gevangenisbelevissen en zette hij zijn visie op de revolutionaire tijd uiteen. Op het einde van zijn leven vocht hij de theorieën van de Verlichtingsfilosofen aan, de theorieën van Copernicus en Newton ('De l'impossibilité du système astronomique de Copernic et de Newton', 1806). Hij stierf te Parijs op 25 april 1814.

Mercier moet een complexe, wat excentrieke man zijn geweest. Hij was republikein, maar verdedigde niettemin in zijn roman '2440' de constitutionele monarchie. De 'idéologues' (een groep radicale filosofen, onder wie Condorcet en Caba-

Jan Rolies

Louis-Sebastien Merciers roman 'Het jaar 2440' verscheen in 1770 (of 1771, maar het eerste jaartal levert een leukere parallel op). Hoofdpersoon: L-S. Mercier. In het boek hoofdstukken over ziekte en gezondheid (szorg). Mercier, wiens roman werd weggecensureerd, zag de mensen hun gezondheid te gelegener tijd in eigen handen nemen. Echter, een levensstijl wordt ook extern opgedrongen. Aldus de ethicus Jan Rolies, die de roman hier kort weergeeft en bespreekt.

nis) noemde hij later 'idiologues' en 'idiots rogues'.

Over het jaar van verschijning (1770 of 1771) wordt getwist. Het werk werd uitgegeven in 1768 en werd waarschijnlijk eind 1770 in Amsterdam gedrukt. Het werk dat om zijn politieke en socio-culturele kritiek werd verboden, kende misschien daardoor een enorm succes. Het duurde tot 1792 vóór het in het Nederlands werd vertaald ('Het jaar tweeduizend vierhonderd en veertig', Haarlem, 1792-93, 3 vol.).

Het werk bestaat uit 44 in lengte variërende hoofdstukken. Mercier zelf is het hoofdpersoon. Op een avond valt hij bij vrienden in slaap en ontwaakt honderden jaren later. Het boek verhaalt zijn tocht door het Frankrijk (vooral het Parijs) van 2440 dat door Lodewijk XXXIV wordt geregeerd. Ik beperk mij hier tot de passages waarin Mercier vertelt over ziekte, geneeskunde en gezondheidszorg. In drie hoofdstukken (8, 13, 14) komen deze thema's aan de orde. Omdat de teksten bij de lezer waarschijnlijk onbekend zijn, zal ik de auteur zelf aan het woord laten.

Hoofdstuk 8: Het nieuwe Parijs

Tijdens zijn wandeling komt Mercier tot de ontdekking dat het beroemde en beruchte hospitaal Hôtel-Dieu niet meer

bestaat. In de plaats daarvan werden twintig huizen aan de rand van de stad gebouwd. Dit gebeurde zowel in het voordeel van de zieken (gezonde buitenlucht) als van de stad (verwijdering van ongezonde lucht uit het centrum). De leefomstandigheden in de nieuwe gasthuizen zijn niet meer te vergelijken met de oude:

Als de ene of andere vreemdeling, of burger, zeide men mij, buiten zijn vaderland of buiten zijn huis ziek wordt, sluiten wij hem niet, gelijk in uwe tijd, in een walgelijk bed op, tussen een lijk en een stervende, om de verpeste lucht des doods te ademen en een lichte ongesteldheid in een zware ziekte te veranderen.

De zieken komen niet meer alleen uit armoede naar het hospitaal of om er te sterven, maar om er te genezen:

Daarenboven is het niet uit grote armoede dat de zieken in die gasthuizen gaan; zij komen daar niet, reeds met het denkbeeld des doods bezet en enkel om zich van een begrafenis te verzekeren; zij komen er omdat er spoediger en meer hulp is dan in hun eigen huis. Elke zieke heeft zijn eigen bed en kan daarin de geest geven zonder de menselijke natuur te beschuldigen.

In dit hoofdstuk kritiseert Mercier voor de eerste maal ook de artsen van zijn tijd, en wel door ze af te zetten tegen die van 2440:

Men hoort geen geleerde en menslievende geneesheren doodvonnissen uitspreken, door algemene voorschriften, zo het valt, te geven; zij geven zich de moeite om elke ziekte in het bijzonder na te speuren en de gezondheid keert welras terug onder hun aandachtig en voorzichtig oog. Deze geneesheren staan in de rang van de geachte burgers. En welk schoner, welk heerlijker werk, welk waardiger voor een deugdzaam en gevoelig wezen dan dat van de tedere draad van het leven van de mens wederom aan elkander te knopen, van dat broos, kortstondig leven, maar wiens kracht door een heilzame kunst vermeerderd, wiens duurzaamheid verlengd wordt!

Hoofdstuk 13: Waar is de Sorbonne?

Dit hoofdstuk is zeer verrassend, omdat Mercier hierin de mutaties aangeeft die de geneeskunde als wetenschap, praktijk en institutie heeft ondergaan. Hij bezoekt de Sorbonne en in plaats van artsen te zien die in bonte kleren en in de Latijnse taal met elkaar twisten, vindt hij dissecties verrichtende artsen²:

Dat groot gebouw bevat verscheidene zalen, daar men studieën beoefent, die vrij wat nuttiger voor het mensdom zijn. Men ontleedt er allerhande soorten van lijken. Verstandige ontleeders zoeken in de overblijfselen na de dood, middelen om de natuurlijke kwalen te verminderen. In plaats van zotte stellingen te ontleden, tracht men de verborgen oorsprong van onze ellendige ziekten te ontdekken en het ontleedmes baant zich een weg in die gevoelloze lijken voor het welzijn van hun nakomelingschap.

Artsen en 'chirurgen' werken samen³:

De heelkunde is met de geneeskunde verzoend en deze laatste is niet meer met zichzelf onenig.

Belangrijk tenslotte is de opmerking dat in 2440 de zieken recht hebben op doktershulp. De staat springt financieel bij indien het nodig is:

Elk heeft het recht om hen te ontbieden. Zij zien niets dan de glorie van de gezondheid te bevelen de wangen van de zieke wederom te verlevendigen, en kan de ongelukkige, dat zeer zeldzaam gebeurt, geen billijke beloning betalen, belast zich de Staat met de zorg van voor hem die schuld te voldoen. Men houdt een maandelijks lijst van de zieken, die gestorven of genezen zijn. De naam van de dode wordt altijd gevolgd door de naam van de geneesheer, die hem behandeld heeft. Deze moet rekenschap geven van zijn voorschriften en de weg, die hij, in elke ziekte, gehouden heeft, rechtvaardigen. Dat omstandig verslag is moeilijk, maar het leven van een mens is ons te dierbaar voorgekomen om de middelen te verwaarlozen van het te behouden; en de geneesheren hebben zelf belang om deze wet te vervullen.

De fundamentele reden voor deze wijziging in de houding van de overheid tegenover zieken en armen ligt in de ontdekking, dat 'het leven van een mens te precieus is gebleken om middelen te verwaarlozen die het zouden kunnen bewaren'. Ten tijde van Mercier ontdekten de staatseconomen, ook 'cameralisten' ge-

noemd, dat de basale rijkdom van een land is gelegen in de gezondheid van zijn bevolking. Van deze nieuwe aandacht voor het leven heeft M. Foucault een interessante analyse gemaakt⁴.

Hoofdstuk 14: Het huis voor inoculaties

In dit korte hoofdstuk vertelt Mercier, dat hij op het platteland een huis ontdekte waarin inoculaties werden beoefend. Hij wijst erop dat wat nu algemeen wordt aanvaard, vroeger voorwerp van discussie is geweest⁵. Fier wordt hem verteld dat dankzij de geest van het onderzoek verschillende ziekten, zoals longontsteking en waterzucht, kunnen worden bestreden. Voor de hedendaagse lezer, die voortdurend tot verandering van levensstijl wordt opgeroepen, is het slot van dit hoofdstuk verrassend:

De kunst om de gezondheid te bewaren is vooral met zoveel klaarheid behandeld geworden dat ieder van zelf op zijn gezondheid heeft leren passen. Men verlaat zich niet meer geheel op de geneesheer, hoe bekwaam hij ook zij, men heeft zich de moeite gegeven om zijn temperatuur na te gaan, in plaats van te begeren dat een vreemdeling het op het eerste gezicht zal raden. Daarenboven brengt de matigheid, dat waar herstellend en bewarend elixir, veel toe om gezonde en sterke mensen te vormen, die sterke zielen, zo zuiver als hun bloed, huisvesten.

In 2440 is de hygiëne als wetenschap zo ver gevorderd dat iedereen zijn eigen gezondheid in regie kan nemen. Om zichzelf te kennen en zijn levensstijl te kunnen afstemmen heeft de mens geen artsen meer nodig. Schijnbaar beoefent iedereen bovendien op een vanzelfsprekende wijze de matigheid, die eeuwenoude koninklijke weg naar een gezond en lang leven⁶.

COMMENTAAR

Door het feit dat Mercier zelf het hoofdpersonage is van zijn roman, kan hij probleemloos verbanden leggen tussen 1770 en 2440. Zijn roman is daarom bij uitstek een *kritisch document* over de artsen en de gezondheidszorg van zijn tijd. Het is dan ook niet te verwonderen dat het werk door de koninklijke censoren werd verboden.

1. De utopie van Mercier gaat niet zover dat hij het vóórkomen van ziekte in de toekomst ontkent. Neen, zoals in de meeste utopia's worden de mensen nog ziek, maar is de geneeskunde voldoende ontwikkeld om hieraan het hoofd te

bieden. Er mag wel worden voorondersteld dat de mens, omdat hij zorgvuldig zijn levensstijl in de gaten houdt, minder ziek wordt en langer leeft. Van haar kant is de geneeskunde ook in staat meer ziekten te genezen. Ook in 2440 worden mensen ziek, maar indien zij de matigheid hebben beoefend, hebben zij veel kans om te genezen en langer te leven. Het enige verschil tussen het hier en nu en de utopie is dat in gene tijd mensen sneller zullen genezen en langer leven. Ook in de utopie echter is de dood een bestaansfeit dat niet kan worden opgeheven.

2. Datgene waarin wij wellicht het meest verschillen met de mens uit 2440, is de verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid. Mercier zag in 2440 de mensen hun gezondheid in eigen regie nemen. Misschien hebben wij op dit vlak nog veel te winnen. Maar is dit wel zo eenvoudig? Is de mens dat autonome en rationele wezen dat Mercier, en met hem heel de Verlichting, schijnt te vooronderstellen?

Ondanks de wetenschappelijke zekerheid dat roken slecht is voor de gezondheid blijven mensen verder roken, idem voor bepaalde eetgewoonten (consumptie van zout, dierlijke vetten, enz.). Waarom? Schijnbaar is niet voor iedereen gezondheid de hoogste bron van lust en een lang leven de hoogste doelstelling. De mens wordt ook gedreven door begeerten en lust; tegen de ellende van het bestaan zoekt hij troost in drank, erotiek, eten, maar ook in kunst en sport. De een wil gevaarlijk leven, de ander wil zich uitleven en grenzen verleggen. Freud heeft erop gewezen dat de mens niet alleen door eros maar ook door thanatos, de doodsdrijf, wordt gedreven. Mensen kunnen zich doodrijden, zich doodwerken of zich doodeten en -drinken. De mens is niet dat evenwichtige en beheerste wezen dat zich alleen laat leiden door redelijkheid en nuttigheidsoverwegingen.

Trouwens, is de mens verantwoordelijk voor zijn levensstijl? Een levensstijl wordt ook extern opgedrongen, door de publiciteit, door de sociaal-economische orde, door de eisen van het productieproces, zodat geen kritiek van de levensstijlen mogelijk is, tenzij als maatschappijkritiek.

Door alle nadruk te leggen op de verantwoordelijkheid van het individu voor zijn gezondheid, wordt de sociale context van een bepaalde levensstijl verdonkere-maand. Ik denk dat in de komende jaren (zie de 'Nota 2000' over riskante levensstijl en gedragsverandering) de verhouding ziekte, schuld en verantwoordelijk-

heid, om wille van mogelijke politieke gevolgen hiervan op het vlak van de gezondheidszorg, uitgebreider aan de orde zal komen.

BESLUIT

Het werk van Mercier is een van de eersten geweest die het nieuwe niet elders in de ruimte situeerde, bijvoorbeeld op een eiland, maar verderop in de tijd. Daarom is '2440' niet zozeer een utopie – het boek speelt zich af in Parijs – maar een *uchronia*, dat wil zeggen een projectie van de eigen cultuur in de tijd.

Het is frappant vast te stellen dat veel waarvan Mercier slechts durfde dromen, realiteit is geworden. De geneeskunde is sinds het einde van de 18e eeuw een natuurwetenschap geworden, die resultaten afwerpt. De gezondheidszorg heeft sinds de 19de eeuw zo'n omvang gekregen dat ze nog nauwelijks te betalen valt. Het recht op gezondheidszorg wordt door de

moderne staten erkend en de hedendaagse arts is een wetenschapper en filantroop (= vriend van de mens).

Dit betekent niet dat wij op onze lauweren kunnen rusten. Neen. De humanisering van de grote ziekenhuizen, enorme diagnostische en therapeutische industriële complexen, blijft een dringende opgave. Het natuurwetenschappelijke model van de geneeskunde staat permanent onder kritiek. Op gebied van gezondheidszorg en de geneeskunde lijkt 2440 nu reeds realiteit. □

Noten

1. Voor deze studie maakte ik gebruik van de nieuwe uitgave van '2440', bezorgd door R. Trousson en voorzien van een inleiding en een notenapparaat (Bordeaux: Ducros, 1971). In de door mij geraadpleegde studies over de verhouding geneeskunde-utopie vermeldt alleen G. Rosen het werk ('Medicine in

Utopia, from the Eighteenth Century to the Present', CIBA-Symposia 7 (1945-46) p. 188-200).

2. Op het ogenblik dat Mercier zijn roman schreef (1768) was de anatomische pathologie nog geen realiteit. De medische wetenschap beperkte zich tot het optekenen van ziektegeschiedenissen en het classificeren van ziekten. Hiernaar verwijst Mercier als hij schrijft dat de artsen in 2440 ziektegeschiedenissen zorgvuldig noteren en dat de geneeskunde alle ziekten kan classificeren. Mercier kondigt de anatomische pathologie aan. Zie deze geschiedenis: M. Foucault, 'De geboorte van de kliniek', Nijmegen, 1986.

3. In Merciers tijd was er nog geen sprake van één medische professie. De medische stand omvatte talrijke categorieën, die met elkaar niets te maken hadden en erg van elkaar verschilden in opleiding en bevoegdheid.

4. M. Foucault, 'Gezondheidspolitiek in de 18de eeuw'. Ter Elferd Ure, nr. 30, 26(1981) p. 183-201.

5. Zie over die strijd: Y.-M. Bercé, 'Le chaudron et la lancette. Croyances populaires et médecine préventive, 1798-1830', Paris, 1984.

- A. H. Rowbotham, 'The 'Philosophes' and the Propaganda for Inoculation of Smallpox in 18th Century France', University of California Publications in Modern Philology 18(1935) pp. 114-118.

- P. Delaunay, 'Le monde médical parisien au XVIIIe siècle', Paris, 1905, pp. 280-297.

6. Ook Rudolf Virchow, de vader van de cellulaire pathologie, droomde in de jaren 1848 een tijd waarin artsen overbodig zouden zijn. Sociale veranderingen en een natuurlijke en redelijke levensstijl zouden dit mogelijk maken ('Die medizinische Reform', 1848-1849).

Grote steden en intramurale gezondheidszorg

Een juridische beschouwing

De huidige regelgeving voor de structuur van de intramurale gezondheidszorg kent aan gemeenten geen rol van betekenis toe. Hooguit kunnen gemeentebesturen, net als elke andere belanghebbende, in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen gebruik maken van de inspraak-, bezwaar- en beroepsmogelijkheden. Ook moet het gemeentebestuur worden gehoord indien de minister wil overgaan tot sluiting van een ziekenhuisvoorziening. Verdergaande bevoegdheden zijn voor gemeentebesturen in de wet niet vastgelegd.

Sinds vele jaren echter is het overheidsbeleid in een groot aantal sectoren, waaronder de gezondheidszorg, gericht op decentralisatie. Dit betekent dat het kabinet ernaar streeft overheidstaken op een zo laag mogelijk niveau, bij voorkeur door de gemeente, te laten uitvoeren. Ook de

Mr. Drs. J. C. J. Dute

De wetgever heeft bij regulering van de intramurale gezondheidszorg nauwelijks een plaats ingeruimd voor de (grote) gemeenten. Toch kunnen deze door overdracht van bevoegdheden in ruime mate bij dit gedeelte van het overheidsbeleid worden betrokken. Mr. Drs. J. C. J. Dute, universitair docent bestuursrecht aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, gaat na welke juridische mogelijkheden hiervoor bestaan.

provincies dienen een bijdrage te leveren aan het decentralisatiebeleid. Zij moeten

voortdurend nagaan welke van hun taken door de gemeenten kunnen worden behartigd. Daarom overwegen enkele provincies een aantal bevoegdheden inzake de gezondheidszorgvoorzieningen in de tweede lijn over te dragen aan de grote steden. In dit artikel wordt besproken welke juridische mogelijkheden er zijn om wettelijke bevoegdheden met betrekking tot de structuur van de intramurale gezondheidszorg over te dragen van provincie naar gemeente.

WZV

De verschillende overheidsbevoegdheden met betrekking tot de structuur van de tweedelijnsgezondheidszorg zijn op dit moment in hoofdzaak neergelegd in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Deze wet verschaft de minister een sleu-

telpositie. Hij stelt de plannen voor ziekenhuisvoorzieningen vast die binnen de door hem gestelde richtlijnen op provinciaal niveau zijn ontworpen. Verder beslist hij over de vraag of al dan niet een vergunning wordt verleend voor de bouw van ziekenhuisvoorzieningen en neemt hij de besluiten in de diverse fasen die aan de vergunningverlening voorafgaan, zoals de afgifte van de verklaring en de goedkeuring van het schetsontwerp. Ook de sluiting van ziekenhuisvoorzieningen is een bevoegdheid van de minister. Tenslotte kunnen bijzondere voorzieningen zoals nierdialyse, hartchirurgie etcetera bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) aan een vergunning van de minister worden gebonden.

Voor de provincies is vooral de bevoegdheid tot de vaststelling van het ontwerpplan ziekenhuisvoorzieningen van belang. Verder adviseren zij de minister over de afgifte van de verklaring in het kader van de bouw van een ziekenhuisvoorziening, over de sluiting van een ziekenhuisvoorziening en over de vergunningen voor bijzondere voorzieningen. De huidige WZV kent dus een centrale plaats toe aan de minister, terwijl voor de provincies een voorbereidende en adviserende rol is weggelegd.

De WZV zou aanvankelijk opgaan in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). Van laatstgenoemde wet zijn tot nu toe slechts enkele bepalingen in werking getreden, met name om de vestigingsregeling voor huisartsen te kunnen invoeren. De kans dat deze wet integraal in werking treedt is echter kleiner dan ooit. De commissie-Dekker heeft immers voorgesteld de WVG op termijn in te trekken en het kabinet heeft zich blijkens de nota 'Verandering verzekerd', beter bekend als de derde Dekkerbrief, daarbij aangesloten¹. Volgens dezelfde nota zal de WZV gehandhaafd blijven voor grote intramurale voorzieningen, maar worden gedereguleerd. Het toezicht op de bouw zal worden beperkt tot initiatieven 'die een aanzienlijke investering vergen'. Verder zal de uitvoering van de WZV 'zoveel mogelijk worden gedecentraliseerd naar de provincie'. De planning wordt teruggebracht tot 'het opstellen van een globale regiovisie', die naar het oordeel van het kabinet geen rechtskracht zal hebben. Een merkwaardig standpunt, aangezien de regiovisie toch op zijn minst zal dienen als toetsingskader voor de beslissing over grote bouwprojecten en daarmee een indirect rechtsgevolg zal hebben. Over de sluitingsbevoegdheid wordt alleen meegedeeld dat het kabinet een machtigings-

artikel aan de WZV toegevoegd wil zien indien de extra beddenreductie niet vlot genoeg verloopt. De regeling voor de bijzondere voorzieningen zal 'dynamischer van opzet' worden. Wat hieronder moet worden verstaan maakt de nota niet duidelijk. Een en ander zal gefaseerd worden ingevoerd.

In de visie van het kabinet zal de overheidsregulering dus afnemen, terwijl tegelijk de positie van de provincie wordt versterkt. Of de Staten-Generaal deze visie zal overnemen moet overigens nog maar worden afgewacht.

DECENTRALISATIE

Decentralisatie behoort tot de zes 'grote operaties' die het kabinet op dit moment uitvoert. Al deze operaties zijn gericht op afslanking van het (centrale) overheidsapparaat, waarmee de eerste context van het decentralisatiebeleid is gegeven. De tweede context wordt gevormd door de reorganisatie van het binnenlands bestuur. In de jaren zeventig zijn diverse plannen gemaakt voor een doelmatiger opzet van de als verouderd beschouwde organisatie van het binnenlandse bestuur. Aanvankelijk ging daarbij de gedachte uit naar de instelling van een extra bestuurslaag tussen provincie en gemeente (de gewesten), later naar het vermeerderen van het aantal provincies (mini-provincies). Al deze voorstellen zijn inmiddels van de baan. De reorganisatie van het binnenlands bestuur vindt nu onder andere plaats via decentralisatie van rijks-taken².

In 1980 verscheen de Decentralisatienota, die in 1983 werd gevolgd door het Decentralisatieplan³. Zowel in de nota als in het plan wordt omstandig ingegaan op de noodzaak van decentralisatie. Tegelijk wordt onderkend dat deze operatie niet gemakkelijk uitvoerbaar is. De vier Decentralisatie-overzichten leggen hiervan getuigenis af⁴.

Nauw verbonden met het decentralisatiebeleid is het streven van het kabinet om de beleidsruimte van de vier grote steden te vergroten. Het kabinet wil onderscheid kunnen maken tussen (groepen van) gemeenten. In bepaalde gevallen zouden aan de grote gemeenten bevoegdheden kunnen worden toegekend die voor de rest van het land bij de provincie berusten⁵. Verder is het kabinet bereid het algemene decentralisatiebeleid ten behoeve van de grote steden te versnellen of uit te breiden⁶.

Als uitvloeisel van dit beleid hebben het

rijk en de vier grote steden in 1983 de zogeheten Algemene Welzijnsovereenkomst gesloten, waarmee de bijzondere plaats van de grote steden in de zorgverlening werd benadrukt. Inmiddels kan op grond van art. 3 tweede lid Welzijnswet bij AMvB voor voorzieningen die onder deze wet vallen aan de grote gemeenten de provinciale status worden gegeven. Ook kunnen via een overeenkomst ministeriële bevoegdheden in het kader van de Welzijnswet aan de gemeenten worden overgedragen (art. 13). Voor de bejaardenoorden is in 1985 bij wet reeds de provinciale status toegekend aan de vier grote steden (art. 22 Wet op de Bejaardenoorden). De WVG zou in grote steden sneller worden ingevoerd, waarbij ook de bevoegdheden voor de intramurale voorzieningen zouden worden betrokken.

Als reactie op het plan van de commissie-Dekker hebben de vier grote gemeenten de nota 'Gezondheidszorg en grootstedelijk bestuur' uitgebracht. Zij wijzen het marktmodel van de commissie-Dekker niet af, maar stellen behoefte te hebben aan meer bestuurlijke instrumenten vanwege de specifieke zorgproblemen die zich juist in de grote steden voordoen. De gemeentebesturen zouden bindende randvoorwaarden aan de markt moeten kunnen stellen (strategische planning). Deze bevoegdheid zou zich ook moeten uitstrekken tot de intramurale gezondheidszorg⁷.

Het kabinet is blijkens de derde Dekkerbrief niet bereid in het kader van de nieuwe WZV aan de besturen van de grote steden dezelfde taken toe te kennen als aan de provinciebesturen. De verzorgingsgebieden van de grote intramurale voorzieningen zouden namelijk 'in het algemeen de grenzen van de vier grote steden verre overschrijden'. Dit laat overigens onverlet de vrijheid van de provinciale besturen om te bepalen of en zo ja hoe zij de grote steden bij de uitvoering van de WZV willen betrekken⁸.

OVERDRACHT

Decentralisatie betekent een verschuiving van bevoegdheden van hoger naar lager overheidsniveau. Deze verschuiving kan uiteraard worden bereikt door toedeling bij wet van taken en bevoegdheden aan lagere overheidsorganen. Een voorbeeld hiervan biedt het reeds genoemde art. 22 Wet op de Bejaardenoorden. Daarnaast kunnen taken en bevoegdheden in een aantal gevallen door het overheidsorgaan waaraan deze in eer-

ste instantie zijn toebedeeld, worden overgedragen aan een lager overheidsorgaan. Dit kan echter niet zomaar: voor overdracht van bevoegdheden is steeds een wettelijke grondslag vereist. Dit vloeit voort uit het beginsel van de wetmatigheid van bestuur⁹. Evenmin als een overheidsorgaan eigen bevoegdheden mag creëren, mag het zich ontdoen van een bevoegdheid die het uitdrukkelijk door de wet kreeg toegekend.

Overheidsbevoegdheden kunnen worden overgedragen door middel van delegatie, een gemeenschappelijke regeling en een bestuursovereenkomst. Voor de opdracht van bevoegdheden in het kader van de WZV van provincie naar gemeente is vooralsnog alleen de gemeenschappelijke regeling van belang. Delegatie van WZV-bevoegdheden van provincie naar gemeente is naar huidig recht niet mogelijk, aangezien de WZV noch enige andere wet hiervoor de wettelijke basis verschaft. Om dezelfde reden kunnen ook via een bestuursovereenkomst geen WZV-bevoegdheden worden overgedragen. Dit zal echter veranderen bij de inwerkingtreding van de nieuwe Provinciewet.

WGR

Een gemeenschappelijke regeling is een overeenkomst tussen twee of meer overheidsorganen op basis van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen (WGR), waarbij bevoegdheden kunnen worden overgedragen. Een dergelijke overeenkomst kan ook worden gesloten tussen een provincie en een of meer gemeenten. De WGR laat volledig in het midden welke bevoegdheden voor overdracht door middel van een gemeenschappelijke regeling in aanmerking komen. Aangenomen moet worden dat in beginsel alle provinciale bevoegdheden, dus ook de bevoegdheden in het kader van de WZV, via een gemeenschappelijke regeling kunnen worden overgedragen. Wel kan men zich afvragen of het niet in strijd is met de strekking van de wet dat WZV-bevoegdheden op gemeentelijk niveau worden uitgeoefend. Nu al kan worden gezegd dat het verzorgingsgebied van een groot aantal tweedelijnsvoorzieningen ver over de grenzen van gemeenten (zelfs van die van de grote steden) heen reiken. Deze kwestie zal met name aan de orde dienen te komen in het kader van het preventieve toezicht van de Kroon (een gemeenschappelijke regeling tussen provincie en gemeente heeft vooraf de goedkeuring van de Kroon nodig).

Overdracht van bevoegdheden via een gemeenschappelijke regeling hoeft niet te betekenen dat de betreffende bevoegdheden volledig uit handen worden gegeven. Bevoegdheden kunnen namelijk ook gedeeltelijk worden overgedragen. Verder kan worden overeengekomen dat de gemeente bij de uitoefening van de bevoegdheid bepaalde aanwijzingen van de provincie in acht neemt. Tenslotte is het mogelijk dat de gemeente zich onderwerpt aan het toezicht van de provincie.

Het gaat hier niet om papieren mogelijkheden. In 1986 heeft de provincie Zuid-Holland met de gemeenten 's-Gravenhage en Rotterdam een gemeenschappelijke regeling afgesloten, waarbij een aantal provinciale bevoegdheden op het gebied van het verkeer en het milieu is overgedragen. Deze gemeenschappelijke regelingen zijn inmiddels door de Kroon goedgekeurd. In 1987 is tussen Noord-Holland en Amsterdam een soortgelijke regeling tot stand gekomen, maar hier is het nog niet duidelijk welke bevoegdheden precies zullen worden overgedragen. Voor de gemeente Utrecht wordt een dergelijke regeling op dit moment voorbereid. In hoeverre deze gemeenschappelijke regelingen in de toekomst ook zullen worden gebruikt om bevoegdheden met betrekking tot tweedelijnsvoorzieningen over te dragen, is nu nog niet te overzien.

NIEUWE PROVINCIEWET

De mogelijkheden om provinciale bevoegdheden over te dragen aan de gemeente zullen belangrijk toenemen in de nieuwe Provinciewet, waarvan het ontwerp op dit moment bij de Tweede Kamer aanhangig is¹⁰. Op grond van art. 113 ontwerp-Provinciewet kan het provinciaal bestuur wetgevende en bestuurlijke bevoegdheden gevorderd bij of krachtens een bijzondere wet (zoals de WZV) voor het gebied van een of meer gemeenten overdragen aan de besturen van die gemeenten. Wel stelt het ontwerp hieraan twee beperkingen. In de eerste plaats moeten de betreffende bevoegdheden zich 'naar hun aard en schaal' voor overdracht aan de gemeente lenen. De Raad van State heeft overigens in zijn advies al opgemerkt dat dit geen concrete afbakening oplevert van de over te dragen bevoegdheden¹¹. In de tweede plaats moeten de gemeenten met de bevoegdheden-overdracht instemmen. Met dit instemmingsvereiste zijn de gemeenten beter in staat om bijvoorbeeld de financiële gevol-

gen van de overdracht behoorlijk geregeld te krijgen.

Nieuw ten opzichte van de gemeenschappelijke regeling is dat het provinciaal bestuur geen voorschriften mag geven over de uitoefening van de overgedragen bevoegdheid. Ook mag zij geen toezicht uitoefenen op het gebruik van de bevoegdheid. Verder is van belang dat volgens de Memorie van Toelichting de provincies niet vrij zijn om van de mogelijkheden van art. 113 ontwerp-Provinciewet gebruik te maken. Als de grote steden om overdracht verzoeken dan moeten de provincies hiertoe overgaan, tenzij de betreffende bevoegdheid zich niet voor overdracht leent. Dit moet dan door de provincie worden gemotiveerd. Tenslotte verdient aandacht dat de Kroon, anders dan bij de gemeenschappelijke regeling, alleen achteraf (via spontane schorsing en vernietiging) toezicht kan uitoefenen op het gebruik van de overdrachtsbevoegdheid.

OVERDRACHTBEVOEGDHEDEN

Ook zonder dat formeel bevoegdheden worden overgedragen kunnen de gemeenten in ruime mate worden betrokken bij de uitoefening van provinciale bevoegdheden. Zo kan de provincie aan de gemeente over een bepaald onderwerp incidenteel advies vragen of met de gemeente overleg voeren. Het vragen van advies kan vervolgens een vaste beleidslijn worden, waarvan niet zonder meer kan worden afgeweken. Nog een stap verder is het vastleggen van de adviesbevoegdheid in een meer of minder geformaliseerde afspraak of besluit. Zo is in art. 8 van de gemeenschappelijke regelingen tussen Zuid-Holland en 's-Gravenhage respectievelijk Rotterdam vastgelegd, dat het gemeentebestuur door de provincie in de gelegenheid wordt gesteld over alle kwesties die voor de betreffende gemeenten van belang zijn advies uit te brengen. Van deze adviezen kan de provincie alleen afwijken onder opgave van redenen en na de gemeenten gelegenheid tot nader overleg te hebben geboden.

De meest vergaande betrokkenheid van een gemeente wordt bereikt als het provinciale bestuur het gemeentelijke advies als vaste beleidslijn zonder meer overneemt. Formeel is de bevoegdheid dan niet overgedragen, materieel wel. Ik zou dit daarom een sluipende bevoegdheden-overdracht willen noemen. Voor zover een dergelijke overdracht geen wettelijke basis heeft, is naar mijn oordeel een der-

gelijke figuur in strijd met het beginsel van de wetmatigheid van bestuur. In de praktijk is deze figuur overigens niet gemakkelijk te herkennen.

STADSDEELRADEN

Het gemeentebestuur kan een overgedragen bevoegdheid in beginsel op haar beurt weer geheel of gedeeltelijk overgedragen aan nog lagere bestuursorganen, te weten de zogeheten bestuurscommissies. De meest uitgebreide toepassing heeft deze binnengemeentelijke decentralisatie gekregen in de vorm van de stadsdeelraden in Amsterdam en Rotterdam. De grondslag voor deze overdracht van bevoegdheden is gelegen in art. 63 Gemeentewet. Hier worden wel enkele beperkingen gesteld aan een mogelijke overdracht, maar deze zijn niet relevant voor de bevoegdheden in het kader van de WZV. Wel kan uit de strekking van de WZV worden afgeleid dat overdracht van WZV-bevoegdheden naar een dergelijk laag bestuursniveau als gemeentelijke commissies niet in de bedoeling van de wetgever kan hebben gelegen. Voor de toekomstige WZV zal dit waarschijnlijk a fortiori gelden. Zonodig kan de Kroon gebruik maken van haar recht besluiten van gemeentebesturen spontaan te schorsen en te vernietigen. Bij de overdracht via een gemeenschappelijke regeling kan de provincie het voorbehoud maken dat verdere overdracht niet is toegestaan. Art. 113 ontwerp-Propvinciewet biedt deze mogelijkheid niet.

Op dezelfde wijze als de gemeentebesturen zonder formele overdracht kunnen worden betrokken bij de provinciale bevoegdheidsuitoefening, kunnen bestuurscommissies bij de gemeentelijke bevoegdheidsuitoefening worden betrokken. Het gevaar van een sluipende bevoegdheidsoverdracht bestaat dus ook hier.

EVALUATIE

De gemeenschappelijke regeling biedt op dit moment in beginsel veel mogelijkheden om WZV-bevoegdheden over te dragen aan de grote steden. Wel zal hierdoor de regionale afstemming van de tweedelijnsvoorzieningen die de WZV beoogt, worden bemoeilijkt. De WZV-regio's beslaan immers grotere gebieden dan het grondgebied van de vier grote steden. Verder staat overdracht van WZV-bevoegdheden aan de grote steden op gespannen voet met de centralistische opzet van de huidige WZV. De nieuwe WZV

zal weliswaar minder centralistisch van karakter zijn, maar zich vooral richten op de grootschalige intramurale voorzieningen. Aangezien de verzorgingsgebieden van deze voorzieningen in het algemeen ver over de grenzen van de grote steden heenreiken, ligt uitoefening van WZV-bevoegdheden op gemeentelijk niveau dan ook minder voor de hand.

Deze bezwaren blijven gelden als in de toekomst de nieuwe Provinciewet wordt ingevoerd. Het belang van de nieuwe Provinciewet is vooral daarin gelegen dat de gemeenten sterker zullen staan in het afdwingen van een overdracht. Op verzoek van de gemeenten zullen de provincies immers in beginsel tot overdracht moeten overgaan. Ook zullen voorschriften over en toezicht op het gebruik van de bevoegdheid zijn uitgesloten. Verder zal het preventieve toezicht van de Kroon worden afgeschaft.

BUITEN SPEL

Voor de instellingen voor intramurale gezondheidszorg is deze ontwikkeling niet zonder betekenis. Worden zij middels de landelijke adviesorganen in het algemeen nauw betrokken bij de totstandkoming van wettelijke regelingen en het daarin vastgelegde bevoegdhedenpatroon, bij overdracht van bevoegdheden op grond van algemene wetten zoals de WGR en de (toekomstige) Provinciewet staan zij in feite buitenspel. In een aantal gevallen kunnen individuele instellingen en hun regionale samenwerkingsverbanden gebruik maken van de mogelijkheden die provinciale en gemeentelijke inspraakverordeningen bieden. Het is evenwel de vraag of ook de landelijke adviesorganen niet zouden moeten worden betrokken bij een vergaande doorbreking van de in de WZV vastgelegde bevoegdhedenverdeling. Een adviesaanvraag aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid/het College voor Ziekenhuisvoorzieningen door de Kroon (minister) lijkt dan op zijn plaats.

Bij de vaststelling van wettelijke regelingen in de gezondheidszorg lijkt de wetgever zich doorgaans weinig bewust te zijn van de overdrachtsmogelijkheden op grond van genoemde algemene wetten. Voor het goedkeurings-/vernietigingsbeleid van de Kroon biedt de parlementaire behandeling dan ook weinig aanknopingspunten. Het verdient daarom aanbeveling dat bij de totstandkoming van de nieuwe WZV niet alleen de toedeling van bevoegdheden de aandacht krijgt, maar ook de vraag in hoeverre deze bevoegd-

heden zich lenen voor overdracht aan lagere overheidsorganen. Meer in het algemeen zou de wetgever zich nader moeten bezinnen op de rol van de gemeente in de gezondheidszorg. □

Noten

1. Handelingen van de Tweede Kamer (TK) 1987-1988; 19945, nrs. 27-28, p. 28-30.
2. Nota organisatie binnenlands bestuur. TK 1982-1983; 17994, nrs. 1-2.
3. TK 1980-1981; 16492, nrs. 1-2, respectievelijk TK 1982-1983; 16492, nrs. 7-8.
4. TK 1984-1985; 18600, VII, nr. 7. TK 1985-1986; 19200, VII, nr. 7. TK 1986-1987; 19700, VII, nr. 8. TK 1987-1988; 20200, VII, nr. 11.
5. Zie inmiddels art. 114 ontwerp-Gemeentewet, TK 1985-1986; 19403, nrs. 1-2.
6. TK 17910, vanaf 1988 opgenomen in het Decentralisatie-overzicht.
7. Gezondheidszorg en grootstedelijk bestuur. Standpunt van de colleges van B en W van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht over hun rol op het terrein van de gezondheidszorg, februari 1988.
8. TK 1987-1988; 19945, nrs. 27-28, p. 42.
9. Zie hierover Van Wijk/Konijnenbelt, Hoofdstukken van administratief recht. 's-Gravenhage: Vuga uitgeverij, 1984, p. 35-38.
10. TK 1986-1987; 19836, nrs. 1-2.
11. TK 1986-1987; 19836, B, p. 2-3.

Arts en recht

Huisarts mag bijstaan bij bevalling

Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege 25 augustus 1988

Mag een huisarts de verloskundige hulp uitoefenen, als er voldoende verloskundigen ter plaatse zijn gevestigd? Deze vraag is door het Centraal Medisch Tuchtcollege bevestigend beantwoord. Het college accepteerde het argument van de huisarts, dat verloskundige hulp een integreerend deel van zijn praktijk is, aangezien hierdoor een sterkere band tussen het gezin en de huisarts groeit. Het argument van de tegenpartij, dat de verloskundige hulp – behoudens uitzonderingen – geen deel uitmaakt van de ziekenfondsverstrekkingen, werd voor wat betreft de tuchtrechtelijke aspecten niet relevant geacht.

Deze uitspraak is een steun in de rug voor huisartsen met voldoende obstetrische ervaring die, ondanks alle nadelen, bereid zijn om hun patiënten bij een bevalling bij te staan.

Blijft, dat huisartsen en verloskundigen de plicht hebben een voor alle partijen aanvaardbare regeling op te stellen.

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

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het navolgende overwogen en beslist op het door A, huisarts, wonende te Z, appellant, ingestelde hoger beroep van de beslissing van het Medisch Tuchtcollege te Y van 25 maart 1987, waarbij hem op de klacht van Mw. B. en Mw. C, beiden wonende te Z, de maatregel van waarschuwing is opgelegd.

Gezien de stukken waaronder de beslissing waarvan beroep met de daarin vermelde stukken, het proces-verbaal van het verhandelde ter zitting van het college van eerste aanleg van 25 maart 1987, het beroepsschrift van 26 mei 1987, het verweerschrift in beroep van 5 februari 1988 en een brief van de raadsman van appellant d.d. 20 mei 1988 met produkties; Gehoord ter zitting van 2 juni 1988 oorspron-

kelijk klagsters, bijgestaan door Mr. D, advocaat te X, en appellant, bijgestaan door zijn raadsman, Mr. E, advocaat te W.

Overwegende:

1. Het beroep is tijdig ingesteld.
2. De beslissing waarvan beroep moet worden vernietigd, reeds omdat in de beroepen beslissing uitspraak is gedaan over klachten tegen elf artsen. Het Reglement Medisch Tuchtrecht gaat uit van de behandeling van klachten tegen één arts in één beslissing. De juiste toepassing van de bepalingen van dat reglement wordt bemoeilijkt door de afdoening van klachten tegen meer artsen in één beslissing, zoals blijkt uit het onderhavige geval, waarin twee van de elf artsen de praktijk hebben neergelegd.
3. Het Centraal College gaat uit van het feit, dat appellant als huisarts altijd hulp bij zwangerschap en bevalling heeft verleend, dat klagster Mw. B op 26 maart 1984 als eerste is gestart met een verloskundige praktijk te Z, samen met Mw. F. De plaats van laatstgenoemde is per 1 oktober 1985 ingenomen door klagster Mw. C.
4. Met het college van eerste aanleg acht het Centraal College, uitgaande van de klacht waarin voldoende feitelijk is gesteld dat appellant zich zou hebben schuldig gemaakt aan handelingen die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnen, van oordeel dat oorspronkelijk klagsters als rechtstreeks belanghebbenden in de zin van de Medische Tuchtwet zijn te beschouwen en dat zij ontvankelijk zijn in hun klachten.
5. Het Centraal College is – anders dan het college van eerste aanleg – van oordeel dat van een collectieve actie van appellant met andere huisartsen te Z en V tegen de vestiging van de verloskundige praktijk van oorspronkelijke klagsters niet kan worden gesproken. Enkele huisartsen hebben in hun praktijkruimte een mededeling geplaatst, dat zij de verloskundige praktijk als voorheen zouden blijven uitoefenen. Uit het feit dat enkele huisartsen zulks hebben gedaan, waarbij de mededeling niet altijd dezelfde redactie had, kan bezwaarlijk een collectieve actie worden gezien. Gezamen-

lijk met andere huisartsen heeft appellant in een plaatselijke courant één advertentie geplaatst, dat zij de verloskundige praktijk blijven uitoefenen ondanks de vestiging van een verloskundige praktijk. Deze advertentie is geplaatst nadat oorspronkelijk klagsters advertenties hadden doen plaatsen met betrekking tot de vestiging van klagsters als verloskundigen. Bovendien hebben ook de ziekenfondsen in het openbaar uiting gegeven aan de vestiging van de verloskundige praktijk. Het Centraal College vermag niet in te zien dat appellant op grond van deze ene publikatie – die als reactie is te zien – verwijtbaar heeft gehandeld.

6. In wezen gaat het in dit geding om de vraag of, indien een verloskundige zich vestigt in een gebied, de arts tuchtrechtelijk verwijtbaar handelt indien hij voor verplicht verzekerden de verloskundige praktijk als deel van de huisartspraktijk voortzet.

Het Centraal College is van oordeel dat zulks niet het geval is.

In de eerste plaats is de huisarts op grond van zijn opleiding gerechtigd tot het verlenen van deze hulp. Uiteraard dient hij met betrekking tot deze hulp te voldoen aan de eisen die daaraan qua ervaring en bijscholing moeten worden gesteld, maar zulks is in deze zaak niet aan de orde.

In de tweede plaats hebben appellant en een aantal huisartsen in zijn woonplaats deze verloskundige praktijk altijd uitgeoefend. Door de vestiging van een ander – in dit geval een verloskundige – wordt het continueren van verloskundige hulp niet tuchtrechtelijk verwijtbaar.

In de derde plaats heeft appellant aangevoerd, dat deze verloskundige hulp een integrerend onderdeel van zijn praktijk is, aangezien hierdoor er een sterkere band tussen het gezin en de huisarts groeit. Het Centraal College acht dit een valide argument. Daartegen is aangevoerd, dat op grond van de beschikking van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 20 januari 1967: verloskundige hulp ziekenfondsverzekering, waarbij voor verplicht verzekerden de verloskundige hulp – behoudens uitzonderingen – wordt beperkt tot hulp door een verloskundige, de huisarts zich van verloskundige hulp moet onthouden. Het Centraal College is echter van oordeel dat een dergelijke ministeriële beschikking met be-

trekking tot financiële vergoeding aan verplicht verzekerden niet op zich en zonder meer bepalend is voor de vraag of het tuchtrechtelijk verwijtbaar is dat een medicus verloskundige zorg verschaft aan verplicht verzekerden.

Aangezien op grond van het vorenoverwogene het Centraal College van oordeel is dat de klacht niet gegrond is, kunnen de beschouwingen van partijen omtrent het recht van vrije keuze van de patiënt en omtrent de verbindbaarheid van de voormelde beschikking verloskundige hulp onbesproken blijven.

7. Het Centraal College merkt nog op dat ter zitting is gebleken dat indien er door de verloskundigen beroep werd gedaan op een der huisartsen, zulks op grond van de toestand van een patiënt, dat beroep steeds is gehonoreerd, zodat de verloskundige zorg op geen enkele wijze in gevaar is gebracht.

Het Centraal College merkt voorts op dat het gewenst lijkt voor de verloskundige zorg ter plaatse, dat de ziekenfondsen met de verlos-

kundigen en de huisartsen trachten de huidige impasse te doorbreken en in overleg tot een voor alle partijen aanvaardbare regeling te komen.

8. Het Centraal College zal om redenen aan het algemeen belang ontleend bepalen dat deze beslissing zal worden bekendgemaakt overeenkomstig artikel 13 b van de Medische Tuchtwet.

Rechtdoende in hoger beroep:

Vernietigt de beslissing waarvan beroep, en opnieuw rechtdoende:

Verklaart de oorspronkelijke klacht ongegrond; Bepaalt de bekendmaking van deze beslissing met inachtneming van artikel 13 b van de Medische Tuchtwet door plaatsing in de Staatscourant en door toezending met verzoek tot plaatsing aan de redacties van Medisch Contact en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus gegeven in raadkamer door Mr. B. Pronk, voorzitter; Prof.Dr. S. A. de Lange, Prof.Dr. J. Bennebroek Gravenhorst, leden-geneeskundigen; E. C. M. Plag, K. W. Woltering, plaatsvervangende leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van Mr. H. J. Sluyters-Hamburger, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van donderdag 25 augustus 1988, door Mr. Pronk vernoemd, in tegenwoordigheid van de secretaris. □



Dagboek van een waarnemer

11: Zwart

Op het zondagmiddagsprekeuur verschijnen de heer en mevrouw Nispen. Zij heeft last van fluor vaginalis en brandende jeuk. De ellende is zo erg dat zij met gespreide benen en een waaier probeert wat koelte te vinden. Dat is een zondagmiddagbezoek waard. Wanneer dat consult klaar is, vraagt de heer Nispen of hij ook nog even terecht kan. Hij heeft keelpijn.

'Is dat een spoedklacht?' vraag ik. 'Nou nee, maar ik dacht . . ., misschien, ik ben er nu toch, kunt u misschien meteen even kijken?' 'Als 't geen spoed is, is het voor de huisarts', zeg ik streng. Dat is patiënten opvoeden, geloof ik.

'Maar ik ben particulier', zegt hij dan, 'dat verdient toch extra?' Niet voor mij dus en dat leg ik hem uit. Ineens glinstert er iets in zijn ogen. 'En . . . zwart dan?' Ik moet er verschrikkelijk om lachen. 'Gaat u maar zwart de spreekkamer in, dan zal ik met de lamp uit kijken.' Het leed is snel geleden: tonsillitis purulenta en een broxilkuur.

'Weet u', zegt hij, 'ik ben een zelfstandige en 't kost me gewoon geld als ik door de week overdag naar de dokter ga. Daarom ben ik nu dubbel blij.'

Ik vraag me af waarom wij als huisartsen nog niet aan avondsprekuren zijn begonnen. Het zal vast werkverzuim schelen. De reden hoor ik

een week later van een Belgische collega. Daar is avondinloopsprekeuur algemeen gebruik. De artsen worden ook per verrichting betaald en als je dus niet meedoet, gaan ze naar een ander. Het wordt in bedrijven ook niet geaccepteerd dat men wegblijft om naar de dokter te gaan. Maar er is geen duidelijke grens. De huismoeder die om half elf 's morgens liever boodschappen doet, komt ook 's avonds en zo zijn er meer. Zij hebben daar in België geen avond vrij. En dat is, zoals ze dat daar zeggen 'nie plezant'.

Marie-José Molledans

Calcium bij botverlies na de menopauze

Suppletie biedt slechts schijnveiligheid

Postmenopauzale osteoporose is in de westerse wereld een van de meest voorkomende aandoeningen bij vrouwen op leeftijd, een aandoening die verantwoordelijk is voor een hoge morbiditeit en mortaliteit en aanzienlijke kosten meebrengt¹. Er is wel beweerd dat deze aandoening wordt veroorzaakt door een tekort aan calcium in het voedsel². Sommige onderzoekers suggereren dat een kalkrijk dieet botmassaverlies, en daarmee osteoporose, na de menopauze tegengaat^{3,4}. Hoewel uit andere onderzoeken niet duidelijk is gebleken dat een kalkrijk dieet met een ruime calciumsuppletie een gunstig effect heeft op verlies van botmassa na de menopauze^{5,6}, beveelt de commercie calcium aan in plaats van of als aanvulling op een hormoonsubstitutie therapie ter voorkoming van osteoporose⁷. Deze tegenstrijdige berichten hebben gemaakt dat men aan het belang van calciumopname is gaan twijfelen^{7,8}. De hier genoemde eerdere onderzoeken zijn onvolledig geweest, omdat niet afzonderlijk is gekeken naar corticaal én trabeculair bot in pijpbeenderen én wervels. Metingen aan het corticale skelet van de pijpbeenderen vormen geen exacte afspiegeling van metingen aan het trabeculaire botweefsel van de wervels⁹. Om te onderzoeken welke invloed de hoeveelheid kalk in het voedsel heeft op het bot van vrouwen in de eerste jaren na de menopauze en om te beoordelen of het toedienen van kalk nuttig kan zijn als

aanvulling op een behandeling ter voorkoming van botmassaverlies, hebben wij regionale skeletmetingen gedaan, waarbij corticaal en trabeculair bot afzonderlijk werden gemeten. Tijdens ons onderzoek vertoonde geen van de drie actief behandelde groepen een significant verlies van botmassa, terwijl bij de placebogroep een significante hoeveelheid botmassa in de wervels verloren bleek te zijn gegaan (t-toets, $p=0,001$); om die reden werden de eerste drie groepen tot één groep samengevoegd: de behandelde groep. De placebogroep bestond uit 16 vrouwen, die zolang het onderzoek duurde elke dag hun buik en bovenbenen insmeerden met 5 g inactieve gel en de eerste twaalf dagen van elke kalendermaand dagelijks drie inactieve tabletten innamen. De behandelde groep bestond uit 38 vrouwen, die synthetisch humaan calcitonine kregen (20 IE driemaal wekelijks via subcutane injectie) of estradiol (percutaan 5 g, equivalent aan 3 mg 17 bèta-estradiol, per dag) in combinatie met progesteron, 300 mg oraal per dag gedurende twaalf dagen per maand, of beide. Het totale calciumgehalte in het lichaam werd bepaald aan de hand van neutron-activatieanalyse in vivo¹⁰. Het totale⁴⁹ calciumgehalte in het lichaam werd verkregen door bestraling met neutronen die door een cyclotron werden gegenereerd, gemeten in een meerkristallijnen 'whole body counter' en uitgedrukt in grammen.

De precisie van de meting in vivo bedroeg ongeveer 3% en de nauwkeurigheid in vitro 8%. Het totaal lichaamscalcium werd alleen vóór de behandeling gemeten.

De dichtheid van het trabeculaire botweefsel in de wervels werd computertomografisch bepaald¹¹. In de wervellichamen van L2-4 werden drie segmenten van 4 mm gemeten; de gemiddelde waarde werd uitgedrukt in mg/cm³ door gelijktijdig een mineraal equivalent fantoom te meten. De precisie van de meting in vivo bedroeg 2,2% en de nauwkeurigheid in vitro 2,5%.

De densiteit van het bot in het dominante spaakbeen werd bepaald met behulp van een Isotom-computertomografisch systeem, uitgerust met een jodium-125 bron¹². De precisie van de meting in vivo bedroeg ongeveer 2%. De dichtheid van het trabeculair bot werd uitgedrukt als de gemiddelde lineaire versmallingscoëfficiënt (in cm) van de centrale helft van de botdoorsnede, gemeten op 8% tot 10% van de afstand van de ulnaire processus styloideus tot het olecranon. De dichtheid van het corticaal bot was het produkt van gemiddelde lineaire versmallingscoëfficiënt voor de gehele dwarsdoorsnede door het bot en het gebied op één derde van de afstand tussen ulnaire processus styloideus en olecranon; de gevonden waarde werd in centimeters uitgedrukt. Alle metingen zijn blind uitgevoerd. De basislijnmetingen werden uitgedrukt in

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

absolute waarden en de (na twaalf maanden) herhaalde metingen als percentages waarin zij van de initiële waarden afweken.

Door middel van vragenlijsten en interviews werd vastgesteld hoeveel kalk de voeding van de proefpersonen bevatte. Bij de start van het onderzoek werd berekend hoeveel calcium er zat in het voedsel van de proefpersonen op een 'model'-dag; tegen het eind van de onderzoeksperiode werden de proefpersonen opnieuw geïnterviewd; geen van de vrouwen was tijdens het onderzoek duidelijk meer of minder calcium gaan gebruiken. Om eventuele onnauwkeurigheden in de beoordeling te ondervangen vergeleken wij de waarden verkregen bij botmetingen bij de proefpersonen met het hoogste en het laagste calciumgebruik. Daarvoor werden de placebo-groep en de actief behandelde groep naar gelang het kalkgebruik in kwartielen verdeeld, waarna het hoogste kwartiel werd aangemerkt als de groep met een hoog kalkgebruik en het laagste als de groep met een laag kalkgebruik. De basislijngegevens werden geanalyseerd aan de hand van Pearson-correlaties; het verband tussen de variabelen en veranderingen in de densiteit van het bot werd geanalyseerd aan de hand van Spearmans rangcorrelaties; de verschillen tussen de variabelen werden onderzocht met behulp van de Man-Whitney-toets en alle significanties werden tweezijdig getoetst.

Ons dwarsdoorsnede-onderzoek heeft duidelijk uitgewezen dat er geen verband is tussen de hoeveelheid calcium in het dieet van vrouwen na de menopauze en het calciumgehalte van de botten (zie ook de tabellen). Het idee dat osteoporose wordt veroorzaakt door een te kort schietende kalkopname (te weinig calcium in het voedsel of een gestoorde resorptie) dateert van jaren her². Sindsdien kon deze hypothese met nieuwe gegevens nu eens worden bevestigd, dan weer worden weerlegd. Garn, die grote populaties heeft bestudeerd, kwam tot

Tabel 1. Coëfficiënten voor de correlaties tussen calciumgebruik, totaal lichaamscalci- um en dichtheid van het bot bij vrouwen na de menopauze.

	calciumgebruik	totaal lichaams- calcium	botdichtheid wervels	dichtheid trabecu- lair bot onderarm
totaal lichaamscalci- um	0,03 (n=57)			
botdichtheid wervels	0,13 (n=58)	0,53* (n=56)		
dichtheid trabeculair bot onderarm	0,03 (n=56)	0,63* (n=54)	0,48* (n=55)	
dichtheid corticaal bot onderarm	0,20 (n=57)	0,79* (n=55)	0,43* (n=56)	0,48* (n=56)

* p=0,001 (Pearson-correlatie).

Tabel 2. Gemiddelde waarden (SEM), gevonden via botmeting bij vrouwen na de meno- pauze met een hoog c.q. een laag calciumgebruik vóór en na de behandeling; in elke groep zijn vóór de behandeling bij 15 vrouwen en na de behandeling bij 11 vrouwen metingen uitgevoerd.

	laag Ca-gebruik (laagste kwartiel)		hoog Ca-gebruik (hoogste kwartiel)	
dagelijkse hoeveelheid calcium (mg):				
vóór behandeling	530	(43)	1,564	(62)
na behandeling	504	(54)	1.621	(77)
totaal lichaamscalci- um vóór behandeling (g):	766	(20)	781	(21)
botdichtheid wervels:				
vóór behandeling (mg/cm ³)	123	(8)	142	(10)
percentage verandering na behandeling	3,6	(2,3)	~ 1,0	(1,5)
dichtheid trabeculair bot onderarm:				
vóór behandeling (cm)	0,67	(0,03)	0,70	(0,02)
percentage verandering na behandeling	1,5	(2,0)	~ 2,1	(1,2)
dichtheid corticaal bot onderarm:				
vóór behandeling (cm)	2,41	(0,09)	2,63	(0,07)
percentage verandering na behandeling	~ 0,8	(0,7)	~ 2,4	(1,8)

Er waren geen significante verschillen tussen de groepen (Mann-Whitney-toets).

Tabel 3. Coëfficiënten van de correlatie tussen calciumgebruik en veranderingen in dichtheid van het bot bij vrouwen na de menopauze die hetzij een placebo, hetzij een actieve behandeling kregen.

	Ca-gebruik		botdichtheid wervels		dichtheid trabeculair bot onderarm	
	placebo	behandeling	placebo	behandeling	placebo	behandeling
botdichtheid wervels	-0,33 (n=16)	-0,28 (n=38)				
dichtheid trabeculair bot onderarm	-0,12 (n=11)	-0,21 (n=33)	0,08 (n=11)	0,13 (n=33)		
dichtheid corticaal bot onderarm	-0,05 (n=15)	-0,25 (n=36)	-0,34 (n=15)	0,16 (n=36)	-0,05 (n=11)	0,29 (n=33)

Geen van de correlaties was significant (Spearmans rangcorrelatiecoëfficiënt).

de conclusie dat het verlies van bot- massa bij volwassenen niet wordt ver- oorzaakt door een gebrek aan calcium in het dieet of een gestoorde resorp- tie^{13 14}. Bij twee Joegoslavische popu- laties daarentegen, de ene met een hoog, de andere met een laag kalkge- bruik, werd een grotere botmassa ge- constateerd in de groep met een hoog calciumgebruik, hoewel het verschil na de menopauze geleidelijk leek te

verdwijnen¹⁵. In beide gevallen ging het om een dwarsdoorsnede-onder- zoek en werd de botmassa bepaald via radiogrammetrie, dat wil zeggen dat er geen rekening wordt gehouden met veranderingen in poreusheid bin- nenin het corticaal bot en dat er niet wordt gekeken naar trabeculair bot. Het is mogelijk dat de bevindingen van deze onderzoekers mede zijn beïn- vloed door raciale verschillen. Boven-

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

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

dien verschilde het dieet van de Joegoslavische groepen ook voor wat betreft het eiwitvet- en fosforgehalte en de calorische waarde. Hoewel Matkovic en de zijnen ook een hogere incidentie van femurhalsfracturen constateerden in de groep met een kalk-arm dieet, vonden zij geen verschil in de incidentie van andere osteoporotische fracturen¹⁵. Bij populaties met een vergelijkbaar calciumgebruik zijn uiteenlopende incidenties van femurhalsfracturen geconstateerd; het verschil werd toegeschreven aan het fluoridegebruik¹⁶.

Een onderzoek waarbij meer geavanceerde botmetingstechnieken werden gebruikt heeft het vermoeden gewekt dat een kalkrijk dieet in de kinderjaren leidt tot een geringe, maar nog altijd beduidend grotere dichtheid van het bot na de menopauze¹⁷. Het onderzoek in kwestie beperkte zich echter tot perifeer corticaal bot en het is mogelijk dat de uitkomsten eenvoudig een afspiegeling vormen van een in alle opzichten betere voeding in de kinderjaren. In een onderzoek onder oudere vrouwen is aangetoond dat een levenslang hoog calciumgebruik leidt tot een grotere dichtheid van het bot in het midden van de ellepijp – en spaakbeenschacht, maar geen effect heeft op de dichtheid van het bot in het distale uiteinde van de onderarm, wat in klinisch opzicht van groter belang is¹⁸. Evenzo heeft men door middel van een dwarsdoorsnede-onderzoek aangetoond dat de hoeveelheid calcium die iemand binnenkrijgt niet van invloed is op de trabeculaire botdichtheid in de wervels¹⁹, hetgeen strookt met onze bevindingen. Wij beseffen dat het 'cross-sectioneel' bepalen van de kalkopname via voedsel geen beeld oplevert van het eetgedrag door de jaren heen, hoewel er een zeker verband bestaat tussen de calciumconsumptie op een bepaald moment en het calciumgebruik tijdens de voorafgaande levensjaren¹⁷. Op basis van het onderhavige onderzoek kunnen wij geen uitspraken doen over de vraag in hoeverre de voeding tijdens

het opgroeien invloed heeft op de botmassa op volwassen leeftijd. Wel lijkt het geen twijfel dat een goede voeding, inclusief een adequate kalkopname, een gunstig effect heeft gedurende de lengtegroei.

Ook de invloed van calcium op het botmassaverlies na de menopauze blijft omstreken. Op grond van calciumbalansstudies concludeerden Heany c.s., dat de skeletmassa bij vrouwen na de menopauze op peil blijft wanneer zij dagelijks 1.500 mg calcium binnenkrijgen²⁰. Ze baseerden zich echter op een extrapolatie van een regressievergelijking waarbij de regressiecoëfficiënt van het calciumgebruik op de calciumbalans was berekend, maar die geen significant resultaat had opgeleverd. Bovendien zijn de methoden die in studies van de calciumbalans worden toegepast niet erg nauwkeurig; het probleem daarbij is vooral, dat het calciumverlies niet altijd volledig wordt achterhaald, wat kan leiden tot een kunstmatige positieve verschuiving in de calciumbalans. Zo had calcium in de vorm van extra melk bij vrouwen na de menopauze (blijkens 'single'-fotonabsorptiometrie) geen invloed op het botmassaverlies, hoewel de calciumbalans positiever werd²¹. Hieruit blijkt wel hoe beperkt de calciumbalansstudies zijn en hoe noodzakelijk het is dat metingen rechtstreeks aan het skelet worden gedaan.

Nilas en zijn collega's zijn er niet in geslaagd met behulp van perifere fotonabsorptiometrie aan te tonen dat de hoeveelheid calcium die men via het voedsel binnenkrijgt ook maar enige invloed heeft op het botmassaverlies van het perifere bot na de menopauze⁵. Uit andere onderzoeken blijkt, dat toediening van extra calcium botmassaverlies na de menopauze wel vertraagt. De technieken die bij deze onderzoeken werden toegepast, te weten radiogrammetrie en fotonabsorptiometrie, zijn echter minder gevoelig dan axiale metingen²²; mogelijk vormt dit de verklaring voor de verschillen in uitkomsten. Meer re-

cent is een prospectief onderzoek uitgevoerd om te kijken wat het effect was op het botmassaverlies wanneer kort na de menopauze een grote extra hoeveelheid (2 g) kalk werd toegediend⁶; vastgesteld werd dat het botmassaverlies in het midden van de spaakbeenschacht trager verloopt, maar dat er geen effect is op plaatsen die gevoelig zijn voor osteoporotische fracturen (het distale einde van de radius en de wervels).

Een studie waarbij gebruik is gemaakt van een kwantitatief computertomografisch onderzoek van de wervelkolom heeft uitgewezen, dat het geen invloed heeft op trabeculair bot wanneer de hoeveelheid calcium die iemand dagelijks via het voedsel binnenkrijgt tot 1.500 mg per dag of meer wordt aangevuld²². Bij een recent onderzoek is voorts gevonden, dat de hoeveelheid calcium die iemand via het voedsel binnenkrijgt niet van invloed is op de snelheid waarmee, gemeten over periodes tot zes jaar, het botmassaverlies in wervels en pijpbeenderen voortschrijdt²³. Onze uitkomsten, die echter slechts betrekking hebben op een periode van één jaar, ten aanzien van vrouwen die een placebo hebben gekregen bevestigen deze bevindingen.

Toch lijkt het voorschrijven van extra calcium een standaardonderdeel van de meeste behandelingen ter voorkoming van botmassaverlies, en daarmee osteoporose, na de menopauze. Dit komt waarschijnlijk onder meer doordat men in calcium een goedkoop en niet-giftig middel ziet. Het geloof in de gunstige effecten van calciumsuppletie is over het algemeen niet wetenschappelijk onderbouwd; de meeste onderzoeken naar de effecten van calcium in combinatie met andere medicamenten strekken zich niet uit tot een geschikte controlegroep. Ettinger en collega's bijvoorbeeld hebben gemeld, dat het voorschrijven van een kalkrijk dieet aan vrouwen die na de natuurlijke menopauze een hormoonsubstitutie krijgen bijdraagt tot een betere preventie van botverlies²²; hun

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

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

onderzoek wees uit dat 9,3 mg geconjugeerde equine oestrogenen in combinatie met calciumsuppletie even doeltreffend is als 9,6 mg geconjugeerde equine oestrogenen alleen, maar ze hebben niet gekeken naar de effecten van 0,3 mg geconjugeerde equine oestrogenen alleen. Hoewel Ettinger en de zijnen hebben aangetoond dat 9,3 mg geconjugeerde equine oestrogenen alleen niet voldoende is om bij vrouwen bij wie het ovarium is verwijderd botmassaverlies te voorkomen²⁴, moeten we wel bedenken dat het verlies van botmassa bij deze vrouwen sneller verloopt dan bij vrouwen die op natuurlijke wijze in de overgang zijn geraakt. Uit onze gegevens blijkt dat het calciumgebruik geen invloed heeft op de snelheid waarmee het botverlies na de menopauze verloopt bij vrouwen die effectief worden behandeld, een hormoonsubstitutie therapie inbegrepen. Of het geven van extra kalk de effecten van minder goede behandelingsregimes kan versterken, moet nog worden vastgesteld.

Schattingen van wat iemand via het voedsel aan kalk binnenkrijgt zijn, tenzij ze zich over lange periodes uitstrekken, weinig nauwkeurig. Aangezien wij echter op uitgebreide schaal botmetingen hebben verricht, zowel bij proefpersonen die veel als bij proefpersonen die weinig calcium gebruikten, mogen wij ervan uit gaan dat een effect van calcium op het bot, zo dit bestaat, uit ons onderzoek zou zijn gebleken. Het is ons niet gelukt aan te tonen dat de hoeveelheid calcium die vrouwen kort na de menopauze met het voedsel opnemen bepalend is voor de conditie van het bot, of, wat belangrijker is, de snelheid van het botmassaverlies na de menopauze. Evenmin hebben we geconstateerd, dat de hoeveelheid kalk die de proefpersonen via het voedsel binnenkregen de respons van het bot op de behandeling beïnvloedde. Suggesties als zou een hoog calciumgebruik een doeltreffend middel zijn

om osteoporose na de menopauze te voorkomen of een belangrijke aanvulling vormen op hormoonsubstitutie, lijken ongegrond. De hoeveelheid calcium die vrouwen na de overgang nodig hebben wordt waarschijnlijk overschat en een profylactische behandeling die alleen bestaat uit het toedienen van extra hoeveelheden calcium lijkt ten onrechte een gevoel van veiligheid te creëren. Het voorschrijven van extra calcium lijkt eerder in het belang van de producent dan in het belang van de patiënt.

Stevenson JC, Whitehead MI, Padwick M, Endacott JA, Sutton C, Banks LM, Freemantle C, Spinks TJ, Hesp R. Dietary intake of calcium and postmenopausal bone loss. *Br Med J* 1988; 297: 15-7.

Literatuur

1. Stevenson JC, Whitehead MI. Postmenopausal osteoporosis. *Br Med J* 1982; 285: 585-8.
2. Nordin BEC. Osteomalacia, osteoporosis and calcium deficiency. *Clin Orthop* 1960; 17:235-57.
3. Horsman A, Gallagher JC, Simpson M, Nordin BEC. Prospective trial of oestrogen and calcium in postmenopausal women. *Br Med J* 1977; ii: 789-92.
4. Recker RR, Saville PD, Heaney RP. Effect of estrogens

and calcium carbonate on bone loss in postmenopausal women. *Ann Intern Med* 1977; 87:649-55.

5. Nilas L, Christiansen C, Rodbro P. Calcium supplementation and postmenopausal bone loss. *Br Med J* 1984; 289: 1103-6.
6. Riis B, Thomsen K, Christiansen C. Does calcium supplementation prevent postmenopausal bone loss? *N Engl J Med* 1987; 316: 173-7.
7. Anonymous. Calcium supplements: does the milkman know best (Editorial). *Lancet* 1987; i: 370.
8. Stevenson JC. The pathogenesis of postmenopausal bone loss and osteoporosis. In: Fioretti P, Fiamigni C, Jasonni VM, Melis GB (eds), *Postmenopausal hormonal therapy: benefits and risks*. New York: Raven Press, 1987: 229-33.
9. Stevenson JC, Banks LM TJ et al. Regional and total skeletal measurements in the early postmenopause. *J Clin Invest* 1987; 80: 258-62.
10. Spinks TJ. Effect of size and composition of the body on absolute measurements of calcium in vivo. *Phys Med Biol* 1979; 24: 976-87.
11. Banks LM, Stevenson JC. Modified method of spinal computed tomography for trabecular bone mineral measurements. *J Comput Assist Tomogr* 1986; 10: 463-7.
12. Exner GU, Prader A, Elcasser U, Rueggsegger P, Anliker M. Bone densitometry using computed tomography. I. Selective determination of trabecular bone density and other bone mineral parameters: normal values in children and adults. *Br J Radiol* 1979; 52: 14-23.
13. Garn SM. The earlier gain and later loss a cortical bone in nutritional perspective. Springfield: CC Thomas, 1970.
14. Garn SM, Solomon MA, Friedl J. Calcium intake and bone quality in the elderly. *Ecology of Food and Nutrition* 1981; 10: 131-3.
15. Matkovic V, Kostial K, Sominovic I, Buzina R, Brodarec A, Nordin BEC. Bone status and fracture rates in two regions of Yugoslavia. *Am J Clin Nutr* 1979; 32: 540-9.
16. Simonen O, Laitinen O. Does fluoridation of drinking-water prevent bone fragility and osteoporosis? *Lancet* 1985; ii: 432-4.
17. Sandler RB, Siemenda CW, LaPorte RE et al. Postmenopausal bone density and milk consumption in childhood and adolescence. *Am J Clin Nutr* 1985; 42: 270-4.
18. Anderson JJB, Tykavsky FA. Diet and osteopenia in elderly caucasian women. In: Christiansen C, Arnaud CD, Nordin BEC, Parfitt AM, Peck WA, Riggs BL (eds). *Osteoporosis*. Glostrup: Glostrup Hospital, 1984: 299-304.
19. Laval-Jeantet AM, Paul G, Bergot C, Lamarque JL, N'Ghiana M. Correlation between vertebral bone density measurement and nutritional status. In: Christiansen C, Arnaud CD, Nordin BEC, Parfitt AM, Peck WA, Riggs BL (eds). *Osteoporosis*. Glostrup: Glostrup Hospital, 1984: 305-9.
20. Heaney RP, Recker PR, Saville PD. Menopausal changes in calcium balance performance. *J Lab Clin Med* 1978; 92: 953-63.
21. Recker RR, Heaney RP. The effect of milk supplements on calcium metabolism, bone metabolism and calcium balance. *Am J Clin Nutr* 1985; 41: 254-63.
22. Ettinger B, Genant HK, Cann CE. Postmenopausal bone loss is prevented by treatment with low-dosage estrogen with calcium. *Ann Intern Med* 1987; 106: 40-5.
23. Riggs BL, Wahner HW, Melton LJ, Richelson LS, Judd HL, O'Fallon WM. Dietary calcium intake and rates of bone loss in women. *J Clin Invest* 1987; 80:979-82.
24. Genant HK, Cann CE, Ettinger B, Gordon GS. Quantitative computed tomography of vertebral spongiosa: a sensitive method for detecting early bone loss after oophorectomy. *Ann Intern Med* 1982; 97: 699-705.

KNMG

KNMG-Info nummer 2 is uit



Het tweede nummer van KNMG-Info, het kwartaalblad voor medisch studenten, is uit. De inhoudsopgave vermeldt onder meer: Een samenvatting van de Beleidsnotities van het Landelijk Platform Geneeskundige Studentenorganisaties. Zeer informatief is het artikel van Drs. J. Eshuis over de mogelijkheden voor artsen om te gaan werken in ontwikkelingslanden. De Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband, de LAD, publiceert als eerste maatschappelijke vereniging in KNMG-Info een artikel over haar vele activiteiten, waaronder die speciaal gericht op de werkloosheidsproblematiek van artsen. Hierbij aansluitend is de serie 'Solliciteren moet je leren', waarvan in deze Info de eerste aflevering is opgenomen. Een 26-uurs Kerstdienst op een verloskunde-afdeling van een academisch ziekenhuis werd van uur tot uur verslagen door een aldaar werkzame zaalarts. Zesdejaars studente medicijnen Agnies Calkoen verhaalt over de stage stervensbegeleiding die zij in juni van dit jaar heeft gelopen op een speciale afdeling van een algemeen ziekenhuis in de Verenigde Staten. De vaste Infobrieven als Info-Special met waarnemingen van een huisarts en Vraagbaak ontbreken natuurlijk niet.

KNMG-Info kan door medisch studenten gratis worden besteld. Schriftelijk bij de KNMG-Ledenadministratie, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht of telefonisch, ook buiten kantooruren, via nummer 030-823201. Nummer 2 en voortaan alle volgende nummers van KNMG-Info worden dan per post naar het opgegeven adres verstuurd.

LAD

Principe-akkoord in de CAO AGGZ

In de afgelopen maand hebben binnen de sector ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) CAO-besprekingen plaatsgevonden. Onderwerp, een nieuwe CAO per 1 januari 1989. Leden van de LAD waren eerder in de gelegenheid gesteld hiertoe voorstellen in te dienen. Een aantal van hen heeft ook van die gelegenheid gebruik gemaakt. Inmiddels is tussen werknemers en werkgevers een principe-akkoord bereikt. Belangrijkste punten hieruit:

- Met ingang van 1 januari 1989 worden de salarissen met 1,25% verhoogd.
- De normale 'bedrijfstijd' wordt verlengd tot 22.00 uur. Echter, met aanspraak op onregelmatigheidstoeslag tussen 18.00 en 22.00 uur. Door de LAD werden hieraan voorwaarden verbonden, die er kort gezegd op neerkomen dat zij die thans in dienst zijn, niet hoeven in te stemmen met wijziging van de huidige werktijden.

- Werknemers van 57½ jaar en ouder komen in principe in aanmerking voor vrijstelling van bereikbaarheidsdiensten en overwerk.
- De vakantie-opbouw blijft bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid gedurende maximaal 6 maanden volledig in stand.

Eenmalige uitkering

Daarnaast is tijdens de besprekingen gebleken dat ± f 1.000.000 van de aanwezige financiële ruimte voor 1988 niet is benut. Het bestuur van de werkgeversvereniging (WAGG) acht het raadzaam deze ruimte nog in 1988 geheel te spenderen. Derhalve is alle aangesloten instellingen geadviseerd de medewerkers dit jaar ter gelegenheid van de feestdagen in december twee maal een uitkering van f 100 per werknemer (ongeacht de arbeidsduur) te verstrekken.

LAD

Nieuwjaarsreceptie op 4 januari

De LAD houdt op woensdag 4 januari 1989 een nieuwjaarsreceptie in de Domus Medica, Lomanlaan 103 te Utrecht, aanvang 16.00 uur. LAD-leden en belangstellende KNMG-leden zijn van harte welkom. Tijdens de receptie zal afscheid worden genomen van

voorzitter Aghina, die om statutaire redenen zijn bestuurslidmaatschap beëindigt. Vanzelfsprekend is er gelegenheid om kennis te maken met zijn opvolger, collega Levi, tot 31 december van dit jaar ondervoorzitter van de LAD.

UIT DE VERENIGINGEN

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 aan de KNMG t.a.v. de afdeling Public Relations, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht. De KNMG zorgt dan voor verdere afhandeling, zoals tekststroomlijning, publikatie en doorzending van reacties naar 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 afdeling Public Relations (onder vermelding van het desbetreffende servicenummer) of via het in de annonce genoemde telefoonnummer.

136. Arts, m, 42 jr, oude opleiding, meer dan 10 jaar ervaring als agnio op afdeling Interne van een perifeer ziekenhuis, zoekt vaste baan liefst in somatisch verpleeghuis. In bezit van certificaat cursus SSG. Reacties: tel. 02510-42424.

137. Basisarts, vr, 26 jr, artsexamen maart 1987. Ervaring: 3 maanden medisch-psychologisch onderzoek gynaecologie; 10 maanden chirurgie, 8 maanden intensive

care. Interesse: bedrijfsgeneeskunde of jeugdgezondheidszorg, tijdelijk werk geen bezwaar. Reacties: tel. 040-551874.

138. Basisarts, 33 jr, artsexamen 1982. Ervaring: consultatiebureau-arts, docente EHBO- en Rode Kruis-cursus, gewerkt als gezins/bejaarden/ziekenverzorger. Een half jaar huisartsopleiding gevolgd. Thans bezig met bijscholing huisarts. Interesse: tijdelijke baan als arts-assistent chirurgie, gynaecologie, psychiatrie, inwendige geneeskunde en of waarneming/assistentie in verpleeg- of bejaardenhuis. Reacties: tel. 033-806175.

139. Huisarts (oude stijl), vr, 39 jr, artsexamen 1975. Ervaring: van 1976-1982 huisarts-assistent in apotheekhoudende plattelandspraktijk; van 1982-1988 wetenschappelijk medewerker onderzoeksprojecten betreffende nascholing huisartsen en eerstelijns-samenwerking; van 1985 tot heden vaste waarnemer in stadshuisartspraktijk. Zoekt per 1 maart 1989 een huisartsassistentie van vaste waarneming voor enkel dag(de)len per week in het midden van het land. Reacties: tel. 03465-60351.

140. Basisarts, m, 24 jr, artsexamen augustus 1988. Breed georiënteerd door diverse keuzestages, ervaring in lesgeven. Interesse: arts-assistentie gynaecologie/obstetrie, interne geneeskunde, algemene heekkunde, orthopedie of huisartsassistentie van -waarneming. Tijdelijk werk geen bezwaar. Reacties: tel. 043-474332.

141. Huisarts, 37 jr, 2 jaar wisselassistentie, 3 jaar tropenervaring, net teruggekeerd uit Tanzania. Interesse: assistentschap of (langerdurende) waarneming, liefst niet in grote stad. Reacties: tel. 02152-53503.

142. Basisarts, 29 jr. Ervaring: 5 maanden poortarts voor alle specialismen in groot en druk Engels ziekenhuis (Accident and Emergency Department). Zoekt: assistentschap chirurgie of urologie. Reacties: tel. 080-236520.

143. Basisarts, 34 jr. Ervaring: 14 jaar verpleging waarvan 1 jaar ambulance-ervaring; 7 maanden wetenschappelijk stage-onderzoek urologie in 1986, waarvan twee publikaties zijn geaccepteerd. Zoekt: assistentschap urologie liefst in combinatie met onderzoek t.b.v. publikaties. Ook interesse in: chirurgie, cardiologie, inwendige geneeskunde en anaesthesiologie. Reacties: tel. 04104-74424.

144. Basisarts, 26 jr, vr. Artsexamen november 1988. Interesse: kindergeneeskunde, gynaecologie en verloskunde, interne geneeskunde. Reacties: tel. 010-4861109.

145. Basisarts, 28 jr, artsexamen mei 1988. Interesse: arts-assistentie chirurgie, gynaecologie en verloskunde in het kader van de opleiding tot tropenarts. Reacties: tel. 080-227451.

146. Basisarts, vr, 40 jr. Ervaring: wetenschappelijk onderzoek, pathologische anatomie, geriatrie. Zoekt: arts-assistentie dermatologie, oogheelkunde, cardiologie, chirurgie, neurologie of aanstelling in medisch centrum of wetenschappelijke instituut. Reacties: tel. 070-851044.

147. Basisarts, 27 jr, artsexamen november 1987. Ervaring: 1 jaar arts-assistent anesthesie in het Verenigd Koninkrijk. Zoekt werk als agnio bij cardiologie, chirurgie, interne of pulmonologie, poort- of IC-arts. Reacties: tel. 045-723008.

LHV

Intentieverklaring met Promedico

Op 28 november jl. is in het kader van het LHV-automatiseringsbeleid een intentieverklaring ondertekend door de LHV en de gebruikersvereniging Promedico. Na Orghis en EGO is Promedico de derde gebruikersvereniging waarmee de LHV een intentieverklaring afsluit. Het software-pakket Promedico is ontwikkeld voor apotheekhoudende huisartsen en omvat een basis- en een apotheekmodule.

Namens de gebruikersvereniging ondertekende secretaris R. Pierik (links op de foto) de intentieverklaring. Voor de LHV ondertekende voorzitter A. M. C. van de Zandt.

