WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST
TEL. 030 - 823911

MC

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

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

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

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

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

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

Druk
Tijl Offset, Zwolle

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

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

NOTU VAKTIJDSCHRIFTEN Lid Nederlandse organisatie van Tijdschrift-Uitgevers (NOTU)

Jaargang 49 / 13 mei 1994

MEDISCH CONTACT

631 *C. Spreeuwenberg*
Een 'task force' geriatrie

633 *S.A. Duursma en W.H.L. Hoefnagels*
De ontwikkeling van de geriatrie. De Nederlandse universiteiten en academische ziekenhuizen onder de loep

636 *M.B.M. Soethout*
Geriatrieonderwijs in de basisartsopleiding van de Vrije Universiteit. Volop in ontwikkeling

638 *J.C. Gerritsen en M.J. Dekker*
Stagnatie in de klinische geriatrie. Vooroordelen en budgettering

641 *C.C. Koning en M. Fahrenfort*
Consultatie van verpleeghuisartsen in algemene ziekenhuizen. Een manier om de ouderenproblematiek op te lossen

643 *Th. Collijn en A. Kerkstra*
Consultatie bij complexe geriatrische problematiek. Het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam

646 *L.J.A. Oomen*
Verouderen in noord en zuid. Culturele en sociaal-economische verschillen

648 *J. Lucieer*
Psychiatrie in Zweden. Verslag van een studiereis

651 *J.K. van Wijngaarden*
Wetgeving gezondheidszorg. Bestrijding van infectieziekten. De bescheiden rol van de wetgeving

653 *J.C.J. Dute*
Wetgeving gezondheidszorg. Wettelijke regels voor de infectieziektenbestrijding. Sluitstuk van preventie

En verder:

• 630 Brieven • 632 Voorzitterscolumn LSV • 655 Uitspraak •
• 657 Boeken • 659 Officieel • 660 Agenda•

KOPIJ OP DISKETTE

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



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

IN CONTACT

Plaatsen van bijdragen in de rubriek 'In Contact' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen wordt schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

Lasers op het oog

Het commentaar van hoofdredacteur Spreeuwenberg (MC nr. 8/1994, blz. 251) op het artikel over de Werkgroep Excimer Laser Chirurgie in de oogheelkunde: "Excimerlaserchirurgie. Structuur en doelstelling Nederlandse werkgroep" (MC nr. 8/1994, blz. 265) nodigt uit tot het geven van enige toelichting:
Het in februari geplaatste artikel was door de werkgroep in augustus 1993 geaccepteerd voor publikatie in Medisch Contact. Het rapport van de Gezondheidsraad 'Lasers op het oog' verscheen in november 1993 en bevat een aantal aanwijzingen over het toepassen van de excimerlasertechniek, die niet in het gepubliceerde artikel in Medisch Contact waren verwerkt. Zoals collega Spreeuwenberg, terecht, uit het rapport van de Gezondheidsraad citeert, dient de fotorefractieve keratectomie (PRK) voor myopie aan een goed uitgevoerde evaluatie onderworpen te zijn, nauwkeurig gevolgd door het Staatstoezicht. Welnu, dat is nu juist de doelstelling van de door oogartsen die zich met deze nieuwe techniek bezighouden opgerichte werkgroep. De werkgroep heeft indicaties en uitsluitcriteria geformuleerd. De 6-, 12- en 24-maands resultaten worden collectief verwerkt en vergeleken. Een complicatieregistratie is opgezet en er zijn regelmatige besprekingen van de studiegroep. Deze zorgvuldige evaluatie van de resultaten is in overeenstemming met de eisen zoals die door de FDA in de VS zijn geformuleerd voor wat betreft het excimeronderzoek. Onderzoeken in Zweden, Duitsland en de VS tonen aan dat Spreeuwenbergs twijfels aan de effectiviteit van de PRK ongegrond zijn.
Indachtig deze informatie heeft de Werkgroep Excimer Laser Chirurgie zelf de eisen van 'good clinical practice' gesteld om deze nieuwe technologie in een Nederlands multicentre trial te evalueren. De ingezonden toelichting op de activiteit van de werkgroep heeft dat nu juist uiteengezet, maar de hoofdredacteur lijkt daar weinig waardering voor te tonen.

Rotterdam, april 1994
W.H. Beekhuis, oogarts



Defensief of agressief?

Graag wil ik reageren op de reactie 'Medisch handelen: defensief of agressief' van de collegae Van der Werf en Stegeman (MC nr. 8/1994, blz. 250). Hierin reageren zij weer op mijn reactie (MC nr. 1/1994, blz. 44) op een uitspraak van het Medisch Tuchtcollege Amsterdam (MC nr. 46/1993, blz. 1457).
In mijn reactie kritiseerde ik met name het feit dat men de huisarts veroordeelde omdat hij na ongeveer anderhalve dag de diagnose 'malaria' verifieerde. Mijn veronderstelling was, dat hij bij het eerste contact wel aan malaria dacht, maar een 'gewoon' virus veel waarschijnlijker achtte, op grond van het klinische beeld en de anamnese. Dat de collegae Van der Werf en Stegeman direct maar concluderen dat malaria voor mij als huisarts een uitzonderlijke ziekte is en dat ik niet op de hoogte ben van de huidige incidentie van malaria, verbaast mij zeer, omdat dat absoluut niet uit mijn reactie te lezen valt. Bovendien is bij iedere leek (dus misschien ook wel bij iedere arts?) bekend, dat malaria binnen korte tijd dodelijk kan verlopen en dat malariaprofylaxe niet 100% zekerheid biedt.
Wat hun opvatting over het animo van studenten voor tropengeneeskunde betreft: ik denk dat men dit veeleer uit belangstelling doet dan om een leemte op te vullen. Als men deze uitspraak van het tuchtcollege volgt, moet men bij ieder ziek klein kind met koorts een lumbaalpunctie doen om meningitis uit te sluiten, die atypisch verloopt; dit kan namelijk ook binnen korte tijd dodelijk verlopen. Dan spreek ik natuurlijk over een situatie waarin het hele klinische beeld de diagnose 'meningitis' niet aannemelijk maakt.
Concluderende vind ik het jammer, dat de Groninger collegae conclusies uit mijn reactie trekken die er absoluut niet uit te halen zijn. Misschien komt dat doordat er in hun kliniek een discussie gaande is over het curriculum, waar te weinig tropengeneeskunde in voorkomt? (Ik weet het niet.) Dat is voor mij het 'luchtje' dat aan hun reactie zit. •

Winterswijk, april 1994
W.J.P. van Walsem

Bij de voorplaat

De bezetene(n) van Gadara

Hoewel het onderschrift verwijst naar Mattheüs 8:28-33, waar sprake is van "twee van den duivel bezetenen, ... die zeer wreed waren, alzo dat niemand door dien weg kon voorbij gaan" en die woonden bij de graven in het land der Gergesenen, volgt Pieter Schut in zijn prent de redactie van 'dokter Lukas', die spreekt over "een zeker man uit de stad, die van over langen tijd met duivelen was bezeten geweest, en was met geen klederen gekleed, en bleef in geen huis, maar in de graven" (Lukas 8:26-39). Het exorcistische tafereel is inderdaad gesitueerd tegen de achtergrond van een stad (met obelisk!), met op de voorgrond Christus en de bezetene bij wie in een rooksliert twee gevleugelde figuren (de duivel als gevallen engel) ontsnappen. De houding van de bezetene herkent men ongetwijfeld als een stereotiepe weergave van de duivel zelf, uit wiens mond een steekvlam schiet; de geschiedenis van de reclame voor middelen die mentol bevatten (groen als duivelskleur en de hete adem als vlam) biedt legio - N.B. Volgens Lukas de naam van de bezetene! - voorbeelden. Dat de duivelen, overigens op verzoek van de bezetene en dus van de duivelen zelf, op een kudde zwijnen worden overgedragen, zou een prachtige opstap bieden naar een beschouwing over de parallel met behandelingsrituelen bij sommige animistische culturen: voor Pieter Schut bood het een dankbaar thema om zijn triptiek te completeren met de afbeelding van de dolgeworden zwijnen op het bergplateau: "En de kudde stortte van de steilte af in het meer, en verstoorde."
(Mattheüs 8:28-33, Markus 5:1-20, Lukas 8:26-39) •

Prof.dr M.J. van Lieburg

Een 'task force' geriatrie

BIJ DE OPENING van de serie over geriatrie constateerde Sipsma vorig jaar dat iedereen positief is over zijn specialisme, maar dat de ontwikkeling desondanks veel te traag verloopt.[1] Hij stelde de KNMG voor een 'task force' in te stellen en deze op te dragen op korte termijn een deltaplan voor de geriatrie te ontwikkelen.
Is het waar dat iedereen positief is? Is er geen sprake van lippendienst? Mij is de laatste weken juist opgevallen dat een aantal mensen uit onze sector mij vroeg wat ik nu werkelijk van de geriatrie vind. Zowel wel uit New York als uit Polen vernam ik van geriaters die hun werkterrein naar jeugdigen uitbreiden. Wijst dat niet op een crisis? Kan de geriatrie niet door de algemeen internist worden uitgeoefend en is de algemeen internist niet de huisarts onder de specialisten? Geopperd wordt dat het feit dat de bevolking vergrijst op zich een onvoldoende argument is om een apart specialisme in te stellen en dat internisten, huisartsen en verpleeghuisartsen de medische zorg aan ouderen toch voldoende moeten dekken. Zo stellen mw Koning en mw Fahrenfort deze week in MC het alternatief om in algemene ziekenhuizen verpleeghuisartsen als consulent voor de problematiek van oudere patiënten in te schakelen aan de orde.
Wanneer is er sprake van een specialisme? Formeel natuurlijk als het als specialisme door de KNMG is erkend. Om erkenning te verwerven wordt geen vaste lijst met welomschreven criteria gehanteerd. Aspecten die bij de aanvraag om een erkenning worden gewogen zijn de aanwezigheid van een eigen wetenschapsdomein, een specifieke toepassing van medische kennis en kunde, de reeds ontwikkelde praktijksituatie, de behoefte aan het specialisme, de aanwezigheid van een eigen specifieke beroepsopleiding en een dusdanig aantal beroepsbeoefenaren dat de opleidingsstructuur en de daaraan te koppelen borgingsmechanismen gewaarborgd zijn.
De wetenschappelijke vereniging van artsen werkzaam in de ouderenzorg is de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie (NVvG). In 1993 telde deze vereniging 187 leden.[2] Ze heeft zichzelf de opgave gesteld op het maatschappelijk vraagstuk van de vergrijzing een inhoudelijk medisch antwoord te bieden.[3] De geriatrie is dus sterk praktijkgericht en is hierbij nauw gelieerd met de wetenschap van verouderingsprocessen, de gerontologie. Van de leden is 20% betrokken bij wetenschappelijk onderzoek. Zorg en beleid, mobiliteit en vallen, hart- en vaatziekten, en dementie en cognitieve stoornissen voeren de hitlijst met onderwerpen van onderzoek aan. Zelfs in de academische centra ontbreekt een infrastructuur voor geriatrisch onderzoek, die tenminste twee wetenschappelijk medewerkers in vaste dienst en één persoon voor ondersteuning zou moeten omvatten.[2] De academische positie is dus zwak, en dat wordt er nog erger op als ook de gerontologie uit Leiden verdwijnt.
Na veel voorbereidend werk door de internist Schreuder en de cardioloog Van Nieuwenhuizen en na politieke druk besloot het Centraal College in september 1982 tot de erkenning van het specialisme geriatrie. Met die erkenning werd de specifieke beroepsopleiding tot klinisch geriater ingesteld. Deze neemt drie jaar in beslag waarvan één jaar dient te worden besteed aan de psychogeriatrie. De specifieke opleiding

C. Spreeuwenberg

moet worden voorafgegaan door een opleiding in de inwendige geneeskunde van tenminste twee jaar. De kennis van de geriatrie en gerontologie is neergelegd in een stevig, als 'inleiding' aangeduid, leerboek.[4] De ruimte voor geriatrie in het basiscurriculum varieert sterk per medische faculteit. Geen van de opleidingen kent een verplicht co-assistentschap geriatrie.
De hamvraag is natuurlijk hoe groot de werkelijke maatschappelijke behoefte aan dit specialisme is. Gerritsen en Dekker zeggen in hun artikel in dit nummer dat de waarde ervan zo langzamerhand onomstreden lijkt. Tegen het argument dat de klinische geriatrie geen resultaten boekt brengen ze in dat een experimenteel onderzoek naar de effecten van een geriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (GAAZ) in Amerika een lagere mortaliteit, een geringer aantal ontslagen naar verpleeghuizen, minder ziekenhuisopnames na ontslag, minder functionele beperkingen en een hoger welbevinden liet zien. Van Es schreef indertijd ter gelegenheid van de instelling van het specialisme dat de multipele problemen van veel bejaarden dwingen tot een multidisciplinaire aanpak.[5] In die aanpak zouden niet alleen klinisch-somatische klachten die specialismen overschrijden, maar ook sociale en psychologische problemen moeten worden opgelost.
Nu, elf jaar later, moet worden vastgesteld dat de klinische geriatrie niet is gegroeid, zoals werd gehoopt. Er zijn thans 13 GAAZ'en operationeel. In een groot aantal regio's zijn deze afdelingen niet aanwezig en in sommige regio's bestaat ook geen voornemen een GAAZ op te richten. Het is goed nog eens terug te lezen dat Van Es reeds waarschuwde voor een al te groot optimisme. Hij noemde als voorwaarde voor groei naar een situatie dat elk algemeen ziekenhuis over een GAAZ zou kunnen beschikken, dat de geriatrie erin zou slagen aantrekkelijk te worden voor de eerstelijns gezondheidszorg. Hij beschouwde dit als een uitdaging en een risico. Op dit punt geldt voor de geriatrie hetzelfde als voor een ander integrerend specialisme, de revalidatiegeneeskunde. Om de een of andere reden zijn deze klinische gebieden er onvoldoende in geslaagd de aandacht van huisartsen te trekken en hen van hun meerwaarde te overtuigen. Komt dit doordat onbekend ook onbemind maakt, doordat de huisarts vooral behoefte heeft aan een medisch-technisch specialistisch advies en niet aan een 'integrerende' concurrent in het ziekenhuis, of doordat de meerwaarde in ons land niet zo duidelijk is als wordt beweerd? Voorlopig neig ik tot de eerste verklaring. Geriaters werken in een klinische omgeving. Het zou heel goed kunnen zijn dat zij zich voor hun erkenning meer richten op het ziekenhuis dan op de eerste lijn.
Als de geriaters de erkenning willen hebben die ze claimen, ligt het niet voor de hand aan de KNMG te vragen een 'task force' in te stellen. De klinisch geriaters zelf zullen hun directies, hun collegae in het ziekenhuis, het verpleeghuis en de thuiszorg, de directies van ziekenhuizen en de verzekeraars moeten overtuigen van hun gelijk. Anno 1994 lukt dit niet meer zonder aangetoonde klinische resultaten en kosten-effectanalyses en het opbouwen van netwerken van relaties. Geriaters, stel uzelf deze taak! •

Literatuur

1. Sipsma DH. Fata Geriatrica. Medisch Contact 1993; 48: 1115.
2. Lighthart GJ, Jansen PAF, Fockert JA de. Wetenschappelijk onderzoek in de geriatrie. Medisch Contact 1993; 48: 1232-3.
3. Hupkens PEM, Schaling W. De rol van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie. Medisch Contact 1993; 48: 1303-4.
4. Euldering F. Heeren TJ, Knook DL, Lighthart GJ. Inleiding Gerontologie en Geriatrie. Houten/Zaventhem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.
5. Es JC van. Geriatrie, een specialisme. Medisch Contact 1983; 38: 35.

• KNMG • LHV • LSV • LAD • LVSG •

Specialist wil meer verantwoordelijkheid

Enkele weken geleden hebben de besturen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Landelijke Specialisten Vereniging hun goedkeuring gegeven aan een praktisch werkmodel om de samenwerking specialist-ziekenhuismanagement verder gestalte te geven. U heeft daarover meer kunnen lezen in Medisch Contact nr. 17 (MC nr. 17/1994, blz. 564).
Sinds de invoering van de budgetfinanciering van de ziekenhuizen in 1983 heeft de LSV zich ingespannen om tot samenwerkingsmodellen in de ziekenhuizen te komen. In dat kader is door - toen nog - de NZR en de LSV een intentieverklaring opgesteld en zijn later, met name in samenspraak met prof.dr A.P.W.P. van Montfort, modellen ontwikkeld voor wat genoemd wordt managementparticipatie van medisch specialisten in ziekenhuizen.
Deze ontwikkelingen gaven toen al aan dat medisch specialisten de noodzaak van samenwerking met het ziekenhuismanagement inzagen op grond van hun maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en doelmatigheid van de gezondheidszorg. In vrijwel alle ziekenhuizen in Nederland is sindsdien de betrokkenheid van de medisch specialisten bij het reilen en zeilen van het ziekenhuis aanzienlijk toegenomen. Helaas hebben de specialisten nagelaten deze inzet voor de 'buitenwereld' (met name richting verzekeraars en politiek) zichtbaar te maken. Dit heeft ertoe geleid dat tot op de dag van vandaag velen van mening zijn dat de medisch specialist geen maatschappelijke verantwoordelijkheid voor het medisch handelen en de financiële gevolgen daarvan wenst te dragen. Niets is echter minder waar!
Het praktisch werkmodel voor het maken van volume-afspraken in de ziekenhuizen is hiervoor het meest recente bewijs. Daarin is aangegeven hoe aan het begin van ieder begrotingsjaar op basis van gelijkwaardigheid tussen medische staf en ziekenhuismanagement afspraken over het zorgvolume worden gemaakt als basis voor het tripartiete overleg met zorgverzekeraars. Door het maken van volumeafspraken vooraf krijgen de verzekeraars en dus ook de overheid een beter inzicht in de kosten van de zorgverlening en in de hoeveelheid zorg die voor de afgesproken hoeveelheid geld mag worden verwacht. Hierdoor kan in belangrijke mate tegemoet worden gekomen aan de mijns inziens terechte maatschappelijke roep om inzichtelijkheid in de kosten van de specialistische gezondheidszorg.

F.M.L.H.G. Palmen

Voor de toekomst wil de medisch specialist nog meer bijdragen aan de inzichtelijkheid van de kosten. Met de NVZ is afgesproken te werken aan een gelijkgericht systeem van parameters voor ziekenhuizen en specialisten. Gedacht wordt aan een systeem van zorgprodukten en prijzen die - anders dan in de huidige situatie - een reële afspiegeling vormen van de bedrijfseconomische produktiekosten voor ziekenhuizen en specialisten. Wat de specialisten betreft, moet dit worden gebaseerd op het principe 'loon naar werken'. Naar mijn oordeel moet het mogelijk zijn een dergelijk systeem met een overzichtelijk aantal 'produkten' in niet al te lange tijd te ontwikkelen. Gedacht kan worden aan een aantal van tachtig, een aantal dat ook de Commissie Curatieve Zorg in haar rapportage noemt. Dit systeem van produktprijzen sluit goed aan op het LSV-voorstel voor een honoreringsstructuur voor medisch specialisten.
Door het maken van volumeafspraken over de hoeveelheid te leveren zorg wordt voldaan aan de maatschappelijke wens tot inzichtelijkheid en toetsbaarheid van het medisch handelen van de specialist. Daardoor vervalt de directe noodzaak de specialist ondergeschikt te maken aan het management van het ziekenhuis met een arbeidscontract of een zorgverleningsovereenkomst, zoals uitvoerig is beschreven door de commissie-Biesheuvel.
Ik verwacht voor bovengenoemd systeem een breed draagvlak onder medisch specialisten en ook bij anderen, te meer daar nu met de NVZ zo snel overeenstemming is bereikt.
Over hetgeen de LSV en de NVZ zijn overeengekomen moeten nog wel nadere afspraken met verzekeraars en overheid worden gemaakt. Deze vorm van volumeafspraken verdraagt zich namelijk niet met de huidige vorm van budgettering van de ziekenhuizen en met het macrobudget voor de honorering van de specialisten, met tariefkortingen achteraf bij overschrijding van structureel te lage ramingen. Zo zal, is mijn mening, de aanbodbudgettering moeten komen te vervallen. De financieringssystemen van ziekenhuizen en specialisten echter zullen op reële ramingen van de zorgbehoeften moeten worden afgestemd. Indien er, zoals de laatste jaren het geval is geweest, te weinig geld beschikbaar wordt gesteld om aan de reële zorgbehoeften te voldoen, zijn toenemende wachtlijsten te verwachten. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt dan bij de overheid. Het is de overheid die moet vaststellen welke vormen van zorg collectief moeten worden gefinancierd; de specialist bepaalt welke zorg zinnig is, kwalitatief verantwoord en doelmatig.
In het Platform Curatieve Zorg zullen over deze basisprincipes uitspraken moeten worden gedaan. Gezien de eerste discussies binnen het platform, ben ik optimistisch over de uitkomsten ervan, die omstreeks 1 juli worden verwacht. Als partijen zich daarin kunnen vinden, ben ik hoopvol over de toekomst van de medisch-specialistische gezondheidszorg in Nederland. •

F.M.L.H.G. Palmen, voorzitter LSV

De ontwikkeling van de geriatrie

Nederlandse universiteiten en academische ziekenhuizen onder de loep

S.A. Duursma en W.H.L. Hoefnagels

De eerste afdeling Geriatrie in ons land dateert van veertig jaren her, de erkenning van het specialisme klinische geriatrie van tien jaar geleden. Toch is de ontwikkeling van dit specialisme nog maar net op gang gekomen. Wat is op dit vlak de bijdrage van onze universiteiten en academische ziekenhuizen geweest?

HET BERUST OP toeval dat het tweede lustrum van het specialisme klinische geriatrie in Nederland samenviel met het Europese Jaar voor de Ouderen. Ten tijde van de erkenning van het specialisme, in 1983, kon niet worden voorzien dat tien jaar later internationaal zo nadrukkelijk aandacht zou worden gevraagd voor de maatschappelijke veranderingen als gevolg van de snelle groei van het aantal oude mensen.

De geneeskunde is één van de gebieden waarop de invloed van deze veranderingen tot uiting komt. Zij wordt geconfronteerd met oude patiënten die ten dele kunnen worden behandeld binnen de bestaande voorzieningen en ten dele speciale voorzieningen behoeven, zoals de klinische geriatrie die biedt. Klinische geriatrie is dat deel van de geneeskunde dat is gericht op patiënten met een hoge biologische leeftijd die in hun functioneren worden belemmerd of bedreigd door acute of chronische aandoeningen van somatische en/of psychische aard, waardoor zij veelal ook in hun sociale bestaansmogelijkheden worden bedreigd. De verscheidenheid van de problematiek van deze patiënten maakt een 'brede' opleiding van klinisch geriaters noodzakelijk en vraagt een nauwe samenwerking tussen de klinisch geriater en andere disciplines bij de diagnostiek, observatie, behandeling en advisering van deze patiënten.

Wil een maatschappij de te verwachten problemen tijdig opvangen, dan zijn wetenschappelijk onderzoek, ontwikkelingsonderzoek en onderwijs in het betreffende gebied noodzakelijk. De klinische geriatrie vormt hierop geen uitzondering. Om tegemoet te komen aan de problemen van oude patiënten dienen alle artsen hiermee tijdens hun universitaire opleiding te worden geconfronteerd. Het medisch-biologisch wetenschappelijk onderzoek aan de universiteiten zal enerzijds de veranderingsprocessen bij veroudering moeten bestuderen, anderzijds zal onderzoek moeten worden verricht naar diagnostische en therapeutische mogelijkheden voor de specifieke problematiek van deze patiënten.

Stand van zaken

Het is zinvol veertig jaar na de opening van de eerste afdeling Geriatrie en tien jaar na de erkenning van het specialisme klinische geriatrie in Nederland na te gaan op welke wijze de universiteiten en academische ziekenhuizen hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de klinische geriatrie.

Amsterdam

Vrije Universiteit

Aan de Vrije Universiteit zijn recent twee bijzondere leerstoelen geriatrie ingesteld.* De ene leeropdracht is gericht op het onderwijs en wetenschappelijk onderzoek, de andere op de evaluatie van de klinische aspecten van de geriatrie. De procedure tot de benoeming van de hoogleraren is gaande. Hoewel niet tot het directe werkgebied van de klinische geriatrie behorend, zij hier opgemerkt dat aan de Vrije Universiteit tevens een bijzondere leerstoel in de ouderenpsychiatrie is ingesteld.

Het onderwijs in de gerontologie en geriatrie wordt in de eerste fase van de artsopleiding verzorgd in het blok 'Ouder worden'. Hieraan werken verschillende vakgroepen mee, onder voorzitterschap van de vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde.

Het wetenschappelijk onderzoek in de klinische geriatrie moet nog worden ontwikkeld, doch dient aan te sluiten bij de bestaande onderzoeklijnen van het medisch-biologisch cluster van de faculteit. Het onderzoek moet met name zijn gericht op thema's betreffende preventie, epidemiologie, gezondheidsvoorlichting of evaluatie van zorg.

Academisch Ziekenhuis bij de Vrije Universiteit

Het Academisch Ziekenhuis bij de Vrij Universiteit beschikt niet over een afdeling Geriatrie. Voor de ontwikkeling van de klinische en poliklinische patiëntenzorg wordt samengewerkt met de afdeling Geriatrie van het Slotervaart Ziekenhuis. In de Valeriuskliniek, onderdeel van het Psychiatrisch Centrum Amsterdam, worden patiënten behandeld met gedragsstoornissen in het kader van dementie. Voorbereidingen worden getroffen te komen tot een psychogeriatrisch netwerk met de Vrije Universiteit, het Academisch Ziekenhuis van deze universiteit, het Psychiatrisch Centrum Amsterdam, de RIAGG Zuid/Nieuw West en het Slotervaart Ziekenhuis.

Universiteit van Amsterdam

Deze universiteit beschikt niet over een leerstoel voor geriatrie. Het onderwijs in de eerste fase van de artsopleiding maakt deel uit van het blok 'Levensfasen en seksualiteit'. Tijdens de tweede fase van de opleiding bestaat de mogelijkheid tot het volgen van een keuze co-assistentschap bij de afdeling Geriatrie van het Slotervaart Ziekenhuis.

Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

Het Academisch Medisch Centrum (AMC) beschikt niet over een afdeling Geriatrie.

Groningen

Rijksuniversiteit Groningen

Sedert 1992 beschikt de Rijksuniversiteit Groningen over een bijzondere leerstoel geriatrie. Het onderwijs voor de artsopleiding wordt in de eerste fase verzorgd in twee blokken: één in het tweede en één in het vierde studiejaar. De mogelijkheid bestaat een keuze co-assistentschap geriatrie te volgen in een algemeen ziekenhuis.

Het wetenschappelijk onderzoek maakt deel uit van het programma van het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, thema 'Determinanten van zorg'. Daarnaast vindt onderzoek plaats in samenwerking met de vakgroep Huisartsgeneeskunde in de 'Groningen Longitudinal Ageing Study'. Er zijn plannen om het onderzoek in samenwerking met Bewegingswetenschappen naar de relatie tussen fitheid en validiteit uit te breiden.

Academisch Ziekenhuis Groningen

Het Academisch Ziekenhuis Groningen beschikt niet over een afdeling Geriatrie. Evenmin zijn er tekenen dat hierin op korte termijn verandering zal komen. Gesprekken worden gevoerd over het mogelijk instellen van een polikliniek ➡

* Een bijzondere leerstoel kan worden ingesteld door een stichting, vereniging of andere rechtspersoon. Een gewone leerstoel is ingesteld door de universiteit.

Geriatrie. Er bestaan plannen om een afdeling Geriatrie in te stellen bij een van de algemene ziekenhuizen in de stad, waarbij samenwerking tot stand zal komen met de Rijksuniversiteit Groningen.

Leiden

Rijksuniversiteit Leiden

Aan de Rijksuniversiteit Leiden vindt een gedachtenwisseling plaats over de wenselijkheid een leerstoel geriatrie in te stellen; onduidelijk is hoe het besluit zal uitvallen. Ten behoeve van de versterking en verdere ontwikkeling van het onderwijs in de gerontologie en geriatrie is een onderwijscoördinator aangesteld. Het onderwijs is in de eerste fase van de artsopleiding geconcentreerd in een blok, waarbij verschillende vakgroepen colleges verzorgen. De mogelijkheid om in de eerste fase een wetenschappelijke stage te volgen is aanwezig. In de tweede fase van de opleiding is het niet mogelijk een keuze-co-assistentschap in de geriatrie te volgen. Het wetenschappelijk onderzoek is ondergebracht in de sectie Gerontologie van de vakgroep Pathologie. Naast een bijzonder hoogleraar gerontologie omvat de formatie vier wetenschappelijk medewerkers. In het 'Leidse 85+-onderzoek' worden sinds 1986 bij alle inwoners van Leiden ouder dan 85 jaar gegevens verzameld betreffende de prevalentie van ziekten/handicaps, de woonsituatie, de hulpbehoevendheid en leeftijdspecifieke referentiewaarden. Voorts wordt onderzoek gedaan naar de preventieve effecten van influenzavaccinatie bij ouderen.

Academisch Ziekenhuis Leiden

Het Academisch Ziekenhuis Leiden beschikt sinds 1983 over een polikliniek Geriatrie, die een onderdeel vormt van de afdeling Interne Geneeskunde. De polikliniek wordt geleid door twee internisten; aan de besprekingen van de patiënten nemen tevens deel: een psychiater, een neuroloog, een verpleeghuisarts en een maatschappelijk werker. Het ziekenhuis beschikt niet over een klinische afdeling Geriatrie.

Nijmegen

Katholieke Universiteit Nijmegen

Aan de Katholieke Universiteit Nijmegen is recent een leerstoel klinische geriatrie ingesteld. Het onderwijs in de eerste fase van de artsopleiding wordt verzorgd in een collegeblok 'De bejaarde patiënt', waaraan verschillende specialismen deelnemen. In deze fase wordt tevens intra- en interfacultair keuzeonderwijs over veroudering geboden. De thans plaatsvindende herstructurering van het curriculum is erop gericht in de eerste fase van de opleiding tot arts onderwijs te verzorgen in de geriatrie en gerontologie. In de tweede fase kan een keuze-co-assistentschap en/of een wetenschappelijke stage geriatrie worden gevolgd.

Het wetenschappelijk onderzoek in de geriatrie is onderdeel van het facultaire zwaartepunt 'Chronische ziekten en veroudering'. Doel daarvan is het ontwikkelen van wetenschappelijke vorming van artsen in opleiding tot klinisch geriater en het ontwikkelen van wetenschappelijk onderzoek in de geriatrie. Het programma richt zich op de epidemiologie en effecten van geneesmiddelen (met name diuretica), dehydratie en vitamine B12-deficiëntie. Het onderzoek wordt gesubsidieerd door het Nederlands Stimuleringsprogramma Ouderenonderzoek en is beschreven in het 'Nijmegen NESTOR programme on geriatric clinical pharmacology'.

Academisch Ziekenhuis Nijmegen St Radboud

Het Academisch Ziekenhuis St Radboud beschikt sinds 1988 over een afdeling Geriatrie met 12 bedden, in 1994 uit te breiden tot 22 bedden. De stafformatie omvat 3,5 formatieplaatsen voor klinisch geriaters. In deeltijdaanstelling zijn verder aan de afdeling verbonden: een gerontopsycholoog, een gerontopsychiater en een neuroloog. Jaarlijks worden in de kliniek 120 patiënten opgenomen, worden poliklinisch 150 eerste- en 800 herhalingsconsulten verricht en worden 150 consulten verzorgd bij andere afdelingen. De 'geheugenpolikliniek' is gericht op de diagnostiek en behandeling van geheugenklachten.

Maastricht

Rijksuniversiteit Limburg

De Rijksuniversiteit Limburg heeft besloten tot het instellen van een bijzondere leerstoel geriatrie. In de eerste fase van de artsopleiding is in het tweede studiejaar het onderwijs in de geriatrie ondergebracht in een thematisch, probleemgestuurd blok 'De jaren die tellen'. Voor studenten in de eerste en tweede fase van de opleiding bestaat de mogelijkheid om gedurende zes weken naar keuze deel te nemen aan het onderwijsblok 'Klinische geriatrie' of 'Ouderenpsychiatrie'. Ook is het mogelijkheid een keuze-co-assistentschap geriatrie van zes weken te volgen. Het wetenschappelijk onderzoek is nog van beperkte omvang en is vooral gericht op het functioneren van oude patiënten in het ziekenhuis.

Academisch Ziekenhuis Maastricht

In het Academisch Ziekenhuis Maastricht wordt sinds 1987 zorg verleend aan geriatrische patiënten in het kader van het 'flankerend geriatrisch beleid'. Hierbij wordt op verzoek van de behandelend arts aanvullende zorg verleend, gericht op de specifieke behoeften van de oude patiënt. Deze zorgverlening geschiedt door een behandelteam dat bestaat uit een internist, een psychiater, een revalidatiearts, een maatschappelijk werker, een fysiotherapeut en een activiteitentherapeut. Het team verricht consulten en medebehandelingen. Het flankerend geriatrisch beleid is ondergebracht bij de afdeling Interne Geneeskunde. De huidige formatie omvat tweeenhalve internist of geriater en één artsassistent. Jaarlijks worden 400 consulten of medebehandelingen verzorgd. Het ziekenhuis beschikt over een polikliniek Geriatrie; consulten worden verstrekt bij patiënten thuis en op de polikliniek Interne Geneeskunde. De poliklinische werkzaamheden omvatten 400 'eerste' en 2.000 'herhalingsconsulten' per jaar. Het ziekenhuis overweegt binnen enkele jaren een afdeling Geriatrie van beperkte omvang: 8 tot 12 bedden, op te zetten voor diagnostiek en observatie, en een afdeling met 24 tot 36 bedden voor langdurig verblijf.

Rotterdam

Erasmus Universiteit Rotterdam

De Erasmus Universiteit Rotterdam beschikt niet over een leerstoel geriatrie. Aan de universiteit is wel een bijzondere leerstoel voor de ouderenpsychiatrie gevestigd. Het onderwijs voor de artsopleiding wordt verzorgd in een blok 'Veroudering, somatisch, psychisch en sociaal', dat in het laatste jaar van de eerste fase wordt gegeven. De mogelijkheid tot het verrichten van een wetenschappelijke stage geriatrie is aanwezig. In de tweede fase kan een keuze-co-assistentschap 'verpleeghuisgeneeskunde/geriatrie' worden gevolgd.

Het wetenschappelijk onderzoek is nog nauwelijks ontwikkeld. Het lopende onderzoek is gericht op 'multidisciplinaire diagnostiek van geheugenstoornissen'.

Academisch Ziekenhuis Rotterdam

Het Academisch Ziekenhuis Rotterdam beschikt sinds 1986 over een polikliniek Geriatrie. De geriatrie vormt een integraal onderdeel van de afdeling Interne Geneeskunde. De twee leden van de staf ten behoeve van de geriatrie verrichten tevens consulten op de afdelingen Interne Geneeskunde. Gesprekken zijn gaande om de functie geriatrie van het ziekenhuis uit te breiden, zo mogelijk met erkenning voor een klinische afdeling.

Utrecht

Rijksuniversiteit Utrecht

Sinds 1991 beschikt de Rijksuniversi-

teit Utrecht over een leerstoel klinische geriatrie en gerontologie en sedert 1993 over een bijzondere leerstoel ouderenpsychiatrie. Het onderwijs voor de artsopleiding wordt in de eerste fase verzorgd in een blok in het derde studiejaar. Het onderwijs omvat voornamelijk patiëntendemonstraties en is sterk gericht op het ontwikkelen van vaardigheden en attitude bij de probleemgerichte benadering van de geriatrische patiënt.
Tijdens de eerste fase bestaat de mogelijkheid een wetenschappelijke stage in de geriatrie te volgen. Gedurende de tweede fase van de opleiding zijn voortdurend twee co-assistenten in de eerste periode van hun klinische opleiding geplaatst bij de afdeling Geriatrie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht. Daarnaast bestaat de mogelijkheid gedurende de laatste periode van de klinische opleiding tot het volgen van een keuze co-assistentschap op de afdeling Geriatrie of in een verpleeghuis.
Het wetenschappelijk onderzoek is nog van beperkte omvang. Belangrijkste reden hiervoor is het ontbreken van financiële ondersteuning voor het vormen van een personele en materiële infrastructuur voor het wetenschappelijk onderzoek. Het onderzoek is gericht op mobiliteit en veroudering en is verdeeld in een thema 'regulatie van de botmassa' en een thema 'regulatie van de spiermassa'. Het programma omvat zowel fundamentele als klinische onderzoeken. Daarnaast worden enkele projecten uitgevoerd in het kader van 'werkwijze en organisatie in de geriatrie'.

Academisch Ziekenhuis Utrecht
In 1992 werd in het Academisch Ziekenhuis Utrecht een nieuwe afdeling Geriatrie in gebruik gesteld. De afdeling omvat een kliniek met 24 bedden, een polikliniek Geriatrie en een consultatieve dienst voor consulten bij andere afdelingen in het ziekenhuis, bij patiënten thuis of in verpleeghuizen. De activiteiten van de polikliniek Botstofwisseling zijn opgenomen in de afdeling Geriatrie. Een samenwerkingsverband is aangegaan met vier verpleeghuizen en de afdeling Ouderenpsychiatrie van de Rümke Groep. De medische staf bestaat uit vijf specialisten, van wie vier eerst de opleiding tot internist hebben gevolgd en zich daarna hebben gespecialiseerd in de klinische geriatrie. De afdeling beschikt over vijf arts-assistenten en een psycholoog met een deeltijdaanstelling. De hoogleraar ouderenpsychiatrie, verbonden aan de Rümke Groep, verricht de consulten psychiatrie bij de afdeling Geriatrie. Binnen enkele jaren wil men de afdeling uitbreiden tot 36 bedden en een afdeling voor dagbehandeling opzetten.

Beschouwing

Hoewel de klinische geriatrie in Engeland en Zweden een grote vlucht heeft genomen en in eigen land ruim veertig jaar geleden de eerste afdelingen Geriatrie werden gevormd, is de ontwikkeling hier pas de laatste jaren op gang gekomen. Een belangrijke reden daarvoor vormt waarschijnlijk de met de internisten bestaande discussie of klinische geriatrie meer is dan interne geneeskunde voor oude mensen. De medische staven aan de universiteiten en academische ziekenhuizen hebben lange tijd geaarzeld bij het erkennen van de klinische geriatrie als zelfstandige discipline. De laatste jaren is een kentering zichtbaar ten gunste van de klinische geriatrie.
De eerste ontwikkelingen deden zich voor bij het geleidelijk opnemen van aspecten van veroudering in het curriculum voor de artsopleiding. Een logisch gevolg hiervan was een uitbreiding van dit onderwijs met klinische aspecten en veel voorkomende ziektebeelden bij oude mensen. De afgelopen jaren werd een aantal leerstoelen ingesteld, in enkele academische ziekenhuizen werden afdelingen Geriatrie geopend.
De verwachting is, dat deze tendens zal doorzetten, zij het dat dit proces op enkele plaatsen nog enige tijd in beslag zal kunnen nemen. Sturing is moeilijk, doch de belangrijkste invloed zou wel eens kunnen uitgaan van een gecoördineerde actie van de politiek, het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, en de zorgverzekeraars. Een actief erkenningsbeleid voor afdelingen Geriatrie aan alle academisch ziekenhuizen, met de daarbij behorende uitbreiding van de functie en de financiële middelen, mag worden beschouwd als een sterke stimulans om de geriatrie aan de universiteiten en academische ziekenhuizen verder tot ontwikkeling te brengen.
De belangrijkste reden om de klinische geriatrie aan de universiteiten een volwaardige positie te doen innemen is echter níet de behoefte aan behandelingscapaciteit voor de snel toenemende groep van oude patiënten. Het zijn de toegenomen kennis over het verouderingsproces, de adaptatiemechanismen bij veroudering, de veranderingen in de symptomatologie bij oude patiënten, de wijzigingen in de therapeutische mogelijkheden en de probleem- en functiegerichte benadering van de patiënten die de bevordering van de ontwikkeling van het specialisme rechtvaardigen.
De functie van de universiteiten en academische ziekenhuizen bij de ontwikkeling van de geriatrie is bij te dragen aan het onderwijs in de artsopleiding en het wetenschappelijk onderzoek. Een niet onbeduidende nevenfunctie is de bijdrage aan de opleiding van klinisch geriaters, in het bijzonder het kweken van toekomstige stafleden voor de universitaire centra. Het onderwijs in de geriatrie tijdens de artsopleiding heeft aan vrijwel alle universiteiten gestalte gekregen, zij het met een aanzienlijke verscheidenheid tussen de instellingen. De recent vastgestelde eindtermen voor het onderwijs in de geriatrie zullen in de komende jaren wellicht hun vruchten afwerpen. Bij het tot stand komen van de onderwijsprogramma's heeft de financiële ondersteuning van WVC aanzienlijk bijgedragen.
De ontwikkelingen ten aanzien van het wetenschappelijk onderzoek zijn somber te noemen. Voortdurende bezuinigingen, opgelegd aan de universiteiten maken nieuwe ontwikkelingen vrijwel onmogelijk. Dit proces wordt versterkt door de bestaande, door de overheid opgelegde onderzoekstructuur binnen de universiteiten: sterke onderzoekgebieden dienen te worden gestimuleerd, zwakke activiteiten moeten worden beëindigd en de beschikbare middelen mogen niet te zeer worden versnipperd over kleine onderzoekgebieden. In een dergelijke omgeving is het voor de geriatrie vrijwel onmogelijk een positie te verwerven. Geen van de universiteiten heeft middelen beschikbaar gesteld voor de vorming van een personele en financiële infrastructuur voor wetenschappelijk onderzoek in de geriatrie. De weinige leden van de staven van de klinische afdelingen Geriatrie aan de academische ziekenhuizen worden nu gedwongen zeer veel energie vrij te maken voor het moeizaam verwerven van externe financiering, veelal van bescheiden omvang, voor de door hen gewenste onderzoeksprojecten.

Conclusie

In de afgelopen jaren is de ontwikkeling van de geriatrie aan de universiteiten en in de academische ziekenhuizen in Nederland op gang gekomen. Het onderwijs ten behoeve van de artsopleiding heeft aan alle universiteiten een positie verkregen in het curriculum. Voor de klinische vorming van de aanstaande artsen zijn de mogelijkheden landelijk gezien nog onvoldoende.•

prof.dr S.A. Duursma,
hoogleraar medische gerontologie en geriatrie, Rijksuniversiteit Utrecht

prof.dr W.H.L. Hoefnagels,
hoogleraar klinische geriatrie, Katholieke Universiteit Nijmegen

Geriatrieonderwijs in de basisartsopleiding van de Vrije Universiteit

Volop in ontwikkeling

M.B.M. Soethout

Het geriatrieonderwijs vormt reeds een belangrijk onderdeel van de basisartsopleiding aan de Vrije Universiteit. De aanstelling van twee bijzonder hoogleraren klinische geriatrie concretiseert het streven naar uitbouw.

MET DE TOENEMENDE vergrijzing worden talrijke medische en sociaal-wetenschappelijke vraagstukken op het gebied van veroudering en geriatrische en psychogeriatrische aandoeningen actueel. Dit is voor de Vrije Universiteit en het Academisch Ziekenhuis dan ook sinds een aantal jaren aanleiding onderzoek op dit gebied te stimuleren.

De faculteit Geneeskunde en het Academisch Ziekenhuis heeft binnen de onderzoekszwaartepunten 'neurowetenschappen', 'endocrinologie' en 'extramurale geneeskunde' een dwarsverband aangebracht op het gebied van de gerontologie en geriatrie. Binnen de neurowetenschappen wordt onderzoek verricht naar neurodegeneratieve ziekten en veroudering van het zintuigsysteem, de endocrinologie besteedt aandacht aan veroudering, diabetes mellitus en bot-en calciumstofwisseling, en de extramurale geneeskunde legt het accent op het onderzoek naar chronische ziekten en veroudering; dit onderzoek wordt verricht in samenwerking met de vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde.

Ook op het terrein van de patiëntenzorg krijgt de oudere patiënt steeds meer aandacht. Hiertoe is het Academisch Ziekenhuis een samenwerking aangegaan met diverse zorginstellingen en zijn plannen ontwikkeld voor de instelling van twee bijzondere leerstoelen klinische geriatrie. Tevens is in samenwerking met de faculteit der Sociaal-Culturele Wetenschappen een interfacultaire werkgroep Veroudering opgericht. Deze werkgroep richt zich onder meer op extern gefinancierde onderzoeksprogramma's als Nestor (Nederlands stimuleringsprogramma ouderenbeleid), Lasa (Longitudinal Aging Study Amsterdam) en Amstel (Amsterdam study of the eldery). In het Nestor-project wordt onderzoek verricht naar de diverse netwerken die een rol spelen bij de verzorging van de bejaarde. Het Amstel-project richt zich op de vroege diagnostiek van dementie, waarbij men enige parameters hoopt te ontdekken die vroege diagnostiek mogelijk maken. Het Lasa-project tenslotte richt zich op de veranderingen in het functioneren van ouderen op lichamelijk, cognitief en emotioneel vlak.

Ook binnen de basisartsopleiding heeft de gerontologie en geriatrie een duidelijker plaats gekregen.

Basisartsopleiding

In 1990 is een nieuw onderwijsprogramma voor de doctorale fase ingevoerd met de volgende onderdelen: themagerichte blokken, lineair klinisch onderwijs en een periode voor vrij keuzeonderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

In de *blokken* wordt de kennis van ziektebeelden geïntegreerd aangeboden door klinische en preklinische vakgroepen. De pathofysiologie staat hierbij centraal. De preklinische vakgroepen leveren hiertoe de noodzakelijke basiskennis en de klinische vakgroepen expliciteren de ziektebeelden die hierbij kunnen optreden. Voorbeelden van deze blokken zijn Hart en Bloedsomloop, Werking van het Zenuwstelsel en Beweging.

Lineair aan de blokken is het *klinisch lijnonderwijs* geprogrammeerd. Dit onderwijsonderdeel is probleemgeoriënteerd en de student leert hier de verworven blokkennis toe te passen op patiëntenproblemen. Dit onderwijs gebeurt in de vorm van patiëntendemonstraties, waarbij een actieve participatie van studenten wordt verwacht. De studenten kunnen zich op deze colleges voorbereiden, doordat van tevoren een korte casus van de te presenteren patiënt wordt uitgereikt met enkele vragen die zullen worden behandeld; het is de bedoeling dat de studenten deze vragen in kleine groepen voorbereiden, zodat een interactief college tussen docent en student kan ontstaan. Tevens worden er werkgroepen gegeven, waarbij de studenten onder supervisie van een clinicus een patiëntencasus behandelen.

Lineair aan de blokken is tevens het *vaardigheidsonderwijs* geprogrammeerd. Dit omvat gespreksvaardigheden en fysische diagnostiek.

Aan het eind van het vierde jaar is tenslotte een periode voor *vrij keuze onderwijs* en een *wetenschappelijke stage* geprogrammeerd; die periode duurt zeven respectievelijk tien weken. De mogelijkheid bestaat om beide onderdelen aan elkaar te koppelen, zodat er één periode van zeventien weken ontstaat voor wetenschappelijk onderzoek.

De basisartsopleiding wordt afgesloten met de co-assistentschappen in het vijfde en zesde studiejaar. Hierin is tevens een periode van zes weken gereserveerd voor keuze-co-schappen. De student is hierbij vrij om zelf een aantal co-schappen naar keuze te volgen met een omvang van twee tot vier weken.

Plaats geriatrisch onderwijs

De student wordt bij de Vrije Universiteit al in een vroeg stadium geconfronteerd met geriatrische problematiek. Zo wordt al in het eerste blok van het eerste jaar aandacht besteed aan de gerontologische en ontwikkelingsfysiologie van de mens. Een belangrijk onderdeel in dit eerste jaar is tevens de vijfweekse verpleeghulpstage. De meeste studenten brengen deze stage door op een verpleegafdeling van een ziekenhuis. Een deel van de eerstejaarsstudenten heeft echter de mogelijkheid om de verpleeghulpstage te lopen in een verpleeghuis.

Het blijkt dat dit een onmisbaar onderdeel is van de aankomende arts getuige enkele van de volgende uitspraken: "Ik ben eigenlijk nog nooit eerder in de positie gebracht waarin hulpbehoevende mensen

voor een heleboel dingen afhankelijk van je zijn." "Het viel me op dat familie, uitzonderingen daargelaten, in de regel weinig op bezoek komt en dat vaak als een verplichting ziet. Daarom is het ook niet altijd ten onrechte dat bewoners het gevoel hebben weggestopt te zijn in een tehuis." "Ik merkte dat ik heel snel de neiging had met verkleinwoordjes te spreken. Dit is natuurlijk helemaal fout, want dan behandel je volwassen mensen die veel meer ervaring hebben dan jij en vaak viermaal zo oud zijn als kleine kinderen." "Wat betreft de bewoners van een (psychogeriatrische afdeling van een) verpleeghuis heb ik geleerd, dat het niet alleen maar oude uitgeleefde patiënten zijn, maar ook mensen zijn met heel veel levenservaring en met wie je nog heel veel leuke dingen kan doen."

In het tweede, derde en vierde jaar komt de ziekte op oudere leeftijd in diverse blokken zijdelings aan de orde. Tijdens het blok Werking van het Zenuwstelsel in het derde jaar bijvoorbeeld wordt aandacht besteed aan het ziektebeeld CVA.

Ook in het klinisch lijnonderwijs wordt aandacht besteed aan geriatrische problemen. Zo wordt in het derde jaar het onderwerp 'bewegingsstoornissen bij bejaarden' behandeld en komt in het vierde jaar vergeetachtigheid aan de orde.

Tevens bestaat de mogelijkheid om tijdens het vrij keuzeonderwijs en de wetenschappelijke stage aandacht te besteden aan gerontologie en geriatrie. Er kan onder meer een vrij keuzevak over gerontologie worden gevolgd op de Faculteit der Sociaal-Culturele Wetenschappen en op het gebied van de wetenschappelijke stages kan worden geparticipeerd in het Lasa- en het Amstel-project. Ook kan onderzoek worden verricht op het gebied van de psychogeriatrie.

Het accent van het geriatrisch onderwijs ligt echter in het blok Ouder Worden, dat halverwege het derde jaar is geprogrammeerd. Dit blok heeft een omvang van drie weken en heeft de volgende doelstellingen:

- verkrijgen van kennis van en inzicht in de belangrijkste verouderingstheorieën, morfologische, functionele en psychosociale veranderingen ten gevolge van primaire en secundaire verouderingsprocessen en de morbiditeitspatronen en het daarmee samenhangend beleid;
- verwerven van zodanige kennis en inzicht, dat de student het belang van de factor 'bejaard zijn' bij hulpverlening aan ouderen in al zijn aspecten kan benoemen en hij of zij bij het oplossen van klinische problemen daarmee rekening kan houden.

Door de jaarsgewijze invoering van het nieuwe onderwijsprogramma is in 1992 gestart met het vernieuwde onderwijsblok Ouder Worden. Het vorige blok Ouder Worden was kleiner in omvang en richtte zich met name op ziektebeelden die op oudere leeftijd voorkomen. Gezien het feit dat de arts bij ouderen wordt geconfronteerd met complexe gezondheidsproblemen, waarbij naast medische ook psychosociale aspecten een rol spelen, hebben de vakgroepen Sociale Geneeskunde, Huisarts en Verpleeghuisgeneeskunde en Psychiatrie een grotere inbreng gekregen in het nieuwe blok. Ook is het blok qua omvang toegenomen van twee naar drie weken.

Evenals in de overige blokken wordt ook in dit blok nauw samengewerkt door klinische en preklinische vakgroepen.

De keuze van te behandelen onderwerpen is tot stand gekomen door een inventarisatie van geriatrische onderwerpen die reeds in de blokken aan de orde kwamen en die verdere toelichting behoefden. Tevens zijn er nieuwe onderwerpen toegevoegd. Ook is er met behulp van subsidie van het ministerie van WVC gebruik gemaakt van externe expertise van geriaters en verpleeghuisartsen bij de invulling van dit blok.

In het kader van de eerder genoemde keuze-co-schappen heeft de student onder meer de mogelijkheid een keuze-co-schap geriatrie in het Slotervaartziekenhuis Amsterdam te volgen. Dit co-schap omvat een poliklinisch en een klinisch deel. Op de polikliniek neemt de co-assistent zelfstandig patiënten op en bespreekt dezen na met de geriater of assistent. Het klinische deel omvat een stage op een somatische afdeling. Hier kan de student bij gebleken geschiktheid onder supervisie een zaal onder zijn hoede nemen. Het is ook mogelijk om mee te lopen op een psychogeriatrische afdeling. Speciale aandacht wordt geschonken aan gesprekstechnieken bij de oudere patiënt. De duur van dit keuze co-schap bedraagt vier tot zes weken.

In samenwerking met de Universiteit van Amsterdam is een keuze-co-schap verpleeghuisgeneeskunde opgezet. In het kader hiervan kunnen co-assistenten stage lopen in verpleeghuizen in Amsterdam, Amstelveen of Zaandam.

Meer aandacht voor audiovisuele ondersteuning en computerondersteund onderwijs

Toekomst

Gesteld kan worden, dat geriatrie een belangrijk onderdeel vormt van de basisartsopleiding aan de Vrije Universiteit. Dit komt onder meer tot uiting in de vergevorderde procedure voor de aanstelling van twee bijzondere hoogleraren klinische geriatrie aan de medische faculteit; dezen hebben onder andere tot taak het geriatrieonderwijs uit te bouwen, onder meer door een verdere geriatrische inbreng in het blok Ouder Worden. Wellicht dat de eindtermen voor het onderwijs in de geriatrie en gerontologie, zoals die onlangs door de onderwijscommissie van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie zijn opgesteld,[1] hierbij behulpzaam kunnen zijn. Tevens zal de kwaliteit van handelen in de laatste levensfase grotere aandacht gaan krijgen.

Ten aanzien van de onderwijsvormen zal de audiovisuele ondersteuning een belangrijker rol gaan vervullen. Hiertoe zal videomateriaal worden ontwikkeld van patiënten in een verpleeghuis en een geriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Op deze wijze krijgt de aanstaande basisarts een goede indruk van de problemen waarmee de oudere mens zal worden geconfronteerd.

Een ander aspect dat de komende jaren meer aandacht zal krijgen is het computerondersteund onderwijs. Hierbij zal geriatrische casuïstiek worden ontwikkeld. Bij de patiëntsimulaties zal gebruik worden gemaakt van illustraties, tekst en oproepbare achtergrondinformatie. De student wordt zo nodig door het programma gecorrigeerd en krijgt uiteindelijk een duidelijke indruk van de geriatrische problematiek.

De mogelijkheid voor studenten om wetenschappelijk onderzoek te verrichten op het gebied van de geriatrie zal meer aandacht vergen. Enerzijds zullen stages moeten worden aangeboden die aansluiten op bestaande geriatrische onderzoeksprojecten, anderzijds zullen nieuwe stageprojecten moeten worden ontwikkeld.

Tenslotte zullen de keuze-co-schappen geriatrie en verpleeghuisgeneeskunde moeten worden uitgebouwd. •

M.B.M. Soethout,
arts, stafmedewerker sectie Onderwijscoördinatie Medische Faculteit der Vrije Universiteit

Literatuur

1. Onderwijscommissie Nederlandse Vereniging voor geriatrie. Eindtermen voor het onderwijs in de geriatrie en gerontologie voor de artsopleiding. Oktober 1993.

Stagnatie in de klinische geriatrie

Vooroordelen en budgettering

J.C. Gerritsen en M.J. Dekker

Enkele hardnekkige vooroordelen over de geriatrie hebben een materiële voedingsbodem. De functiegerichte budgettering pakt zeer nadelig uit voor de klinische geriatrie: die stagneert. Een onderzoek van het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.

NA EEN LANGE AANLOOP is de klinische geriatrie in 1982 erkend. Na een cyclus van advisering, onderzoek,[1] hernieuwde advisering, aanvaardde de Tweede Kamer in 1990 een geriatriebeleid (nota 'Ouderen in tel')[2] dat voorziet in de totstandkoming van een geriatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (GAAZ) met 24 bedden in elk van de 27 gezondheidsregio's.
Hoewel er op jaarbasis een beperkt budget beschikbaar is voor nieuwe erkenningen, verleent het ministerie van WVC prioriteit aan elke goed onderbouwde aanvraag. Bij de toewijzing van erkenning wordt een eventuele boventalligheid van medisch specialismen buiten beschouwing gelaten. De verkeerde-bedproblematiek, die voor een deel kan worden toegeschreven aan het ontbreken van een samenhangende benadering van de zorg voor ouderen in ziekenhuizen, is in het licht van de dubbele vergrijzing een financiële stok achter de deur om ernst te maken met de ontwikkeling van de klinische geriatrie. Ook inhoudelijk is men er zo langzamerhand van doordrongen dat de huidige monodisciplinaire aanpak een adequate diagnostiek en behandeling van hoogbejaarden in de weg staat. Op politiek en bestuurlijk vlak staat voor de verwezenlijking van de klinische geriatrie het sein op groen. In augustus 1993 heeft de staatssecretaris van WVC een adviesaanvrage gericht aan de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid.
De werkgroep GAAZ, ingesteld door de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid, heeft gemeend dat voorafgaande aan een evaluatie van de toegevoegde waarde van de GAAZ'en de vraag zou moeten worden beantwoord hoe het komt dat de uitvoering van het geriatriebeleid uitermate traag verloopt.[3] Eind 1993 waren in totaal 13 GAAZ'en operationeel. Bij slechts drie van deze afdelingen was er sprake van een beddental van 24 of meer. Daarnaast blijkt dat in een groot aantal regio's nog geen locaties zijn aangewezen, dat plannen in uitvoering geen of weinig voortgang hebben en dat men op enkele locaties voorlopig afziet van een GAAZ. Deze stand van zaken roept vragen op: "Iedereen is positief, niemand valt iets te verwijten en toch loopt de ontwikkeling veel te traag."[4] Van de kant van de klinische geriatrie wordt gevreesd dat de huidige situatie zal leiden tot tal van alternatieven voor de klinische vorm die op de aspecten van outillage, ambiance, deskundigheid ondersteunend personeel en verantwoordelijkheid (hoofdbehandelaar versus consultatief geriater) niet optimaal zijn.
De beoordeling van de werkgroep GAAZ heeft geleid tot een onderzoek van het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG) in opdracht van de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid naar de oorzaken van de trage ontwikkeling van de GAAZ (in psychiatrische ziekenhuizen: GAPZ, in universitaire ziekenhuizen: GAUZ).[5] Daarvoor zijn op twaalf locaties gesprekken gevoerd met ziekenhuisdirecties, klinisch geriaters, overige medisch specialisten en vertegenwoordigers van ziektekostenverzekeringen over de factoren die de ontwikkeling van de klinische geriatrie hebben beïnvloed.

Beeldvorming

Bij een eerste beschouwing blijkt dat de beeldvorming van de klinische geriatrie nog steeds zeer ongunstig is. Omdat de medische staf de klinische geriatrie als bedreigend ervaart, wordt het nieuwe specialisme geconfronteerd met vooroordelen. De klinische geriatrie is over het algemeen kwetsbaar voor deze ongunstige beeldvorming, omdat de waarde van dit nieuwe specialisme moeilijk zichtbaar is te maken. Bij de klinische geriatrie gaat het in tegenstelling tot andere specialismen niet om een concrete duidelijk afgebakende activiteit, maar om een 'integrale benadering'. Daarmee zou de geriatrie in vergelijking met andere specialismen 'vaag' en 'soft' zijn.
De belangen van andere specialisten in het ziekenhuis vertalen zich in sterke en zeer concrete weerstanden tegen de geriatrie, die tot uiting komen in een aantal vooroordelen. Deze worden hier weergegeven en van commentaar voorzien.

"Met een GAAZ wordt de verkeerde bedproblematiek alleen maar erger, er is geen doorstroming."
Op het eerste gezicht lijkt de doorstroming op een GAAZ laag. Het gaat dan echter om een vergelijking van geriatrische patiënten met andere ziekenhuispatiënten. Wanneer een vergelijkbare categorie patiënten wordt vergeleken op verschillende afdelingen, blijkt dat een GAAZ juist bijdraagt aan het oplossen van de verkeerde-bedproblematiek.
De verblijfsduur van geriatrische patiënten op een GAAZ is bijna de helft korter dan die van een vergelijkbare categorie geriatrische patiënten op afdelingen Interne Geneeskunde.[6] Ook uit ander onderzoek blijkt dat een GAAZ bijdraagt aan het bekorten van de verblijfsduur.[7] De verblijfsduur van patiënten die naar huis worden ontslagen een derde bedraagt van de verblijfsduur van patiënten die aansluitend in het verpleeghuis worden opgenomen.[8]

De verblijfsduur van geriatrische patiënten op een GAAZ is bijna de helft korter dan die van een vergelijkbare categorie geriatrische patiënten op afdelingen Interne Geneeskunde

"De klinische geriatrie is een concurrent. De patiënten die worden opgenomen horen thuis op Interne Geneeskunde."
Uit een overzicht van diagnoses van geriatrische patiënten blijkt dat het beeld van de problematiek complex is en wordt gekenmerkt door een samenstel van veel verschillende diagnoses, die lang niet allemaal liggen op het terrein van de interne geneeskunde. Bij klinische patiënten worden gemiddeld 5,1 diagnoses aangetroffen, bij poliklinische patiënten 3,3.[1] Een duidelijke enkelvoudige vraagstelling op het terrein van de interne geneeskunde komt bij deze patiënten dan ook niet ➡

naar voren. Uit onderhavig onderzoek naar de ontwikkelingen in de geriatrie blijkt, dat klinisch geriaters soms vaker een internist in consult roepen dan strikt noodzakelijk is om aan te tonen dat er sprake is van een duidelijk verschillende patiëntencategorie.

"De klinische geriatrie boekt geen resultaten."
Dit vooroordeel is in strijd met de uitkomsten van enkele internationale studies waarbij gebruik is gemaakt van een 'randomized clinical trial'. Hierbij worden op basis van toeval patiënten toegedeeld aan een experimentele conditie, in dit geval een GAAZ, en een controleconditie. Door deze methodologische opzet zijn de uitkomsten van de verschillende condities vergelijkbaar en kan de meerwaarde van de GAAZ worden vastgesteld.
Uit de studie van Rubinstein c.s blijkt,[9] dat de experimentele groep (GAAZ) zich van de controlegroep (niet-GAAZ) op de volgende punten onderscheidt:
- een lagere mortaliteit;
- minder ontslag naar verpleeghuizen;
- minder ziekenhuisopnames in de periode na ontslag;
- minder functionele beperkingen;
- een hoger welbevinden ('morale').

Het lagere voorzieningengebruik betekent impliciet: minder kosten in de experimentele groep. Een lager aantal verwijzingen naar verpleeghuizen komt ook naar voren in het onderzoek van Rai.[7]
Bij overplaatsing van patiënten naar een GAAZ na herstel van een collumfractuur blijkt dat deze patiënten zelfstandiger functioneren dan patiënten in een controlegroep (voortgezet verblijf op orthopedische afdeling).[10 11]
Bij het vooroordeel over de verkeerdebedproblematiek zijn reeds studies aan de orde gekomen waaruit blijkt dat de verblijfsduur van patiënten op een GAAZ beduidend korter is dan wanneer een zelfde groep patiënten wordt opgenomen op andere afdelingen.[6 7] Zoals bij alle vooroordelen geldt derhalve ook hier, dat ze in strijd zijn met resultaten van onderzoek of andere feiten. Niettemin vormen ze een verdedigingslinie waar andere specialisten zich achter verschuilen.
De materiële voedingsbodem van deze vooroordelen maakt dat ze hardnekkig zijn en slechts langzaam, door veel voorlichting en tactisch manoeuvreren, kunnen worden aangepakt. Bij een beter inzicht in de geriatrie verdwijnen de vooroordelen. Dit kan worden bewerkstelligd door te laten zien hoe de geriatrie in de praktijk functioneert: de effecten van consulten, het zelf in consult worden geroepen door de geriater en de dienstverlening vanuit de geriatrie ten aanzien van bijvoorbeeld de verkeerde-bedproblematiek veranderen bij andere specialisten de mening over de geriatrie in positieve zin.

Financiering
Nader onderzoek toont aan, dat de vooroordelen over de geriatrie (deels) voortvloeien uit het feit dat invoering van het specialisme een reële financiële bedreiging betekent voor andere afdelingen in het ziekenhuis. Centraal knelpunt is namelijk de niet-kostendekkende financiering van de klinische geriatrie via de functiegerichte budgettering van ziekenhuizen. Omdat het oprichten van een GAAZ daardoor een reallocatie van budget betekent, stuit invoering van de klinische geriatrie op grote weerstanden, die zich vertalen in een ongunstige beeldvorming. Bij wijzer van toelichting een korte schets van de functiegerichte budgettering:
Het ziekenhuisbudget is onder meer opgebouwd uit beschikbaarheids-, capaciteitsgebonden en produktiegebonden componenten. Onder beschikbaarheidscomponenten wordt de adherentie verstaan (vgl. verzorgingsgebied). De capaciteitsgebonden componenten omvatten de erkende bedden en de erkende specialisteneenheden. De produktiegebonden componenten hebben betrekking op: opnames, verpleegdagen, eerste polikliniekbezoeken en dagverpleging. De bedragen voor de erkende specialisteneenheden, de opnames en eerste polikliniekbezoeken worden vermenigvuldigd met een voor elk specialisme unieke wegingsfactor. Om een aantal redenen pakt deze wijze van financieren nadelig uit voor de klinische geriatrie:
1. Het produktiegebonden budget valt laag uit omdat het aantal opnames relatief beperkt is, gegeven de in verhouding met andere ziekenhuispatiënten lage doorstroming. De relatief hoge wegingsfactor voor de geriatrie (1,7) biedt hier geen soelaas.
2. Er wordt geen extra budget per erkend bed verstrekt (*f* 13.000,- per bed). Voor een GAAZ met 24 bedden gaat het dan om de derving jaarlijks van *f* 312.000,- aan capaciteitsgebonden budget.
3. De kosten van een geriatrische afdeling zijn relatief hoog. De kwalificatie van het personeel en de aangepaste outillage van de afdeling brengen hoge kosten met zich mee. Voorts leggen de consultatie en de transmurale activiteiten een verhoudingsgewijs groot beslag op de werktijd van de klinisch geriater; hier staat geen aparte financiering tegenover.
Daarmee is de klinische geriatrie niet aantrekkelijk voor algemene ziekenhuizen. De berekening van het ziekenhuisbudget pakt dus nadelig uit voor de klinische geriatrie, omdat de systematiek van budgettering geen of nauwelijks rekening houdt met kenmerken van een geriatrische afdeling, in het bijzonder de relatief lage doorstroming en de hoge personele kosten. Bovendien wordt geen extra budget voor bedden toegekend. Per saldo is een afdeling Geriatrie alleen te exploiteren wanneer uit het bestaande ziekenhuisbudget - lees: door andere afdelingen - een bijdrage wordt geleverd aan de kosten van de afdeling. Gegeven de reeds doorgevoerde bezuinigingen en de recente generieke kortingen, achten sommige ziekenhuisdirecties een dergelijke bijdrage niet opportuun.
Om een nadere indruk te krijgen van de mate waarin een beroep moet worden gedaan op het bestaande budget kan gebruik worden gemaakt van een begroting voor een afdeling van 24 bedden met 1 respectievelijk 2 full-time klinisch geriaters, opgesteld door het Bosch Medicentrum te 's-Hertogenbosch, waar men is uitgegaan van in het veld redelijk geachte normen en aannamen. De totale kosten van de afdeling bedragen 3 miljoen, terwijl de inkomsten gegenereerd uit loonsom geriaters/budgetcomponenten bijna 2 miljoen bedragen bij 1 full-time klinisch geriater en 2,5 miljoen bij 2 full-time klinisch geriaters.
Per saldo dient men derhalve op jaarbasis meer dan 1 miljoen aan eigen budget vrij te maken bij 1 klinisch geriater en een half miljoen bij 2 klinisch geriaters. Om deze redenen zullen sommige ziekenhuizen afzien van de ontwikkeling van de klinische geriatrie, zeker wanneer men inhoudelijk niet gemotiveerd is om dit specialisme tot ontwikkeling te brengen. Wanneer die bereidheid wel bestaat, wordt een reeks van verschillende strategieën ontwikkeld om het budgettaire probleem aan te pakken, zoals het uitsluitend tot ontwikkeling brengen van een polikliniek of de consultatieve geriatrie.
De bereidheid van de medische staf om (opnieuw) budget in te leveren en daarmee bedden af te staan aan de geriatrie is niet groot: "Het bed wordt steeds heiliger." Specialisten in algemene ziekenhuizen worden daardoor (opnieuw) in een direct materieel belang getroffen, namelijk de produktiemogelijkheden. Voor specialisten in academische ziekenhuizen geldt dit eveneens, als zij er een particuliere praktijk op nahouden; in elk geval geldt dat zij de mogelijkheden voor opleiding, onderwijs en onderzoek zien teruglopen en minder aandacht kunnen besteden aan andere prioritaire groepen (AIDS-patiënten, oncologie, reumatologie).

Deskundigheid
Een derde knelpunt zijn de tekorten in ➡

deskundigheid. Deze spelen de ontwikkeling van de geriatrie op meer wijzen parten.
Het volume van de opleiding van klinisch geriaters is verre van toereikend. Bij (succesvolle) implementatie van het huidige beleid, waarbij naast klinische faciliteiten ook meer poliklinische faciliteiten ter beschikking komen, dient een groter aantal klinisch geriaters aanwezig te zijn dan momenteel kan worden opgeleid.
In de opleiding van verpleegkundig en paramedisch personeel is het tekort aan geriatrische deskundigheid eveneens een probleem. Het gevolg is dat een GAAZ niet of slechts met moeite kan worden toegerust met personeel met voldoende kwalificaties. Onlangs zijn in Utrecht en Nijmegen specialistische opleidingen voor verpleegkundigen geriatrie van start gegaan. In het onderzoek wordt de huidige praktijk als volgt onder woorden gebracht: "A-verpleegkundigen zijn bang voor 'B', B-verpleegkundigen zijn bang voor infusen, HBOV'ers zijn overal bang voor."
Voorts is de aandacht voor de geriatrie in de opleiding tot basisarts tot dusverre ontoereikend geweest. Dit wreekt zich in de houding van andere artsen ten opzichte van de geriatrie (specialisten en huisartsen) en het gebruik dat zij van de geriatrie denken te kunnen maken. De geriatrie heeft nog steeds geen volwaardige plaats in het basiscurriculum.
Het in de nota 'Ouderen in tel' uitgestippelde beleid tenslotte beperkt zich tot de klinische geriatrie in algemene en universitaire ziekenhuizen. De geriatrische afdeling in psychiatrische ziekenhuizen (GAPZ) blijft erin buiten beschouwing. Tot dusverre is de totstandkoming van een GAPZ de beleidsvrijheid van een APZ-directie. Blijkens een landelijk overzicht van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie (NVvG) zijn er momenteel 7 GAPZ'en.
De kern van het probleem is het ontbreken van een GAPZ in regio's waar een APZ geen bijzondere belangstelling heeft voor deze functie. In elke gezondheidsregio zou een differentiatie mogelijk moeten zijn tussen opname in een GAAZ of in een GAPZ, omdat bij een sterke gedrags- of psychiatrische component in de geriatrische problematiek opname in een algemeen ziekenhuis problematisch is. Het blijkt dat bij een groter wordende groep geriatrische patiënten gedragsproblemen voorkomen. Gespecialiseerde diagnostiek en behandeling blijft echter geïndiceerd. In een psychiatrisch ziekenhuis zijn er meer mogelijkheden om deze diagnostiek en behandeling te laten plaatsvinden bij patiënten met gedragsstoornissen.[12 13]

Slot

Het overheidsbeleid ten aanzien van de klinische geriatrie is tot dusverre een papieren tijger, doordat niet is voorzien in een aantal essentiële randvoorwaarden. Hierdoor worden partijen in het ziekenhuis in een belangentegenstelling gebracht die de ontwikkeling van de klinische geriatrie in sterke mate frustreert.
De hiaten in de financiering van de klinische geriatrie die het gevolg zijn van de budgetteringssystematiek moeten worden ondervangen. De reallocatie van het ontbrekende budget kan niet worden overgelaten aan het veld, in het bijzonder de ziekenhuisdirecties: een aantal directies is niet geneigd om de geriatrie klinisch te realiseren en de directies die dat wel willen worden voor een vrijwel onhaalbare opgave gesteld.
De discrepantie tussen de kosten van een geriatrische afdeling en het volgens de richtlijnen beschikbare budget kan worden teruggebracht door aan het specialisme klinische geriatrie een hogere wegingsfactor toe te kennen, namelijk (uitgaande van een GAAZ met twee full-time klinisch geriaters) 2,5 in plaats van 1,7. Daarnaast zou in regio's met een beperkte beddencapaciteit uitbreiding van de capaciteit moeten worden toegestaan, waardoor alsnog een extra capaciteitsgebonden budgetcomponent voor bedden ter beschikking komt.
Gegeven haar toenemend maatschappelijk belang behoort de geriatrie een vaste plaats te krijgen in de opleiding tot basisarts. Een stevige verankering in de academische wereld is daartoe noodzakelijk. Het vak klinische geriatrie kan alleen verder worden ontwikkeld indien er voldoende onderzoeksmogelijkheden zijn.[14] Daartoe zijn sterke relaties met universitaire onderzoeksgroepen op het terrein van veroudering, hersenonderzoek en functiestoornissen onontbeerlijk. Derhalve dient op termijn in elk academisch ziekenhuis een GAUZ gestalte te krijgen. Als tussenoplossing kan op praktische gronden worden gekozen voor een gecombineerde taakuitoefening in een netwerk van een academisch ziekenhuis en perifere ziekenhuizen. Deze perifere ziekenhuizen moeten dan wel een nauwe relatie hebben met een medische faculteit waarmee zij gezamenlijk klinisch geriaters opleiden. Op deze wijze wordt er effectief aan bijgedragen dat binnen de gezondheidszorg in de toekomst een *attitudeverschuiving* optreedt ten gunste van ouderen en de geriatrie. Momenteel onderkennen huisartsen en andere specialisten te laat c.q. te weinig de noodzaak van een integrale geriatrische aanpak bij ouderen bij wie een complexe problematiek wordt vastgesteld.
Tenslotte zal het aantal opleidingsplaatsen voor klinisch geriaters moeten worden uitgebreid en zal er een landelijk beleid moeten worden geformuleerd ten aanzien van de geriatrische afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen. •

De geriatrie heeft nog steeds geen volwaardige plaats in het basiscurriculum

dr J.C. Gerritsen,
socioloog, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG) Rijksuniversiteit Groningen (RUG)

M.J. Dekker,
arts, coördinator Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid Rijksuniversiteit Groningen

Literatuur

1. *Geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen.* Utrecht: NZi, 1986.
2. Ouderen in tel. Tweede Kamer der Staten-Generaal bijlagen 1990-1991, 21814 nrs 1-2.
3. Vallen en opstaan. Advies over de ontwikkeling en de stagnatie van de klinische geriatrie. Rijswijk: Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid, 1994.
4. Sipsma DH. Fata geriatrica. Medisch Contact 1993; 37: 1115.
5. Gerritsen JC, Dekker MJ. Klinische geriatrie tussen beleid en werkelijkheid. Voorstudie. Rijswijk: Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid, 1994.
6. Pawlson LG. Hospital length of stay of frail elderly patients. Primary care by general internists versus geriatricians. Journal of the American Geriatrics Society 1988; 36: 202-8.
7. Rai GS, Murphy P, Pluck RA. Who should provide hospital care of elderly people? Lancet 1985; 1: 683-5.
8. Fockert JA de. Klinische geriatrie. 12 1/2 jaar GAAZ in Kennemerland. Medisch Contact 1993; 38: 1158-62.
9. Rubinstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N Engl J Med 1984: 311: 1664-70.
10. Reid J, Kennie DC. Geriatric rehabilitative care after fractures of the proximal femur: one year follow-up of a randomized controlled trial. Br Med J 1989: 299; 25-6.
11. Applegate WB et al. A randomized controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. N Engl J Med 1990; 322: 1572-8.
12. Schendel FME van, Groutars JMA, Wouters CJ. De geriatrische afdeling van het psychiatrisch ziekenhuis. Medisch Contact 1993; 39: 1203-5.
13. Kljnsma PJE, Golüke-Willemse GAM. Geriatrische afdelingen in algemeen en psychiatrisch ziekenhuis. Een identieke tweeling? Medisch Contact 1993; 39: 1205-7.
14. Ligthart GJ, Jansen PAF, de Fockert JA. Wetenschappelijk onderzoek in de geriatrie. Academische infrastructuur noodzakelijk. Medisch Contact 1993: 40: 1232-3.

Consultatie van verpleeghuisartsen in algemene ziekenhuizen

Een manier om de ouderenproblematiek op te lossen

C.C. Koning en M. Fahrenfort

Ziekenhuizen zijn buiten de 'verkeerde bed-problematiek' onvoldoende toegerust op de zorg voor oudere patiënten. Uit de respons op een schriftelijke enquête blijkt, dat dit probleem zeer 'leeft' en dat in de mogelijkheid tot consultatie van een verpleeghuisarts binnen het algemeen ziekenhuis heil wordt gezien, al zullen er wel wat belemmeringen moeten worden weggenomen.

ZIEKENHUISOPNAME LEIDT bij oudere patiënten geregeld tot onnodige achteruitgang in fysiek, psychisch en sociaal opzicht;[1] te denken valt aan mobiliteitsstoornissen, verwardheid en eenzaamheid. Het moderne ziekenhuis lijkt qua bouw, functie en zorgconcept dan ook geen geschikte plaats voor oudere patinten: het is ingesteld op diagnostiek en behandeling, niet op de verzorging van chronische, behoeftige patiënten of patiënten met een complex ziektebeeld. De daaruit voortvloeiende problematiek wordt in de literatuur geassocieerd met 'verkeerde bed'-patiënten. De situatie in het ziekenhuis levert echter ook problemen op voor ouderen die niet in het 'verkeerde bed' liggen of voor patiënten die vanwege hun chronische ziekte langdurig in het ziekenhuis moeten liggen. Zou consultatie van een verpleeghuisarts in het ziekenhuis een bijdrage kunnen leveren aan de oplossing van dergelijke problemen? Deze vraagstelling stond centraal in een onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg.
Tot dusverre is slechts weinig onderzoek gedaan naar het bestaan en het effect van een dergelijke consultatie. Om een reëel beeld te krijgen van de verbreiding van en de behoefte aan deze vorm van consultatie, is in eerste instantie een bredere inventarisatie in verpleeg- en ziekenhuizen gehouden.

Achtergrond

De patiëntenpopulatie van algemene ziekenhuizen in Nederland vergrijst. Er is daarnaast sprake van een extra sterke vergrijzing door nieuwe medisch-technische mogelijkheden, toegenomen dagbehandelingsmogelijkheden en de relatief lange gemiddelde verpleegduur ten behoeve van oudere patiënten vanwege het ontstaan van complicaties tijdens de opname. Door deze complicaties kunnen de patiënten niet meer naar huis terug en in afwachting van een verpleeghuisplaats belanden zij in het 'verkeerde bed'.
De verwachting is, dat er sprake zal zijn van een toenemende druk op de voorzieningen; het aantal ouderen dat gebruik maakt van de ziekenhuiszorg zal de komende decennia nog stijgen. In het algemeen ziekenhuis moet men hier rekening mee houden.[2] Er worden al wel maatregelen getroffen: de geriatrie is in ontwikkeling in deze ziekenhuizen. Deze ontwikkeling gaat echter niet snel genoeg om de toenemende problematiek het hoofd te bieden. Een andere mogelijkheid biedt samenwerking tussen ziekenhuis en verpleeghuis. Eén vorm van samenwerking, waarbij de oudere patiënt centraal staat en waarbij kan worden geprofiteerd van de deskundigheid van het verpleeghuis, lijkt de consultatie van verpleeghuisartsen in algemene ziekenhuizen.

Inventariserend onderzoek

Het inventariserend onderzoek werd gehouden om een genuanceerd beeld te krijgen van de behoefte aan en de haalbaarheid van consultatie van verpleeghuisartsen in algemeen ziekenhuizen. In dit kader is een literatuurstudie verricht en zijn interviews gehouden met sleutelfiguren. Op basis daarvan is een enquête samengesteld, die in alle algemene ziekenhuizen in Nederland is verspreid onder directieleden, hoofdverpleegkundigen en specialisten van de afdelingen Neurologie, Inwendige Geneeskunde, Orthopedie en Algemene Chirurgie. Aan een aselecte steekproef van verpleeghuizen (N=181) werden enquêtes verstuurd voor directieleden en verpleeghuisartsen.

Ervaren problemen

Het onderwerp sloeg aan. De redelijk hoge respons (58%) was hiervoor een aanwijzing.
Professionals in algemene ziekenhuizen ondervinden over het algemeen veel problemen met oudere patiënten. Het meest zouden zich gedragsproblemen en problemen met betrekking tot doorstroming voordoen. In mindere mate zijn er problemen met betrekking tot achteruitgang in de geestelijke en lichamelijke conditie. Het sterkst worden de problemen ervaren door de verpleegkundige professie.
Andere problemen die naar men zei werden ondervonden met oudere patiënten hadden betrekking op het ontbreken van een daginvulling, terugplaatsing naar huis omdat de familie de patiënt niet meer kon of wilde verzorgen, een tekort aan ruimte en faciliteiten op de ziekenhuisafdeling, discrepantie tussen zorgvraag en zorginzet, gebrek aan specifieke kennis met betrekking tot de oudere patiënt bij verpleegkundigen en specialisten, en een traag werkende indicatiecommissie.

Maatregelen

Voor de genoemde problemen werden wel maatregelen getroffen: de activiteitenbegeleiding en het maatschappelijk werk werden ingeschakeld. Problemen met onrustige en zwervende patiënten losten de hoofdverpleegkundigen en specialisten op door fixatie, medicatie en separatie. Het gebrek aan specifieke kennis en deskundigheid werd vooral door de hoofdverpleegkundigen schrijnend gevonden; zij nemen veelal klinische lessen en bijscholing of vragen een geriater om raad.

Belangstelling voor consultatie

Uit de onderzoeksgegevens bleek, dat alle partijen grote belangstelling hebben voor consultatie van verpleeghuisartsen. Die belangstelling staat in groot contrast met het aantal instellingen waar consultatie in deze vorm daadwerkelijk plaatsvond. Ook verschilden de groepen onderling van mening over het werkelijk plaatsvinden van consultatie van verpleeghuisartsen. Een zeer gering percentage (respectievelijk 10% en 5%) van de specialisten en de hoofdverpleegkundigen gaf aan wel eens een verpleeghuisarts te consulteren. Directies schetsten een enigszins ander beeld: de helft gaf aan dat in de eigen instelling consultatie van verpleeghuisartsen plaatsvond. Op de

verklaring voor deze discrepanties komen we terug in de discussie.

Nut

De respondenten zien het nut van consultatie in de volgende zaken:
- de oplossing van problemen die men ervaart met oudere patiënten;
- een kwalitatieve verbetering van zorg aan de oudere patiënt;
- de mogelijkheid tot deskundigheidsbevordering.

Door middel van consultatie zou er bovendien een betere samenwerking tussen ziekenhuis en verpleeghuis kunnen ontstaan. Op plaatsen waar een geriater werkzaam is of waar er sprake is van consultatie van verpleeghuisartsen worden duidelijk minder gedragsproblemen en problemen met achteruitgang in geestelijke en lichamelijke conditie ervaren dan op plekken waar dit niet het geval is.

Voorwaarden

De voorwaarden die de respondenten aangaven voor de ontwikkeling, zijn op het eerste gezicht te overzien. Ze omvatten de volgende aspecten:
- toestemming van de directie en of medische staf;
- respect voor elkaars taakopvatting en deskundigheid;
- de mogelijkheid van rechtstreekse communicatie tussen ziekenhuis en verpleeghuis;
- formalisering van de afspraken;
- het regelen van een financiering;
- het op de hoogte zijn van de inhoud van elkaars deskundigheid.

Belemmeringen

Op de hoogte zijn van de deskundigheid van de deelnemers aan de consultatie is voor alle partijen een zeer belangrijke voorwaarde. Tegelijkertijd vormt dit een belemmering, omdat in de praktijk blijkt dat men in het ziekenhuis niet of nauwelijks op de hoogte is van de deskundigheid en inhoud van het vakgebied van de verpleeghuisarts. Als volgende belemmering kwam naar voren dat het ziekenhuis en het verpleeghuis veelal twee gescheiden gebouwen zijn, waardoor als het ware een natuurlijke barrière tegen samenwerking wordt opgeworpen. Een verschil in oriëntatie in het primaire proces, dat resulteert in een verschil in taakopvatting, blikveld en werkwijze, vormt een ander obstakel in de uitwerking van samenwerkingsmogelijkheden. Het onderscheid in de hiërarchische positie in de medische wereld wordt vooral door verpleeghuisartsen als een knelpunt aangedragen. Specialisten zien een ander probleem: (te?) veel nadruk op goede zorg voor ouderen doet het ziekenhuis van karakter veranderen; de oriëntatie op behandeling en diagnostiek zou dan veranderen in een oriëntatie op revalidatie en begeleiding van chronisch zieken.

Discussie

De hoge respons op het onderzoek geeft aan, dat de situatie van oudere patiënten in algemene ziekenhuizen een probleem is dat leeft. Opmerkelijk is dan ook, dat aan dat probleem volgens zeer velen nauwelijks iets wordt gedaan. Vrijwel nergens is er inbreng in het ziekenhuis van de zijde van het verpleeghuis. Waarom?
Waarschijnlijk maakt onbekend onbemind. Door de onbekendheid met de specifieke deskundigheid van de verpleeghuisarts en de inhoud van het vak verpleeghuisgeneeskunde heeft men in ziekenhuizen geen behoefte om te gaan samenwerken. Daarnaast stimuleert het - tot nu toe - relatief geringe professioneel bewustzijn van de verpleeghuisarts de samenwerking met professionals uit het ziekenhuis niet.
Opvallend is, dat in de projecten waar consultatie van verpleeghuisartsen functioneel is het initiatief tot samenwerking van ziekenhuiszijde kwam. De rol die de geriatrie in deze kwestie speelt, is enigszins dubbel: aan de ene kant biedt speciale aandacht voor de complexe situatie van de oudere patiënt een oplossing voor de problemen met deze categorie patiënten. Aan de andere kant werkt de aanwezigheid van een afdeling Geriatrie of een geriater belemmerend voor de ontwikkeling van de consultatie van verpleeghuisartsen. Het is echter de vraag of dit werkelijk een probleem is. Ervan uitgaande dat consultatie van beide partijen tegemoet kan komen aan de problemen van de oudere patiënt, zouden de rollen van de geriater en die van de verpleeghuisarts aanvullend kunnen zijn.
Uit het onderzoek is gebleken, dat zich een discrepantie voordoet tussen directie en afdeling wat betreft hun antwoord op de vraag naar het bestaan van consultatie van verpleeghuisartsen in het ziekenhuis. Deze discrepantie zou kunnen worden verklaard door een verschil in visie tussen beide partijen op dit punt. Wellicht nemen directies beleidsmaatregelen die op de werkvloer niet worden geïmplementeerd. Een alternatieve verklaring is, dat de directies verder van de werkvloer afstaan en hierdoor denken dat een bepaalde ontwikkeling als consultatie kan worden gezien, terwijl de betrokkenen dit niet zo noemen.

Conclusie

Het onderzoek was inventariserend van aard, zodat alleen in het algemeen uitspraken kunnen worden gedaan. De problematiek met oudere patiënten in het ziekenhuis werd in het onderzoek bevestigd, evenals de gedachte dat consultatie van verpleeghuisartsen hiervoor een oplossing zou kunnen zijn. Alle partijen in ziekenhuizen en verpleeghuizen staan positief tegenover deze vorm van samenwerking, de verpleegkundigen het meest: zij hebben 24 uur per dag met deze patiënten te maken en weten niet wat zij met hen aan moeten.
Consultatie van verpleeghuisartsen in algemene ziekenhuizen is een relatief simpele oplossing voor een duidelijk ervaren probleem. Toch is deze vorm van consultatie slechts op enkele plaatsen operationeel. Invoering ervan moet worden gezien als een veranderingsproces, waarin stappen en hindernissen zullen moeten worden genomen.
Noodzakelijk is in eerste instantie het opheffen van de onbekendheid met elkaars discipline. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door:
- het gezamenlijk lopen van visites door verpleeghuisartsen en specialisten in verpleeghuis en ziekenhuis;
- opname van een verpleeghuisarts als buitengewoon lid in de medische staf van het ziekenhuis;
- het geven van klinische lessen en refereeravonden in ziekenhuis en verpleeghuis over de zorg voor en bejegening van oudere patiënten;
- het gezamenlijk organiseren van bij- en nascholing;
- het laten consulteren van specialisten in het verpleeghuis, al dan niet in het kader van een meso-project.

Het is van belang meer deskundigheid met betrekking tot de oudere patiënt in het ziekenhuis te brengen door consultatie van verpleeghuisartsen dan wel de inbreng van een geriater. Eén ding heeft de enquête heel duidelijk gemaakt: de hulpverleners in het ziekenhuis die te maken hebben met oudere patiënten ervaren dat de ziekenhuizen ook zonder de 'verkeerde bed'-problematiek niet voldoende toegerust zijn voor de zorg voor oudere patiënten. Voldoende reden om hiervoor aan de slag te gaan! •

drs C.C. Koning en dr M. Fahrenfort,
zijn beiden werkzaam bij het NZi te Utrecht

Literatuur

1. Veen JAH van. Onbezorgd oud? Onderzoek naar knelpunten in de zorg voor intensief zorgbehoeftige oudere patiënten in de ziekenhuizen in de provincie Utrecht. Utrecht: Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor de provincie Utrecht, 1991.
2. Dijk JK van, Pol FM van den, Zijl PJM van. Perspectief op verdere ontwikkeling van geriatrie. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1987; 18: 219-24.
3. Koning CC. Onbekend maakt onbemind. Een studie naar de haalbaarheid van consultatie van verpleeghuisartsen in algemene ziekenhuizen. Doctoraalscriptie Rijksuniversiteit Utrecht. 1994.

Consultatie bij complexe geriatrische problematiek

Het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam

Th. Collijn en A. Kerkstra

Bij complexe geriatrische problematiek blijkt een geriatrisch diagnose- *en behandeladviesteam een goede* ondersteuning te zijn voor de huisarts als aanvulling op de consultatie van het verpleeghuis.

AL ENIGE JAREN blijkt er behoefte te bestaan aan tijdige en diagnostisering van ziekteverschijnselen bij thuiswonende ouderen. Omdat het ziektebeeld soms zeer complex is en er sprake kan zijn van interactie tussen lichamelijke, psychische en sociale oorzaken, zou deze diagnosestelling in een aantal gevallen multidisciplinair moeten worden aangepakt.

In de meest recente nota's inzake het ouderenbeleid wijst het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur op het belang van gerichte interventie vóór escalatie van complexe geriatrische problematiek ontstaat.[1,2] In die nota's wordt met name gewezen op de noodzaak tot het bevorderen van vroege diagnostiek om onnodige verergering te voorkomen, alsmede op het belang van een goede coördinatie van de geriatrische zorg in de eerste lijn. Deze coördinatie zou moeten verbeteren via een multidisciplinaire aanpak van geriatrische problemen in de eerste lijn en het vergroten van de consultatiemogelijkheden vanuit de tweede lijn. Dit gedachtengoed wordt onderschreven door diverse betrokken organisaties.[3,4]
In de huidige situatie komen ouderen vaak in een zeer laat stadium met hun problemen terecht bij een Riagg of de polikliniek van een verpleeghuis. Vroegtijdige onderkenning en behandeling zou moeten voorkomen dat een cumulatie van de problematiek leidt tot een onomkeerbare en zich steeds verslechterende individuele situatie, die op den duur het zelfstandig thuis wonen onmogelijk maakt.[5] Een multidisciplinaire aanpak in de vorm van een geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam lijkt geschikt om de gesignaleerde lacunes in te vullen. Elders in het land zijn vergelijkbare initiatieven gestart.[6-8]
In dit artikel wordt nagegaan of een geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam als geschikt instrument ter ondersteuning van huisartsen inzake complexe geriatrische problematiek kan worden beschouwd.

Hoe werkt het team?

Het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam wordt gevormd door een kernteam, bestaande uit een ervaren verpleeghuisarts en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Het team kan desgewenst gebruikmaken van de expertise van een netwerk van hulpdisciplines. Formeel bestaat het netwerk uit twee medisch specialisten: een internist en een neuroloog. Daarnaast kunnen eveneens paramedici worden geconsulteerd.
Het doel van het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam is het op aanvraag ondersteunen van huisartsen met advies inzake patiënten met complexe geriatrische problematiek. Daarnaast moet de instelling van het team leiden tot een vroegtijdige onderkenning en diagnostisering van complexe geriatrische problematiek, waardoor de patiënt tijdig adequate zorg kan ontvangen. Inherent hieraan is de preventie van escalatie van de problematiek die bedreigend kan zijn of worden voor de zelfstandigheid van thuiswonende ouderen.
Na telefonische of schriftelijke consultatie door de huisarts verricht het team een uitvoerig sociaal en medisch onderzoek en formuleert vervolgens een medische, sociale en psychologische diagnose alsmede een advies inzake behandeling en zorg. Elk advies is toegespitst op de situatie van de individuele patiënt en dient concreet en uitvoerbaar te zijn.[9]
In de regio Noord/Oost van Rotterdam is per 1 mei 1991 een geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam gestart. In de loop van 1991 en 1992 zijn nog twee teams ingesteld: het Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam Centrum/Noord/West en het Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam Zuid. De hier beschreven evaluatie heeft betrekking op het team in de regio Noord/Oost van Rotterdam.

Methode

Patiënten

Gedurende een periode van zes maanden (januari tot en met juni 1992) werd het team door 25 huisartsen voor 32 patiënten geconsulteerd. Twee aanmeldingen werden ingetrokken; één patiënt bleek terminaal te zijn, de andere patiënt stemde alsnog in met opname in een verpleeghuis. De resterende onderzoeksgroep bestaat uit 30 patiënten: 11 mannen en 19 vrouwen. De gemiddelde leeftijd bij de mannen is 77 jaar. Bij de vrouwen is de gemiddelde leeftijd hoger, namelijk 84 jaar.
De patiëntengroep kan als volgt worden gekarakteriseerd:[9] ze lijden met name aan hart- en vaatziekten, aandoeningen van het bewegingsapparaat en het endocrien/metabolisch systeem. Daarnaast komen psychische klachten als eenzaamheid en depressieve gevoelens, alsmede sociale problemen, veel voor. Patiënten lijden aan concentratie- en geheugenstoornissen en verlies van initiatief. De meeste patiënten verkeren in een slechte lichamelijke conditie, hebben een lage mobiliteit en moeten veel hulp hebben bij ADL-activiteiten. Men ontvangt zorg van formele aard - met name thuishulp (gezinsverzorging) en wijkverpleging - en van informele aard, met name van kinderen en partner.
Samengevat verkeren de patiënten voor wie de huisarts het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam consulteert in een slechte lichamelijke conditie en is er sprake van zowel psychologische als sociale problematiek.

Meetinstrumenten

Gegevens over het behandeladviesproces zijn als volgt verzameld:
1. Op een *aanmeldingsformulier* werden naast personalia, de klachten/problemen, duur van de klachten, behandeling en/of medicatie vermeld. Verder kon worden aangegeven of en welke relevante medische gegevens worden overgedragen. Bij een schriftelijke aanmelding vulde de ➡

verwijzende huisarts het formulier in, bij een telefonische aanmelding deed de arts van het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam dit.

2. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige registreerde de bevindingen van haar onderzoek bij de patiënt thuis op een *formulier registratie thuissituatie*. Dit formulier was opgedeeld in drie categorieën: 1. algemene lichamelijke toestand: functies van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), functies van de bijzondere dagelijkse levensverrichtingen (BDL), incontinentie, decubitus, zintuigen- en contactfuncties, hand- en arm functies en lichamelijke conditie; 2. algemene psychische toestand; hierbij wordt informatie verzameld over het gevoelsleven, gedrag, geheugen- en oriëntatiefuncties; 3. sociale gegevens; deze hebben betrekking op het ontvangen van formele en informele zorg, huisvesting, woonsituatie en bereikbaarheid/geschiktheid van de woning, alsmede woningaanpassing, hobby's, huisdieren en de financiële situatie.

3. Op een *conclusie- en behandeladviesformulier* werden diagnose en behandeladvies door de arts en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige gezamenlijk beschreven. De diagnose is uitgesplitst naar somatische factoren, psychische factoren en sociale factoren. Het eigenlijke behandeladvies is onderverdeeld in de categorieën paramedische diensten, verpleging en verzorging thuis, psychosociale begeleiding, ambulante verwijzing, andere woonvormen, opname, aanpassen medicatie en overige adviezen.

Daarnaast registreerde de arts van het geriatrisch diagnose- en adviesteam zijn of haar bevindingen in de medische status. Deze informatie was niet beschikbaar voor het onderzoek. De bevindingen werden schriftelijk gerapporteerd aan de huisarts, waarbij het conclusie- en behandeladvies als bijlage werd meegestuurd. Op verzoek van de huisarts kon een bespreking van het advies plaatsvinden.

Aan de consult vragende huisartsen heeft de onderzoeker op twee tijdstippen telefonisch een beoordeling gevraagd van het advies van het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam. De eerste beoordeling was direct na ontvangst van het advies; hierbij werden concreetheid, nieuwe gezichtspunten, uitvoerbaarheid en bruikbaarheid van het diagnose- en behandeladvies beoordeeld. De tweede beoordeling was twee maanden na het eerste; hierbij werd geïnformeerd of het advies was opgevolgd en of de situatie van de patiënt was verbeterd, verslechterd of gestabiliseerd.

Resultaten

1. De *toegevoegde waarde van de diagnose* van het team is bepaald door per patiënt een vergelijking te maken tussen deze diagnose en de klachten/diagnoses gerapporteerd door de huisarts bij aanmelding van de patiënt. Ten tijde van de aanmelding bij het team zijn drie patiëntengroepen te onderscheiden: patiënten met alleen somatische diagnoses, patiënten met alleen psychologische diagnoses en patiënten met beide diagnoses. Het team heeft vastgesteld dat bij alle patiënten sprake is van somatische èn psychologische problematiek. Het team heeft derhalve zowel somatische als psychologische diagnoses toegevoegd. De aanvullende somatische diagnoses betreffen hart- en vaatziekten, aandoeningen van het bewegingsapparaat, ogen, oren en het endocrien/metabolisch systeem. Additionele psychologische problematiek betreft met name geheugenstoornissen en depressie. Verder is er bij vrijwel alle patiënten sprake van sociale problemen.

2. Het advies is in acht categorieën onderverdeeld. Deze categorieën en het aantal patiënten bij wie ze geadviseerd zijn, zijn weer te vinden *tabel 1*.

Medicatieadviezen en adviezen in de categorie overige (bijvoorbeeld aangepast schoeisel, loopstok, etc.) worden het meest gegeven. Daarnaast behoeft een groot deel van de patiënten verzorging en verpleging, thuis of elders (verzorgingshuis en verpleeghuis). Het doel van de verschillende adviezen is doorgaans ondersteuning en ontlasting van de mantelzorg.

De *toegevoegde waarde van het behandeladvies* van het team kan worden afgeleid door per patiënt een vergelijking te maken tussen de ontvangen formele zorg zoals geregistreerd door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige ten tijde van de aanmelding en de adviezen verstrekt door het team. Deze procedure is alleen mogelijk voor zorgcategorieën waarover informatie beschikbaar is van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en is derhalve beperkt tot de categorieën in tabel 1 weergegeven met een asterisk (bijvoor- ➡

Tabel 1. Behandeladviezen gegeven door het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam N=30 patiënten).

	aantal adviezen	
paramedische disciplines	8	(8)
thuishulp en wijkverpleging	14 *	(11)
psychosociale ondersteuning (AMW, Riagg)	9 *	(9)
ambulante verwijzing (dagbehandeling, dagverzorging)	15 *	(11)
andere woonvorm	7	(7)
opname (ziekenhuis, verpleeghuis, flankerend beleid)	6	(6)
medicatie	30	(18)
overige adviezen	34	(16)
Het aantal patiënten staat tussen ( ) weergegeven. * Verklaring: zie artikeltekst.		

Tabel 2. Het oordeel van de huisarts over het diagnose- en behandeladvies van 22 patiënten, direct na ontvangst.

	ja	ten dele	nee
advies concreet	17	5	-
nieuwe gezichtspunten	11	-	11
advies uitvoerbaar	12	8	1
advies bruikbaar	19	-	2

Tabel 3. Mate waarin het behandeladvies van 24 patiënten na twee maanden is opgevolgd door de huisartsen.

	aantal adviezen	opgevolgd	deels	niet	onbekend
paramedische disciplines	7 (7)	3	-	4	-
thuiszorg en wijkverpleging	11 (9)	4	1	4	2
psychosociale ondersteuning	5 (5)	3	-	1	1
ambulante verwijzing	11 (9)	4	-	4	3
andere woonvorm	6 (6)	5	-	1	-
opname	4 (4)	4	-	-	-
medicatie	28 (16)	24	-	2	2
overige adviezen	22 (13)	10	-	9	3
Het aantal patiënten staat tussen ( ) weergegeven.					

beeld over fysiotherapie behandeling is geen voorinformatie bekend).
Uit een vergelijking op het niveau van de individuele patiënt blijkt dat het advies een toevoeging van zorg en behandeling inzake thuishulp en wijkverpleging alsmede psychosociale ondersteuning en verwijzing naar de dagbehandeling en dagverzorging betreft. Het advies is supplementair ten aanzien van de actuele situatie van de patiënt. Er worden relevante zorgaspecten toegevoegd.
3a. Beoordeling op korte termijn. In totaal waren 30 behandeladviezen beschikbaar voor een beoordeling door de huisarts. Echter, het advies van acht patiënten kwam pas in een vrij laat stadium in het bezit van het Nivel (problemen met de privacy, niet doorgestuurd door de arts van het team), reden waarom het niet zinvol werd geacht de verwijzer alsnog te benaderen met de eerste beoordelingsvragen. Deze verwijzers zijn wel benaderd voor beoordeling II, waarin het opvolgen en resultaat van het advies is geïnventariseerd. Achttien huisartsen gaven een eerste beoordeling van het behandeladvies van 22 patinten (zie *tabel 2*). Voor de meerderheid van de patiënten vinden de huisartsen het advies concreet en bruikbaar. Bij de helft van de patiënten bevat het advies nieuwe gezichtspunten. Bovendien is men van mening dat het goed is iemand anders te laten kijken met een frisse blik. Voor meer dan de helft van de patiënten vinden de huisartsen het gehele behandeladvies goed uitvoerbaar. Echter, een aantal van hen geeft aan dat het waarschijnlijk niet zal lukken, omdat de patiënt niet gemotiveerd is mee te werken. Verder geeft men aan dat het advies van het team een ondersteuning is van hun eigen mening en vermoedens. Daarbij is het advies zinvol als een 'second opinion' in de richting van de familie. Verder wordt opgemerkt, dat men de multidisciplinaire benadering waardevol vindt, omdat op deze wijze alle factoren, waaronder de sociale, naar voren komen.
3b. De beoordeling van het resultaat van het behandeladvies op langere termijn kon voor 24 patiënten worden nagegaan.*
In totaal kon voor 94 adviezen worden vastgesteld of ze zijn opgevolgd (*tabel 3*). Het blijkt dat 61,7% van de adviezen (deels) werd opgevolgd door de huisarts. De adviezen inzake medicatie, opname in ziekenhuis of verpleeghuis of verhuizen naar een verzorgingshuis werden veelal overgenomen. Van de overige adviezen namen de huisartsen de helft over. Het gebrek aan motivatie van de patiënt bleek een belangrijke factor te zijn bij het niet opvolgen van adviezen.

Van 6 patiënten ontbreekt deze beoordeling. De redenen hiervoor zijn respectievelijk: niet te traceren vanwege de anonieme formulieren (3 patiënten), onvolledig conclusie- en behandeladvies-formulier (1 patiënt), geen reactie van de verwijzer (1 patiënt) en een overleden patiënt.

Tabel 4. Toestand van de patiënt in vergelijking met tijdstip ontvangst behandeladvies (n=24).

	verbetering	geen verandering	achteruit	onbekend
somatisch	6	9	5	4
psychosociaal	4	11	5	4

4. Twee maanden na ontvangst van het advies is, volgens de geïnterviewde huisartsen, bij 25% van de patiënten een daadwerkelijke verbetering opgetreden in somatisch opzicht en bij 17% in psychosociaal opzicht. Daarnaast blijkt dat bij het merendeel van de patiënten de toestand zich heeft gestabiliseerd (zie *tabel 4*). Bij vier patiënten kon de huisarts geen uitspraak doen omtrent de actuele psychosociale en somatische toestand.

Beschouwing

Op basis van de resultaten kunnen we concluderen, dat er een toegevoegde waarde is van het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam ten aanzien van de diagnoses: er zijn zowel somatische als psychologische diagnoses toegevoegd. De aanvullende somatische diagnoses komen, voor zover vergelijkbaar, overeen met ander onderzoek betreffende consultatiemogelijkheden voor geriatrische problematiek.[10] Ook voor het advies inzake zorg en behandeling vertegenwoordigt het team een toegevoegde waarde. De huisartsen beoordelen de consultatie positief, maar niet alle adviezen worden opgevolgd. Van de beoordeelde adviezen is 61,7% (deels) opgevolgd door de huisarts. Deze mate van opvolging bij complexe geriatrische problematiek stemt overeen met de bevinding van Schrijnemakers en Haveman.[11] Qua inhoud stemt het hoge aantal medicatieadviezen eveneens overeen met andere studies.[10 11]
Strikt genomen is er bij slechts een klein aantal patiënten sprake van een verbetering in somatische en psychosociale toestand. Gezien de precaire gezondheidstoestand van deze ouderen kan worden gesteld dat de classificatie 'geen verandering' eveneens een positieve bevinding is.
Bij de beschrijving van het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam is een aantal doelstellingen geformuleerd. Hieromtrent kan het volgende worden geconcludeerd: De ondersteuning van de huisartsen met advies is gerealiseerd, aangezien dezen het team daadwerkelijk hebben geraadpleegd. Uit een vergelijking met het aantal consultaties bij een provinciaal geriatrisch consultatiepunt blijkt dat het team in een specifiek stadsdeel vaker wordt geconsulteerd.[10] Handhaving van de patiënt in de bestaande woonsituatie is eveneens gerealiseerd: 20 van de 24 patiënten van wie de huisarts een tweede beoordeling gaf bleken nog steeds thuis te wonen. Gezien de conditie van de patiënten kan worden gesteld dat de consultatie van het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam door de huisarts niet in de beginfase van de problematiek plaatsvindt. Vooralsnog blijkt vroegtijdige diagnostiek van complexe geriatrische problematiek niet haalbaar te zijn. Deze bevinding sluit aan bij ander onderzoek waarin deskundigen hun twijfel uiten over het tijdig consulteren door de huisarts van geriater of verpleeghuisarts, met name bij psychogeriatrische problematiek.[12]
De huisarts speelt een vooraanstaande rol in de zorg voor ouderen. Van de ouderen boven de 65 jaar valt 98% onder zijn verantwoordelijkheid.[13] Ten aanzien van de bij huisartsen ervaren tekorten in deskundigheid van complexe geriatrische problematiek lijkt het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam dan ook een geschikt ondersteuningsinstrument.[14] Zelfs bij een kleine groep patiënten zijn positieve resultaten waarneembaar. De expertise van de teamleden heeft geresulteerd in een toevoeging ten aanzien van de diagnostiek en van de behandeladviezen. Feitelijk vormt het team een aanvulling op de bestaande consultatiefunctie van het verpleeghuis, aangezien standaard uitgebreid medisch, sociaal en psychologisch onderzoek wordt verricht. In het kader van de consultatiefunctie worden andere disciplines geraadpleegd ná een inschatting door de verpleeghuisarts.[15] De noodzaak van een multidisciplinaire aanpak bij complexe geriatrische problematiek is onder meer gebleken uit de toegevoegde diagnoses inzake psychische en sociale problematiek. Gezien het belang van de motivatie van de patiënt bij de opvolging van het advies, lijkt het zinvol bij verder onderzoek op dit terrein ook het gezichtspunt van de patiënt in het geheel te betrekken.

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Stichting Sociaal Geriatrisch Gerontologisch Centrum, namens de projectgroep Geriatrisch Diagnose en behandeladviesteam te Rotterdam.

dr Th. Collijn,
dr A. Kerkstra,
Nivel te Utrecht

De bij dit artikel behorende **literatuurlijst** is bij de redactie opvraagbaar.

Verouderen in noord en zuid

Culturele en sociaal-economische verschillen

L.J.A. Oomen

Over de verschillen in zorgverlening aan de ouderen in de rijke en in de arme landen.

VEROUDERING IS een wereldomvattend verschijnsel, dat in ieder land, afhankelijk van de bevolkingssamenstelling en van de medische, culturele en sociaal-economische omstandigheden, een ander verloop heeft. In de rijkere landen is de bevolkingsveroudering vrijwel voltooid; de armere landen, met een vijftien jaar lagere levensverwachting, staan aan de vooravond van een demografische transitie die versneld zal worden doorlopen. Nu wij in een 'global village' leven, is het voor het eerst mogelijk de ervaringen over verouderingsprocessen uit te wisselen, zodat de hier gemaakte fouten elders niet worden gemaakt en creatieve ideeën kunnen worden overgenomen. Een vergelijking van ervaringen tussen noord (ontwikkelde landen) en zuid (ontwikkelingslanden) levert pregnante verschillen op en geeft de beste waarborgen voor een waardevolle uitwisseling. Dit uitwisselen van ideeën en ervaringen dient niet zoals gewoonlijk van noord naar zuid te lopen, maar ook vice versa.

In het noorden heeft de industriële ontwikkeling geleid tot een verafstandelijking tussen jong en oud, en daarmee tot een institutionalisering van die laatste groep. Het ontbreken van materiële bronnen dwingt het zuiden tot grote inspanningen om ouderen op waardige wijze in de gemeenschap te integreren. Zuid en noord hebben zich beiden om hun ouderen bekommerd: het noorden gaf hen afstandelijke aandacht, het zuiden zorgde op warm menselijke wijze voor een kleiner aantal van hen.

De demografische verschillen tussen noord en zuid zijn opmerkelijk. De levensverwachting bedraagt respectievelijk 73 en 59 jaar, met opvallende regionale uitschieters.[1] De procentuele veroudering van de bevolking in het zuiden is door een falende geboortenregeling in het verleden weliswaar laag (7%) in vergelijking met het noorden (17%), maar de absolute aantallen ouderen zijn er overweldigend (*tabel 1*). De veroudering in het noorden heeft geleid tot een omvangrijke groei van het aantal zeer bejaarden (80-plussers), voor tweederde vrouwen. De ouderen in het zuiden behoren voor het grootste deel tot lagere leeftijdscategorieën (met een meer gelijke man-vrouwverdeling).

De afhankelijkheidsratio (aantal 65-plussers/100 economisch actieven) zal voor de zuidelijke landen weliswaar toenemen, maar zal met 13/100 aanzienlijk lager zijn dan de 32/100 voor de noordelijke landen (*tabel 2*).

In samenhang met de demografische data vertonen het ziekte- en het sterftepatroon grote verschillen. Verkeerde voeding en slechte sanitaire en medische voorzieningen veroorzaken in het zuiden nog steeds een hoge mortaliteit door acute infectieuze en parasitaire aandoeningen (*tabel 3*).

Tabel 1. Zestig-plusbevolking in noord en zuid over de periode 1950-2025.

	absoluut in milj.			percentage		
	1950	1990	2025	1950	1990	2025
wereld	201	489	1.206	8%	9,2%	14,2%
noord	95	206	345	11,4	17,1	25,5
zuid	106	283	861	6,3	6,9	12

Bron: United Nations, 1991.

Tabel 2. Totale en 65+ afhankelijkheidsratio over de periode 1950-2025 voor continenten.

	totaal (-15 en 65+)			65+-afhankelijkheid		
	1950	1990	2025	1950	1990	2025
Afrika	84	93	62	6	6	7
Latijns-Amerika	78	69	52	6	8	13
Noord-Amerika	54	51	61	13	19	32
Azië	69	61	47	7	8	14
Europa	52	49	58	13	20	32
GOS	57	54	55	10	15	23

Bron: United Nations, 1989.

Tabel 3. Veranderingen in mortaliteitspatroon van noord en zuid over de periode 1985-2015.

	noord in milj.			zuid in milj.		
	1985	2015	ratio	1985	2015	ratio
infectieziekten	1,08	1,02	0,9	13,64	9,08	0,7
hartziekten	6,0	7,69	1,3	7,20	16,73	2,3
neoplasmata	2,16	2,61	1,2	2,65	6,69	2,5
traumata	0,72	0,73	1,0	3,03	3,35	1,1
anders	2,04	2,45	1,2	11,38	11,95	1,1
totale mortaliteit	12,00	14,5	1,2	37,9	47,9	1,3

Bron: Poules J, 1992.[2]

Gezondheidsrisico's

De toename in levensverwachting, de westerse invloeden op leef- en voedingspatronen en de milieudegradatie door industrialisatie vertegenwoordigen specifieke gezondheidsrisico's en veroorzaken een epidemiologische transitie van acute naar chronische ziektebeelden.[3] Deze chronische ziektebeelden, die met de leeftijd exponentieel toenemen, hebben het noorden al decaden lang getroffen. In de naaste toekomst betreft de grootste zorg voor het noorden echter de categorie zeer oude mensen (80-plussers), met de inherente aandoeningen. De afname van het welbevinden op die leeftijd wordt veroorzaakt door dysfuncties als immobiliteit en het minder worden van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), zintuiglijke functies en geheugen. In de geriatrie spreekt men wel van de drie geriatrische giganten: instabiliteit, incontinentie en de afname van het geheugen. Deze dysfuncties zijn etiologisch zeer divers van aard en de ouderdoms- en ziekteverschijnselen zijn onontwarbaar met elkaar verweven. Zeer oude mannen brengen ruwweg 30% van de jaren na hun vijfenzestigste 'disabled' door. Voor vrouwen, met hun hogere levensverwachting, is dat ➡

zelfs rond de 50%.[4] De internationale standaardisering van functies is nog niet optimaal en vormt wellicht een verklaring voor de grote verschillen per land. Mogelijk spelen ook genetische verschillen, de leefwijze en de mate van activiteit een rol. Volgens Paillat vormen de toenemende afhankelijkheid, de feminisatie en de afnemende draagkracht van de familie dè grote problemen van 80-plussers.[5] Het is duidelijk dat in het noorden de medische en zorginterventie met de toenemende levensverwachting parallel oploopt en tenslotte zal leiden tot institutionalisering.[6]

Sociaal-economische situatie

In het noorden beschikken de ouderen op hun 65ste over een eigen inkomen via een pensioen (van staat of werkgever), persoonlijk spaarsysteem of bijstand. De meeste ouderen in het noorden zijn geletterd, mondig en georganiseerd. Hun toenemend aantal vertegenwoordigt een politieke macht en invloed die ten goede komt aan hun sociaal-economische positie.

In het zuiden zijn de ouderen 'first of all poor, only secondarily aged'. Slechts 10% tot 15% van hen beschikt over een pensioenvoorziening, driekwart woont samen met familieleden, wordt door hen verzorgd of deelt in hun armoede. Ouderen moeten vaak tot op hoge leeftijd bijdragen aan hun eigen onderhoud of dat van hun familie. Het hoge percentage analfabeten onder de bejaarden maakt hen onmondig. Als groep zijn ze niet in staat op te komen voor een betere sociaal-economische positie en worden ze als tweederangs burgers gemarginaliseerd.

De culturele opvattingen over ouderdom zijn in noord en zuid zeer verschillend en beïnvloeden het zorgpatroon. Het noorden vertegenwoordigt een maatschappij waarin individu en arbeid centraal staan. Jeugd en lichamelijke schoonheid worden overgewaardeerd. Door zich te bewijzen bereikt men de top; de competitie is moordend. Pensionering maakt een einde aan de maatschappelijke deelname. De oudere wordt een negatief stereotype toebedeeld. De maatschappij in het zuiden staat dichter bij de natuur. Het is een wij-maatschappij, waarbij het familiebelang meer telt dan het individuele voordeel. Competitie is er onbekend. Men investeert in relaties, niet in geld. Als hoofd van de familie staat de oudere in hoog aanzien. Ouderdom wordt niet gezien als een lichamelijke afgang, maar als een geestelijke ontplooiing en rijping. Men ziet bejaarden door hun geringe aantal niet als een aparte groep. Zij worden gemakkelijk in breed familieverband opgenomen en als dragers van traditie en wijsheid met respect verzorgd.

Zorgsystemen

In het noorden wordt naar schatting 80% van de ouderenzorg verstrekt via de informele kanalen. Voor de hulpbehoevende ouderen met milde functiestoornissen is er thuiszorg of speciale behuizing. Zeer invalide mensen worden in instituten opgenomen. Financiering vindt plaats via de staat, al dan niet aangevuld met naar rato bijdragen van individu of familie. De verse cohorten ouderen stellen steeds hogere eisen aan de kwaliteit van de verzorging: 'The sky is the limit'.

In het zuiden valt de zorg voor valide en invalide ouderen toe aan de familie, zonder hulp van buiten. Respect voor de ouderdom, traditie en culturele opvattingen hebben tot nu toe een verzorging gegarandeerd. Het zuiden kent nauwelijks instituten voor ouderen. De overgang van de grootfamilie naar een nucleaire gezinsvorm (door urbanisatie) en de verkleining van de nucleaire familie (door afname van fertiliteit) vormen daar op dit moment een ernstige bedreiging voor de familiezorg.[7] Bovendien neemt het absolute aantal ouderen en hun invaliditeit aanzienlijk toe.

Toekomstige zorg

Het noorden bant de oudere uit de maatschappij; de institutionalisering is daarvan een uiting. De oudere wordt voorgesteld als lichamelijk zwak, lelijk en onproduktief. De pensioengerechtigde leeftijd betekent een breuk met de maatschappij, de afstand tussen jong en oud wordt vergroot, eenzaamheid wordt het kenmerk van de ouderdom. Dit negatieve beeld van de ouderdom, de grotere behoefte aan zorg in de toekomst, de toenemende afhankelijkheidsratio en de falende economie vragen om een bijstelling van de huidige zorgverlening. Er is behoefte aan een grotere flexibiliteit in de zorg, met terugdringing van institutionele zorg en verschuiving van formele naar informele zorgverlening. Meer aandacht voor de preventie van chronische ziektebeelden en voor de drie giganten kan institutionele zorg terugdringen. Dit vraagt om een verbetering van het maatschappelijk leefpatroon: gezonde voeding, aandacht voor mobiliteit, vermindering van stress en intoxicatie. De overgang naar informele zorg, gesubsidieerd door de staat, biedt een waarborg vóór emotionele ondersteuning en tégen eenzaamheid. De verantwoording voor de zorg dient te worden omgebogen van de staat naar het individu. Concurrentie in zorg via het marktmechanisme kan de zorgverlening betaalbaar houden.

Het zuiden zal zijn kracht blijvend moeten zoeken in zijn sterk ontwikkelde gemeenschapszin en een eigen versie moeten formuleren van de moderne welzijnsstaat. De staat zal aandacht moeten besteden aan de waardevolle bijdragen van de grootfamilie en het nucleaire gezin en de gemeenschap aan de zorg voor ouderen en dit in subsidie uitdrukken. Institutionele zorg wordt als onnatuurlijk en in strijd met de opvattingen betreffende de familie ervaren. Het zuiden zal zijn burgers en hun gezondheid moeten beschermen tegen de negatieve invloeden van de westerse cultuur. Het zal meer aandacht moeten besteden aan de armoede en de financiële afhankelijkheid van zijn oudere bevolking. Van de ouderen beschikt 80% niet over enige sociale zekerheid, met name de boeren, de middenstanders en de informele sector. De beste oplossing lijkt multidimensioneel: een bescheiden bijstand via de staat, aangevuld met spaargelden of inkomsten van familie, de gemeenschap of eigen werk. De staat kan het inkomen van ouderen verhogen door subsidie op gezondheidsvoorzieningen, behuizing, vervoer of voedsel.[8]

Concluderend: Het noorden moet de verantwoordelijkheid van de zorgverlening aan ouderen verleggen van staat naar individu en meer aandacht besteden aan ziektepreventie, flexibiliteit van zorg en emotionele opvang ter bestrijding van eenzaamheid. In het zuiden zal de staat de bestaande familiezorg moeten koesteren en bewaren, chronische ziekten trachten te voorkomen door het propageren van een gezonde levensstijl en de verantwoordelijkheid op zich moeten nemen voor economische ondersteuning van zijn bejaarden. •

Het zuiden zal een eigen versie moeten formuleren van de moderne welzijnsstaat

dr L.J.A. Oomen,
internist te Eefde

Noot

De WHO neemt 60 jaar als limiet van volwassen-oud zijn, andere instanties hanteren 65 jaar als grens.

Literatuur

1. Kane R, Grimley Evans J, MacFadyan D. Improving the health of older people. Oxford University Press, 1990.
2. Poules J. Changes in disease patterns and related social trends. S Sc Med 1992: 367-77.
3. Trowell H, Burkitt D. Western diseases. London: Edward Arnold, 1981.
4. Charnie M. Aging, disability and gender. Bold 1991; 2: 24-9.
5. Paillat P. Aging within aging. Bold 1992: 19.
6. Nostrand J van et al. Nursing home care in five nations. IFA 1993; 2: 1-6.
7. Apt N. Who is caring for the aged in Ghana. Bold 1991; august: 5-10.
8. Hoskins D. Social security protection of elderly in developing countries. Bold 1991; may: 8-9.

Psychiatrie in Zweden

Verslag van een studiereis

J. Lucieer

Ook in Zweden slaat de recessie toe. Het is de vraag of het op socialistische principes gebaseerde gezondheidszorgsysteem daar gehandhaafd kan blijven. Hoe zal het dan de geestelijke gezondheidszorg vergaan?

IN ZWEDEN hebben niet alle patiënten een huisarts; iedereen is er gerechtigd direct contact op te nemen met de specialist in het ziekenhuis. Er bestaat ook geen crisisdienst, zoals die in Nederland wordt uitgeoefend door de Riagg. Iedereen die acuut hulp nodig heeft meldt zich bij de afdeling Crisisinterventie van het ziekenhuis. Op verzoek van een huisarts of op eigen initiatief kan ook de politie iemand in een acute crisis overbrengen naar het ziekenhuis, waar wordt beoordeeld of de patiënt (gedwongen) moet worden opgenomen.

Organisatie

Het beleid wordt op hoofdlijnen voorbereid door het ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken en vastgesteld door het parlement. Als adviesorgaan kent men het Swedish Planning and Nationalization Institute (SPRI, een zusterorganisatie van het NZi) en de federatie van regiobesturen (Swedish federation of county-councils). Het SPRI telt 50 projectmedewerkers en adviseert de regering over financieringsvraagstukken (waaronder kosten-effect studies), medische informatica en de kwaliteit van zorg (patiënten-feed-backsystemen, ontwikkeling van standaarden, opsporen van aandachtsgebieden, inhoud en opleiding van beroepsgroepen). Zweden is ingedeeld in 6 gezondheidsregio's, elk bestaande uit ongeveer 1,5 miljoen inwoners. Deze gezondheidsregio's zijn met uitzondering van de regio Stockholm zeer uitgestrekt en zodoende erg dun bevolkt. De 6 gezondheidsregio's zijn weer opgedeeld in 23 regionale verzorgingsgebieden (counties) en 3 stadsregio's (municipalities) met gemiddeld circa 300.000 inwoners. De regio's worden politiek bestuurd; zij beschikken elk over een algemeen ziekenhuis met een afdeling Psychiatrie. Elke regio is weer onderverdeeld in 4 subregio's van elk circa 60.000 tot 75.000 inwoners. In het ziekenhuis bevinden zich:

- De crisisinterventieafdeling (emergency-room) met 12 bedden voor de gehele regio (opnameduur maximaal 24 uur). Als doorplaatsing na 24 uur niet mogelijk maar wel nodig is, worden de kosten voor een langer durend verblijf op de crisisinterventieafdeling verhaald op het budget van de subregionale behandelafdeling.
- Per subregio circa 24 bedden, verdeeld over 2 afdelingen van elk 12 bedden met door het politiek bestuur bepaalde functies, bijvoorbeeld open en gesloten behandelafdeling. Voor de gehele regio heeft het ziekenhuis daarnaast nog enkele afdelingen van 12 (in beide bezochte ziekenhuizen 3) bedden voor bijvoorbeeld ouderenpsychiatrie, alcoholverslaafden, een onderzoeksafdeling voor bijvoorbeeld lichttherapie, behandeling voor angststoornissen, etc. De invulling van deze functies vindt plaats op geleide van de hulpvraag van de regio; het ligt voor de hand dat de stadsregio andere hulpvragen prioriteit geeft dan een streek met veel forensen. Patiënten verblijven gemiddeld 6 weken op deze afdelingen. Het primaire doel is hen weer in staat te stellen de behandeling/begeleiding ambulant voort te zetten. Uitwijken naar een ziekenhuis in een naastliggende regio is op beperkte schaal mogelijk; er zijn beperkingen opgelegd in verband met het feit dat het regiobestuur voor de betaling moet zorgen. Als een patiënt niet binnen drie maanden na de indicatiestelling kan worden opgenomen, is verwijzing naar een andere regio geboden, op kosten van de instelling in de eigen regio (dit geldt ook voor de somatische gezondheidszorg). Als het regiobestuur ontevreden is over de resultaten of over de aard van de aangeboden zorg, kan het voor functies afspraken met een ziekenhuis in een naastliggende regio maken. Zoals mag worden verwacht, heeft elke kliniek enkele patiënten die langer dan zes weken moeten worden opgenomen; toch worden voor dit doel niet meer dan gemiddeld 8 bedden gebruikt (St Gorans Hospital).
- Per subregio zijn centra voor poliklinische hulpverlening en deeltijdbehandeling ontwikkeld, al dan niet buiten het ziekenhuisterrein. Er wordt gewerkt met behandelteams met specifieke opdrachten, bijvoorbeeld naast een algemene psychiatrische polikliniek annex centrum voor deeltijdbehandeling (gemiddeld circa 900 patiënten en 5.000 consulten per subregio per jaar) een speciaal team voor de behandeling/begeleiding van psychotici, waarbij een poliklinisch spreekuur gekoppeld is aan deeltijdbehandeling of een dagactiviteitencentrum, een arbeidsrehabilitatieproject, een sociaal trefpunt, woonbegeleiding (hulp bij het onderhoud van de eigen woning), etc. Per subregio heeft men de beschikking over circa 14 stoelen voor deeltijdbehandeling. Soms beschikken deze extramurale teams ook over enkele bedden in de vorm van een tussenvoorziening voor tijdelijk verblijf. In principe beschikken alle patiënten in Zweden echter over een eigen huis of appartement: in Zweden is dit een grondrecht.
- Per regio is voor het oude chronische bestand van de voormalige zelfstandige en grote algemeen psychiatrische ziekenhuizen en voor patiënten met een erg invaliderend organisch psychosyndroom (morbus Korsakow, morbus Huntington) een soort verpleeghuis (nursing home) opgericht met een capaciteit van maximaal 150 bedden. In de toekomst wordt gerekend op maximaal 7 bedden per 100.000 inwoners in dergelijke nursing homes (exclusief de bedden voor psychogeriatrische patiënten, die in Zweden bij de somatiek zijn ondergebracht. In de nursing homes worden patiënten niet behandeld en heeft de hulp een voornamelijk verzorgend karakter. Voor dementerende bejaarden wordt het accent gelegd op de thuiszorg.

In de twee bezochte klinieken (Danderyd Hospital en St Gorans Hospital) vinden jaarlijks circa 7.000 patiëntencontacten plaats op de crisisinterventieafdeling. Deze leiden tot 2.000 opnames voor één nacht; van de betrokken patiënten worden er nog circa 600 na één nacht overge-

plaatst naar een van de behandelafdelingen, waar wordt gestreefd naar een korte verblijfsduur (gemiddeld zes weken). De herstructurering van de zorg gedurende de laatste decennia in deze richting heeft geleid tot een afname van de klinische capaciteit van circa 35.000 bedden, inclusief de bedden voor demente bejaarden in de jaren zestig, tot circa 10.800 nu (1,2), exclusief de bedden voor psychogeriatrische patiënten.

Financiering

In Zweden wordt de gezondheidszorg evenals de sociale werkprojecten, de sociale woningbouw, het onderwijs, enz. betaald uit de belastingen. Binnen het kader van landelijk opgestelde regels is het regiobestuur bevoegd per periode met het ziekenhuis afspraken te maken over de omvang van het zorgaanbod, de inhoud en de kwaliteit van de zorg (wat doet het ziekenhuis wel en niet, aan welke eisen moet de zorg voldoen, hoe wordt het resultaat gemeten), alsmede de prijs die voor de geleverde zorg wordt betaald (prijsafspraken per project/afdeling/zorgsoort). Het ziekenhuis krijgt geen geld voor zorg waarover vooraf geen afspraken zijn gemaakt. Zodoende bepaalt in Zweden niet de behandelaar, maar de politiek (de representant van de kiezers en dus van de patiënten) wie wel of niet wordt geholpen, hoe wordt omgegaan met wachtlijsten en waar prioriteit aan wordt gegeven. De politiek treedt in dit systeem op als zorgvrager en het ziekenhuis als zorgaanbieder (per regio één zorgvrager en één zorgaanbieder).

Het interessante van dit systeem is dat er geen schotten bestaan tussen de verschillende voorzieningen. Het terugdringen van het aantal bedden sluit naadloos aan bij het recht op een woning. Het aanbieden van werk in de vorm van een arbeidsrehabilitatieproject wordt zonder problemen gefinancierd, omdat het is gericht op het terugdringen van het aantal arbeidsongeschikten. In Zweden wordt dus in vergelijking met ons land beter gelet op de effecten van langdurige of chronische invaliditeit en de samenhang van voorzieningen. De Nederlandse zorgverzekeraar is namelijk slechts geïnteresseerd in de kosten van de gezondheidszorg en niet in de kosten van een blijvende WAO-uitkering aan iemand die verder van de gezondheidszorg geen gebruik maakt.

Een eigen-bijdragesysteem kent men in Zweden niet. Iedere inwoner heeft recht op een uitkering of basisloon van circa *f* 1.800 per maand.

Zorginhoudelijke aspecten

De klinische zorg is nadrukkelijk níet gericht op het bieden van een therapeutisch milieu, maar op het zo snel mogelijk oplossen van de crisissituatie, zodat de behandeling/begeleiding ambulant kan worden voortgezet.

In de klinieken zijn de artsen en verpleegkundigen de kerndisciplines. Maatschappelijk werkers zijn er niet. Psychologen slechts consultatief en in tijd beperkt en vormen van PMT, creatieve therapie en arbeidstherapie worden slechts mondjesmaat aangeboden en zijn duidelijk niet geïntegreerd in de behandelopzet (deelname op vrijwillige basis als een prettige vorm van tijdverdrijf). De behandeling is dan ook voornamelijk medicamenteus. Het was echter opvallend dat de patiënten er niet bovenmatig gedrogeerd uitzagen (opwindingstoestanden worden voornamelijk behandeld met barbituraten!). Ook past men in Zweden nog vaak elektroshocktherapie toe (in een regio van circa 275.000 inwoners bij ongeveer 100 patiënten per jaar).

De ambulante zorg is daarentegen veel meer multidisciplinair georganiseerd. Alle ons bekende disciplines zijn daarbij betrokken en daarenboven wordt veel aandacht besteed aan thuiszorg en een vorm van woonbegeleiding (hulp bij het onderhouden van het huis, boodschappen doen). Een aanzienlijk aantal patiënten combineert deeltijdbehandeling of bezoek aan een dagactiviteiten- of arbeidsrehabilitatiecentrum met part-time werk. In het sociaal trefpunt dat primair is bedoeld voor de patiënten mogen ook niet-patiënten komen. Tegen een redelijke prijs wordt daar dagelijks een maaltijd aangeboden. Opvallend was nog, dat de hulpverlening zich zo nodig ook uitstrekt tot een vorm van toezicht op de besteding van de uitkering en/of het beheer van het geld (sommige patiënten krijgen dagelijks een gedeelte van de uitkering). De behandelprogramma's zijn geformuleerd in concrete en meetbare doelen, waarbij wordt gemikt op herstel (een combinatie van medicatie en voornamelijk cognitieve therapieën) of stabilisatie (medicatie in combinatie met woonbegeleiding, dagbesteding/werk, psycho-educatie en netwerkopbouw of ondersteuning). Het behandelaanbod kan per regio nogal eens verschillen, mede afhankelijk van het referentiekader van het hoofd van de kliniek. Een meer psychodynamisch georiënteerde kliniek hebben wij echter niet kunnen bezoeken.

In Zweden worden nauwelijks Middelen en Maatregelen toegepast (op de crisisinterventieafdeling gemiddeld één- tot driemaal per maand gedurende maximaal 24 uur). Een separeerkamer of afzonderingsruimte bestaat niet. Als het nodig is, worden de patiënten op vijf punten gefixeerd op een eenpersoonskamer en alleen fixatie onder continue verpleegkundige begeleiding is toegestaan. Hoewel de personele formatie ruimer is dan in Nederland, bleven wij ons over de haalbaarheid van dit beleid verbazen.

In Zweden worden nauwelijks Middelen en Maatregelen toegepast

In Zweden wordt in vergelijking met ons land beter gelet op de effecten van langdurige of chronische invaliditeit en op de samenhang van voorzieningen

De Zweedse Krankzinnigenwet is in grote lijnen te vergelijken met de onze, behalve dat een patiënt op verzoek van de huisarts door de politie (niet door een ziekenwagen) zo nodig naar een ziekenhuis wordt gebracht en daar zonder enige formaliteit maximaal vier uur kan worden vastgehouden. Pas dan wordt bekeken of gedwongen opname noodzakelijk is en vullen twee artsen, van wie minimaal één psychiater, de geneeskundige verklaring in, die later (binnen enkele werkdagen) door de rechter wordt getoetst (geen tussentijdse toetsing door de burgemeester). Gedurende de eerste vier uur van de opname en indien een behandelaar dit noodzakelijk acht, wordt reeds met medicatie gestart. Een afzonderlijke beoordeling van het gevaarscriterium dat tot een gedwongen opname leidt en het recht een behandeling te weigeren, worden niet onderschreven (naast het gevaar als bindend criterium voor opname gaat men uit van het bestwil-principe). Het percentage gedwongen opnames is vergelijkbaar met de Nederlandse situatie. De inbewaringstelling (IBS) duurt in Zweden maximaal vier weken; deze kan worden gevolgd door een rechterlijke machtiging (RM) voor de duur van drie maanden, eventueel te verlengen met zes maanden.

Mogelijk mede als gevolg van het accent dat men legt op autonomie en van de specifieke eigenschappen van het land (dun bevolkt, lange en strenge winters met weinig daglicht, forse ontkerkelijking) is het aantal suïcides groot (2 op 1.000 inwoners per jaar).

De link tussen de klinische en de extra-

murale zorg wordt gelegd door 'casemanagers', die de kliniek (met name de crisisinterventieafdeling) dagelijks bezoeken. De clinici erkennen het primaat bij de behandeling/begeleiding van de extramuraal werkzame collegae. Zij maken deel uit van dezelfde staf en verzorgen bij toerbeurt de avond-, nacht- en weekenddienst op de 'emergency-room'.
Het was verrassend te zien dat er geen roulatiesysteem bestaat tussen de klinisch en de extramuraal werkzame staf. Ook in Zweden is er duidelijk een verschil in werkwijze en cultuur (de tijdsbesteding ten behoeve van 'face to face'-contacten bedraagt extramuraal krap 30% en intramuraal oplopend tot 70%). De SPRI zou graag een verdere verschuiving van de tijdsbesteding van de clinici zien in de richting van meer contacten met het extramurale veld en de huisartsen (nu gemiddeld slechts 4%).

Personeelsbezetting

De grote verschuiving van intramuraal naar extramuraal heeft het in Zweden tot op heden mogelijk gemaakt te werken met een zeer ruime personeelsbezetting. Zo beschikt de emergency-room over 4 fulltime medici en een verpleegkundige bezetting van 10 medewerkers overdag en 5 medewerkers 's nachts (3 op de klinische afdeling en 2 voor de poortdienst). Op de behandelafdeling is eveneens sprake van een ruimere bezetting dan in Nederland: altijd minimaal 2 verpleegkundigen op 12 bedden. Extramuraal heeft een psychoseproject voor gemiddeld 75 patiënten de beschikking over circa 9 fulltime medewerkers (alleen dagdienst). Ambulant en klinisch samen beschikt men over circa 1,9 full-time formatieplaats per bed. Door de opbouw van de voorzieningen wordt een groter gedeelte van de formatie bestemd voor de directe patiëntenzorg dan in Nederland.

Opleiding tot verpleegkundige

In Scandinavië kent de opleiding tot verpleegkundige twee niveaus: goed opgeleide 'nurses' met een 4-jarige dagopleiding op HBO-niveau, die zowel intra- als extramuraal inzetbaar zijn, en 'assistenten' met een opleiding van slechts 15 maanden, waarvan 9 maanden somatiek en 6 maanden psychiatrie.
De klinische afdelingen werken voor 25% tot 30% met 'nurses'; extramuraal werken uitsluitend 'nurses'. Alleen het eerste deskundigheidsniveau participeert in de behandeling door de uitvoering van voorbehouden verpleegkundige handelingen, waaronder het verstrekken van de medicatie, out-reaching begeleidingscontacten, etc. De andere medewerkers combineren verzorgende en begeleidende taken met huishoudelijk werk.

Conclusies en discussiepunten

- Door een verregaande vereenvoudiging van het systeem en een minimum aan bureaucratisering zijn er slechts twee relevante partijen bij het bepalen van het zorgaanbod in relatie tot de zorgvraag (in Nederland minimaal vier: de overheid, de financiers, de patiëntenbeweging en de vele zorgaanbieders).
- De integratie van belastingen en verzekeringen maakt een optimale afstemming mogelijk tussen de gelden die worden besteed aan gezondheidszorg, werk, huisvesting en uitkeringen.
- Het recht op wonen bevordert de extramuralisatie.
- Het werken met een regiobudget bevordert de keuze voor de zorg op maat. Het verlies van bedden leidt namelijk niet automatisch tot budgetkorting en heeft als voordeel dat meer zorgpersoneel beschikbaar is, zowel extra- als intramuraal.
- Zorgprogramma's die gerelateerd zijn aan diagnosegroepen vormen de basis voor de kostprijsberekening en de kwaliteitsborging en -toetsing. De systematische invoering van behandelmodulen gekoppeld aan zorgprogramma's kan in Nederland hetzelfde profijt opleveren.
- Het werken in kleine subregio-teams leidt tot de gewenste continuïteit van zorg. Wel wordt overal bevestigd dat verregaande subregionalisatie leidt tot een verschraling van de specialisatie, wat als verlies wordt ervaren.
- Subregionale teams lijken op de MFE-gedachte in Nederland, maar in Zweden is de kliniek voor vier subregio's onder één dak gehuisvest. Afstanden worden daar niet als probleem ervaren.
- Het werken met twee niveaus in de verpleging geeft ruimte voor een eigen identiteit voor de goed opgeleide verpleegkundigen.
- Het sociaal-psychiatrisch model leidt tot een groot aantal crisisopnames en mogelijk tot een iets hoger aantal (her)opnames maar geeft verder aanleiding tot tevredenheid.
- Opvallend is de toepassing van een gering aantal Middelen en Maatregelen. Deze keuze is enerzijds gebaseerd op behandelinhoudelijke gronden (voorkomt angst en regressie) en anderzijds mogelijk gemaakt door voldoende verpleegkundig personeel.
- Nu in Zweden de recessie in hoog tempo toeslaat, kan de vraag worden gesteld of het op socialistische principes gebaseerde systeem (recht op gratis gezondheidszorg, recht op huisvesting, recht op werk) gehandhaafd kan blijven. Het is van belang na te gaan of ook in deze samenleving de zwakkeren niet op termijn de dupe zullen worden van de recessie. Hoe zich dan de geestelijke gezondheidszorg in Zweden zal ontwikkelen, blijft een vraag.

J. Lucieer,
psychiater, directeur patiëntenzorg psychiatrisch ziekenhuis Vrederust te Halsteren

HULPVERLENING AAN ARTSEN

Landelijke contactpersonen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 01859-12292

Werkgroep Den Haag, tel. 070-3504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3463449



Bestrijding van infectieziekten

De bescheiden rol van de wetgeving

J.K. van Wijngaarden

Als gevaar voor de volksgezondheid spelen de infectieziekten anno 1994 een marginale rol. De plaats van de specifieke wetgeving op het gebied van de infectieziekten is dan ook bescheiden, al kan moderne wetgeving niet worden gemist.

INFECTIEZIEKTEN HEBBEN altijd een belangrijke rol gespeeld in de geschiedenis van de mensheid. Tot in de vorige eeuw hebben epidemieën de bevolking met grote regelmaat geteisterd en had de introductie van nieuwe ziekten dramatische gevolgen. In vroegere tijden, toen de kennis over etiologie en overdracht van infectieziekten gering was, beperkte de bestrijding zich grotendeels tot maatregelen die direct op het zichtbaar zieke individu en zijn bezittingen waren gericht. Melaatsen werden uit de steden verdreven, teringlijders werden apart gehouden in tentjes of verpleegd in afgelegen sanatoria en het hebben van een geslachtsziekte werd bestraft als een misdaad.

Gelukkig zijn dit beelden uit het verleden. De moderne infectieziektenbestrijding kent andere instrumenten om op effectieve wijze de bevolking tegen pathogene micro-organismen te beschermen. Deze instrumenten hebben in de eerste plaats betrekking op het handhaven van een hoge standaard van hygiëne: veilig drinkwater, een goed systeem van riolering en afvalverwerking, talrijke maatregelen bij de voedselproduktie (integrale ketenbewaking), moderne conserveringsmethoden en ongediertebestrijding. Ook tal van preventieve maatregelen in de persoonlijke sfeer maken mogelijk infecties te vermijden. Het gaat daarbij vooral om het gedrag van de individuele burger. Hygiënisch gedrag in brede zin (inclusief seksuele hygiëne) vormt een vrijwel vanzelfsprekend gegeven in onze moderne maatschappij.

Als we blootstelling aan pathogene micro-organismen door preventieve maatregelen niet (altijd) tegen kunnen gaan, kunnen we de eigen afweermechanismen van de mens ondersteunen. Daarbij is de belangrijkste factor een optimale conditie, dat wil zeggen: een lichaam dat niet is ondervoed of anderszins aan te grote belastende factoren wordt blootgesteld. Het belang van een optimale conditie kan worden afgeleid uit een afname van de incidentie van infectieziekten voordat de introductie van vaccinaties en antibiotica plaatsvond, namelijk in een tijd van toenemende welvaart, betere voeding en ruimere huisvesting. Een zelfde conclusie kan worden getrokken uit de voortdurende hoge kindersterfte ten gevolge van intestinale en luchtweginfecties in ontwikkelingslanden.

Daarnaast bleek het mogelijk door vaccinaties de specifieke afweer van het lichaam te mobiliseren, zonder daarbij het risico te lopen op de ernstige gevolgen van natuurlijke blootstelling aan het desbetreffende micro-organisme. De gezondheidswinst die hiervan wereldwijd het gevolg is (geweest) valt nauwelijks meer in getallen uit te drukken. De eradicatie van pokken vormt daarbij het voorlopig hoogtepunt.

Last but not least zijn sinds de komst van de antibiotica vooral bacteriële infecties goed te genezen, zodat de besmettelijke patiënt niet alleen zelf geneest, maar ook al snel geen gevaar meer vormt voor de omgeving. Overigens zijn juist op dit gebied problemen te verwachten vanwege de toenemende resistentie.

Alle hier genoemde instrumenten hebben bijgedragen aan een marginalisering van de infectieziekten als gevaar voor de volksgezondheid. De mortaliteit van de Nederlandse bevolking wordt nog slechts in geringe mate bepaald door besmettelijke ziekten. Bij nader beschouwing blijkt ook dat veel van de maatregelen plaatsvinden zonder dwang of drang, dat wil zeggen in de sfeer van (geconditioneerde) zelfregulering.

De zorg voor de kwaliteit van het voedsel, ook in microbiologisch opzicht, vormt een groot commercieel belang, niet in de laatste plaats door de belangrijke export van agrarische produkten uit Nederland. In de persoonlijke sfeer valt het eigen belang samen met het belang van de gemeenschap.

Ondanks de afwezigheid van een vaccinatieplicht voltooit ruim 97% van de jaarcohorten de eerste serie vaccinaties van het Rijksvaccinatieprogramma. In een recent advies van de Nationale Raad van de Volksgezondheid wordt een vaccinatieplicht (voor polio) zelfs contraproduktief geacht. Met vaccinatie wordt niet alleen het individu beschermd, maar vermindert of verdwijnt in een aantal gevallen tevens de circulatie van het micro-organisme en komt er een hoge mate van groepsimmuniteit tot stand. Onder invloed van AIDS heeft zich binnen de homoseksuele gemeenschap in korte tijd een indrukwekkende gedragsverandering voltrokken op seksueel gebied, vooral door inzet van de gemeenschap zelf en niet door drang of dwang van buitenaf.

De problematiek die in Nederland nog resteert op het gebied van de infectieziekten is over het algemeen goed te bestrijden door vroegtijdige onderkenning en gerichte actie, veelal gepaard gaande met bron- en contactopsporing. Hierbij speelt het landelijk netwerk van GGD's een centrale rol.

Het belang van specifieke wetgeving

Uit het voorgaande komt het beeld naar voren dat de infectieziektenproblematiek beheersbaar is geworden door de inzet van een brede scala van instrumenten, waarbij het hoge welvaartsniveau, de moderne technologie en het welbegrepen eigenbelang de belangrijkste hulpmiddelen vormen. In totaal gaat het om een fijnmazig netwerk van voorzieningen, activiteiten en maatregelen die, indien zorgvuldig onderhouden, ook in de toekomst de bevolking een hoge mate van bescherming kunnen bieden. Op welke wijze kan specifieke wetgeving op het gebied van de infectieziektenbestrijding nog van betekenis zijn?

Er zijn uit overwegingen van bescherming van de volksgezondheid twee belangrijke redenen om wetgeving te handhaven. In de eerste plaats is het voor de bestrijding van infectieziekten nodig dat er inzicht bestaat in de incidentie en prevalentie ervan. Dit geldt vooral voor ziekten die snel ingrijpen noodzakelijk maken om verspreiding tegen te gaan.

In de tweede plaats kan niet worden uitgesloten dat zich toch situaties voor-

doen waarbij op het individu gerichte maatregelen nodig zijn om derden tegen schade te beschermen. In het uiterste geval zal er sprake zijn van gedwongen isolatie. Gezien de hierbij onvermijdelijke botsing met individuele grondrechten is formele wetgeving nodig om te omschrijven onder welke omstandigheden dit soort maatregelen nodig is en welke procedures daarbij moeten worden gevolgd.

Inzicht in de aanwezigheid van infectieziekten komt niet automatisch tot stand. Hiervoor is, naast andere methoden, een meldingsplicht noodzakelijk. Deze meldingsplicht is momenteel de enige wijze waarop de medicus practicus met de bestaande wetgeving op het gebied van de infectieziekten in aanraking komt.

De Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken kent drie categorieën van ziekten die verplicht moeten worden aangegeven, in eerste instantie aan de GGD en via de GGD aan de Geneeskundige Inspectie. De *A-categorie* bevat een beperkt aantal ernstige ziekten die reeds bij vermoeden worden aangegeven, bijvoorbeeld polio en rabies. De *B-categorie* bevat een veel groter aantal ziekten van uiteenlopend karakter die binnen 24 uur na vaststelling door de diagnostiserend arts moeten worden aangegeven; voorbeelden zijn tuberculose, hepatitis A en B, Q-koorts, brucellose, meningococcose en voedselvergiftigingen en -infecties. Er resteert een kleine *C-categorie*: ziekten die anoniem worden gemeld. Hierin zijn vooral syfilis en gonorroe van belang.

De meldingen worden elke vier weken in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde in tabelvorm gepubliceerd. In het algemeen zal elke melding in de A- of B-categorie leiden tot nader onderzoek door de GGD en maatregelen om verdere verspreiding tegen te gaan. Hiertoe bestaat een landelijk uniform systeem dat is beschreven in de Protocollen Infectieziekten. Deze protocollen gelden als nationale standaard en zijn uitgegeven door de Geneeskundige Inspectie en de Vereniging Directeuren Basisgezondheidsdiensten (de voorloper van de huidige Landelijke Vereniging van GGD's).

Door de hoge mate van onderaangifte voldoet het huidige aangiftesysteem maar matig. Weliswaar kent de wet sanctiemogelijkheden indien een aangifteplichtige ziekte niet wordt gemeld, maar in praktijk worden deze sancties nooit toegepast. De aangiftebereidheid lijkt evenredig te zijn met het besef van de arts dat er een reëel gevaar voor de volksgezondheid aanwezig is. Het lijkt dan ook verstandig te zoeken naar een systeem dat de aangifteplicht voor de individuele arts beperkt tot een kleiner aantal infectieziekten, waarbij de noodzaak voor het nemen van collectieve maatregelen evident is. Ter illustratie: weinig artsen zullen twijfelen aan de noodzaak een vermoedelijk geval van polio of een patiënt met open tuberculose aan te geven. Het evidente gevaar voor de volksgezondheid maakt ook dat in dergelijke gevallen een nominatieve aangifte gerechtvaardigd is (en dus het beroepsgeheim wordt doorbroken). Een groot deel van de ziekten uit de B-categorie kan beter op een andere wijze worden aangegeven, onder meer via de laboratoria. Voor het stellen van de diagnose zal immers vrijwel altijd laboratoriumonderzoek van lichaamsmateriaal nodig zijn, waardoor de benodigde gegevens ook door de laboratoria kunnen worden geleverd. Gezien het overwegend minder dringende karakter van de bestrijdingsmaatregelen kan dan worden volstaan met het vermelden van de inzendend arts, zodat de GGD via de arts nadere informatie kan inwinnen en eventueel tot actie kan overgaan. Door een logische en voor de medicus practicus overtuigende inrichting van het systeem kan een in praktijk uitvoerbare aangifte tot stand worden gebracht, weliswaar geënt op formele wetgeving (vanwege de inbreuk op de privacy) maar zonder al te veel problemen in de sfeer van de handhaving en zonder dat een overmatige beroep wordt gedaan op de publieke verantwoordelijkheid van de individuele behandelaar.

De bepalingen in de wet die een verregaande inbreuk op de individuele grondrechten mogelijk maken zijn te beschouwen als een 'ultimum refugium'

De legitimering van op de persoon gerichte maatregelen in wetgeving op het gebied van de infectieziekten vindt haar grondslag in het potentieel bedreigende karakter voor de volksgezondheid. Ondanks alle beschikbare instrumenten kan niet worden uitgesloten dat zich situaties voordoen dat individuele personen, nu of in de toekomst, bij bekende of nog onbekende aandoeningen, een bedreiging gaan vormen zonder dat anderen zich hiertegen in redelijke mate kunnen beschermen. Ook kan niet (altijd) worden verwacht dat in dergelijke situaties beschermende maatregelen vrijwillig tot stand komen. In de recente geschiedenis zijn geen voorbeelden te vinden waarbij dergelijke op de persoon gerichte maatregelen noodzakelijk waren, met uitzondering van wering van werk (bijvoorbeeld bij voedselbereiding). Ook in het geval van AIDS is er onvoldoende reden de dragers van de infectie beperkende maatregelen op te leggen. Er is echter wel een voorbeeld te noemen waarbij gedwongen isolatie denkbaar is: bij patiënten bij wie een open vorm van tuberculose met een multiresistente tuberkelbacil is vastgesteld en die zich onttrekken aan behandeling. Deze vorm van tuberculose is moeilijk te behandelen en gaat ook bij gezonde mensen gepaard met een hoge letaliteit (ongeveer 40%).

Conclusie

Bescherming tegen ernstige infectieziekten is vooral een zaak van het vermijden van blootstelling in het milieu enerzijds en het optimaliseren van de lichamelijke afweer anderzijds. De plaats van de specifieke wetgeving op het gebied van de infectieziekten is dan ook bescheiden, al kan moderne wetgeving niet worden gemist. Het is verheugend dat momenteel een werkgroep van het ministerie van WVC, onder voorzitterschap van voormalig geneeskundig inspecteur infectieziekten dr H. Bijkerk, beziet op welke wijze de bestaande, sterk verouderde Wet Bestrijding Infectieziekten kan worden vervangen door een wet die aan de huidige medische en juridische inzichten is aangepast. Deze nieuwe wetgeving moet een beperkte inbreuk op het medisch beroepsgeheim mogelijk maken om tijdig geïnformeerd te zijn over situaties die een mogelijke bedreiging vormen voor de volksgezondheid. Met het instrumentarium dat thans ter beschikking staat, zal het in het algemeen mogelijk zijn de bedreiging af te wenden door maatregelen die niet of nauwelijks inbreuk maken op de individuele grondrechten. De bepalingen in de wet die een verregaande inbreuk op deze rechten mogelijk maken, zijn daarmee te beschouwen als een 'ultimum refugium'; toepassing ervan zal in praktijk niet of uiterst zelden nodig zijn. •

J.K. van Wijngaarden,
geneeskundig inspecteur voor infectieziekten

Literatuur

1. Mc Neill WH. Plagues and Peoples. Penguin Books, 1979.
2. Brandt AM. No Magic Bullet. Oxford University Press, 1987.
3. Volksgezondheidstoekomstverkenningen. RIVM, 1993.
4. 'Vaste prik'. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1993.
5. Dute JCJ. De wetgeving ter bestrijding van infectieziekten. Ars Aequi Libri, 1994.
6. Richtlijnen met betrekking tot de behandeling en preventie van multiresistente tuberculose in Nederland. KNCV, 1993.



Wettelijke regels voor de infectieziektenbestrijding

Sluitstuk van preventie

J.C.J. Dute

De huidige wetgeving voor de bestrijding van infectieziekten ademt een sfeer die niet meer van deze tijd is. Niet alleen uit een oogpunt van individuele rechtsbescherming, ook ter wille van de volksgezondheid is een nieuwe infectiewet noodzakelijk.

DE BESTRIJDING VAN infectieziekten behoort van oudsher tot de taak van de overheid. Artikel 22, eerste lid, van de Grondwet bepaalt, dat de overheid maatregelen dient te nemen ter bevordering van de volksgezondheid. De infectieziektenbestrijding vormt hiervan een belangrijk aspect. Ook op grond van enkele internationale verdragen is de overheid gehouden 'passende maatregelen' te nemen om de verspreiding van infectieziekten onder de bevolking tegen te gaan.

'Passende maatregelen' is een veelomvattend begrip; het houdt in: armoedebestrijding, levensmiddelencontrole, drinkwatervoorziening, afvalverwijdering, vaccinatieprogramma's, enz. Het gaat hier dus niet alleen, en zelfs niet primair, om wettelijke maatregelen. Dat neemt niet weg dat wetgeving noodzakelijk kan zijn ter ondersteuning van het preventiebeleid. Kwaliteitsregels kunnen worden gesteld (bijvoorbeeld ter voorkoming van besmetting via bloed of plasma), de financiering kan wettelijk worden geregeld (zoals het Rijksvaccinatieprogramma in de AWBZ) en de wet kan ook taken opleggen (zo dient de gemeenteraad op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid zorg te dragen voor de preventie van tuberculose, seksueel overdraagbare aandoeningen en AIDS).

Wettelijke regelingen voor de bestrijding van infectieziekten kunnen dus een verschillend karakter hebben. Gezondheidsrechtelijk trekt vooral die wetgeving de aandacht die de overheid bevoegd maakt maatregelen te treffen die direct op de (vermoedelijke) patiënt zijn gericht, zoals medisch onderzoek en afzondering. Hierbij zijn immers individuele (grond)rechten in het geding, zoals de privacy, de lichamelijke integriteit en de vrijheid, die in ons recht een bijzondere bescherming genieten.

Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken

Regels voor de infectieziektenbestrijding met implicaties voor individuele grondrechten zijn in verschillende wetten aan te treffen, maar toch vooral in de Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekteoorzaken (WBI).

De WBI trad in haar huidige gedaante in 1976 in werking, maar zij was geen nieuwe wet; het betrof slechts een (bescheiden) aanpassing van de Besmettelijke-Ziektenwet uit 1928. In het begin van de jaren zeventig streefde men naar een wet die niet beperkt zou zijn tot de infectieziektenbestrijding, maar het hele terrein van de epidemiologie zou bestrijken. De materie werd destijds te complex geacht. Onder meer door het opnemen van de mogelijkheid de wet op onbekende ziekten van toepassing te verklaren, wilde de wetgever niettemin een eerste stap in deze richting zetten. Daarop duiden ook de woorden 'opsporing ziekteoorzaken' in de citeertitel van de wet. Mede als uitvloeisel van de toegenomen aandacht voor de privacybescherming is dit beleidsdoel in de jaren tachtig op een zijspoor geraakt. Bij de omvorming van de Besmettelijke-Ziektenwet tot de WBI bleef de wet in grote trekken wat zij was, namelijk een instrument om epidemieën in een vroeg stadium te kunnen indammen. De tijdige melding door de arts en de afzondering van de patiënt werden daarbij als de middelen bij uitstek gezien.

De WBI is alleen van toepassing op infectieziekten die bij Algemene Maatregel van Bestuur zijn aangewezen. Zij zijn ingedeeld in drie groepen: A, B en C. De meeste ziekten, ongeveer dertig in getal, behoren tot de B-groep. De wettelijke regels die op deze A-, B- en C-ziekten van toepassing zijn, kunnen worden onderverdeeld in melding (ook wel aangifte genoemd), onderzoeksmaatregelen en bestrijdingsmaatregelen. Ter toelichting hierop het volgende:[1] artsen zijn verplicht het optreden van gevallen van infectieziekten aan de GGD te melden: A- en B-ziekten op naam van de patiënt, C-ziekten anoniem; A-ziekten dienen terstond en reeds bij vermoeden te worden doorgegeven, B-ziekten binnen 24 uur na vaststelling.

Onderzoeksmaatregelen kunnen worden opgelegd door de burgemeester, op advies van de GGD of de regionale inspecteur. Een voorbeeld is het geneeskundig onderzoek van een vermoedelijke patiënt of drager. Het gaat om gericht onderzoek, screening van groepen uit de bevolking is niet mogelijk. Ten slotte kan de burgemeester, wederom op advies van de GGD of de regionale inspecteur, maatregelen treffen waardoor de overdracht van ziekte daadwerkelijk wordt voorkomen, zoals afzondering van de patiënt, ontsmetting, werkverbod, sluiting van scholen, zwembaden en campings. Vaccinatie (afgezien van militairen op grond van de Wet immunisatie militairen) en medische behandeling zijn niet verplicht.

Overziet men de wet, dan valt allereerst haar ontoegankelijkheid op. De bepalingen laten zich niet gemakkelijk doorgronden en de opbouw als geheel is weinig overzichtelijk. De wet ademt een sfeer die niet meer van deze tijd is. Aan evenwichtige besluitvorming draagt dit vanzelfsprekend niet bij.

De regeling van de meldingsplicht is het meest 'levende' onderdeel van de wet. Dit neemt niet weg dat de mate waarin de meldingsplicht wordt nageleefd per ziekte verschilt.[2] Bij de meer ernstige infectieziekten zal vrijwel altijd tot melding worden overgegaan. Bij andere ziekten (bijvoorbeeld mazelen) zien artsen het nut van melding niet in en is er sprake van grote onderrapportage.[3] Begrijpelijk is dit wel. Verschillende infectieziekten zijn niet meldingsplichtig gemaakt opdat de overheid maatregelen kan nemen om verspreiding van ziekte te voorkomen, maar voor de evaluatie van het vaccinatiebeleid, het geven van adequate reizigersadviezen, enzovoorts. De privacy van de patiënt wordt zo onnodig aangetast en de wet oneigenlijk gebruikt.

De regeling van de onderzoeks- en bestrijdingsmaatregelen is sterk verouderd. ➔

De nadruk ligt op de afzondering van de patiënt. Andere maatregelen, zoals geneeskundig onderzoek en waarneming (quarantaine), worden slechts terloops geregeld. Inhoudelijk ontbreekt op essentiële punten een regeling (bijvoorbeeld voor de interne rechtspositie van de afgezonderde patiënt). Qua procedure is de besluitvorming onvoldoende afgestemd op het ingrijpende karakter van de maatregelen. Tijdige toegang tot de rechter is ook niet steeds verzekerd.
Naar verwachting kan de huidige regeling de toetsing aan het Europees Verdrag voor de rechten van de mens niet doorstaan. Nederland is hierin overigens niet uniek. Het te kort schieten van de wet is niet alleen een probleem voor degene die een maatregel krijgt opgelegd. Juist ook vanuit volksgezondheidsoogpunt is deze situatie niet aanvaardbaar. Immers, een wet die niet aan de maat van het internationale recht is, is in feite niet bruikbaar. Dat zich hier nog geen problemen hebben voorgedaan, zoals bij de vroegere Krankzinnigenwet, is louter te danken aan het feit dat toepassing van de WBI zelden tot nooit nodig is geweest. Daarbij past wel de kanttekening, dat in de praktijk soms wordt uitgeweken naar de Wet BOPZ om gedwongen afzondering van een patiënt met een besmettelijke ziekte (tuberculose) te realiseren.

Toelaatbaarheid dwang

Zoals gezien, is de overheid juridisch gehouden op te treden tegen infectieziekten, maar dit betekent niet dat de overheid nu ook zonder meer is gerechtigd in het belang van de infectieziektenbestrijding individuen in hun vrijheid te beperken. Bij melding wordt inbreuk gemaakt op de privacy en het beroepsgeheim. Geneeskundig onderzoek betekent aantasting van de lichamelijke integriteit en afzondering is vrijheidsontneming. Voor dergelijke ingrijpende maatregelen dient aan bijzondere voorwaarden te zijn voldaan.
Allereerst kunnen dergelijke maatregelen slechts worden getroffen indien de wet dit uitdrukkelijk toelaat. De wetgever heeft hier echter niet de vrije hand. Vrijheidsbeperkende maatregelen mogen alleen in de wet worden opgenomen, wanneer hiertoe een dringende maatschappelijke noodzaak bestaat, het te gebruiken middel effectief is, dit middel in redelijke verhouding staat tot het te bereiken doel en niet verder wordt gegaan dan strikt noodzakelijk is.
De vraag rijst dan, wanneer van zo'n dringende maatschappelijke noodzaak sprake kan zijn. Daarbij moet worden bedacht, dat de overheid niet onder alle omstandigheden infectieziekten hoeft te bestrijden: tegen onschuldige infectieziekten hoeft niet te worden opgetreden. Verder kan er voor dwingend overheidsoptreden alleen reden bestaan, wanneer leven of gezondheid *van derden* wordt bedreigd: de patiënt hoeft niet tegen zichzelf in bescherming te worden genomen, althans in dit opzicht onderscheiden infectieziekten zich niet van andere somatische aandoeningen. Ook is voor overheidsoptreden geen plaats wanneer men zelf besmetting kan voorkomen.
Dwingende overheidsmaatregelen jegens individuen kunnen hun rechtvaardiging dus alleen vinden in de noodzaak, dat gevaar voor leven of (ernstige) schade aan de gezondheid van andere personen wordt afgewend of beperkt, terwijl dit gevaar niet op andere wijze kan worden gekeerd of verminderd. Dit heb ik het *schadecriterium* genoemd.[4] Niet alleen bij de vaststelling van de wettelijke normen, maar ook bij de wetstoepassing en wetshandhaving dient dit criterium in acht te worden genomen.

Een nieuwe infectieziektenwet

Zoals gezien is de huidige WBI dringend aan verandering toe. Het schadecriterium behoort hierbij maatgevend te zijn. Een nominatieve-meldingsplicht dient alleen in het leven te worden geroepen voor de meer ernstige infectieziekten waarbij onmiddellijk optreden van overheidswege geboden kan zijn. De wet behoort geen plaats in te ruimen voor het verzamelen van *nominatieve* gegevens over infectieziekten zonder dat op korte termijn actie hoeft te worden ondernomen (surveillance). Waarschijnlijk is maar voor zo'n vijftien infectieziekten een nominatieve-meldingsplicht nodig.
Hiermee is uiteraard niet gezegd, dat surveillance voor de bestrijding van infectieziekten van ondergeschikte betekenis zou zijn. Integendeel, het gaat juist om een van de pijlers van de moderne infectieziektenbestrijding.[5] Voor adequate surveillance hoeft echter de privacy van de patiënt niet te worden aangetast. Via peilstations, informatie van laboratoria, enz. zal als regel voldoende informatie kunnen worden verkregen.
Niettemin kan er soms behoefte bestaan aan nadere gegevens over een infectieziektegeval zonder dat de identiteit van de patiënt daarbij ter zake doet. Zo is het voor het optreden van bof, mazelen en rubella vooral van belang te weten wat de vaccinatiestatus van de patiënt is, bij malaria in welk land de ziekte is opgelopen en welk prophylacticum is gebruikt. Melding door de arts in niet herleidbare vorm zou hier uitkomst kunnen bieden, maar een wettelijke regeling waarbij deze informatie spontaan zou moeten worden verstrekt, zal in de praktijk niet werken.
Meer kan worden verwacht van melding van individuele testuitslagen door laboratoria voor microbiologisch, serologisch en virologisch onderzoek, waarbij aan de GGD niet de naam van de patiënt, maar alleen de naam van de inzendende arts wordt doorgegeven. De GGD kan zich vervolgens tot deze arts wenden, die dan informatie over het ziektegeval in niet herleidbare vorm of met toestemming van de betreffende patiënt kan verstrekken. Een wettelijke regeling verdient hier de voorkeur, terwijl het aantal ziekten dat onder de laboratoriummelding zal vallen, beperkt dient te blijven.
Een nieuwe infectieziektenwet biedt tegelijk de mogelijkheid de regeling van de onderzoeks- en bestrijdingsmaatregelen aan te passen aan de eisen van de tijd. Daarbij zal ook de advisering door de GGD eenduidig moeten worden geregeld.

Een wet die niet aan de maat van het internationale recht is, is in feite niet bruikbaar

Besluit

Voor de bestrijding van infectieziekten dient de blik niet te zeer op de wet te worden gericht. Infectieziektenbestrijding is primair een kwestie van organisatie, financiering en beleid. Niettemin is en blijft de wet een noodzakelijk sluitstuk van het preventiebeleid. Niet alleen vanuit het oogpunt individuele rechtsbescherming, maar ook ter wille van de volksgezondheid, is een deugdelijke infectieziektenwet nodig. •

mr dr J.C.J. Dute,
vakgroep Gezondheidsrecht Rijksuniversiteit Limburg

Literatuur

1. Dute JCJ. De wetgeving ter bestrijding van infectieziekten. Nijmegen: Ars Aequi Libri, 1994: hoofdstukken 7 en 8.
2. Grijp J van der et al. Het aangeven van besmettelijke ziekten. Medisch Contact 1990; 45: 347-8.
3. Bijkerk H, Os M van. Algemene problemen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1984: 202-4.
4. Dute JCJ. De wetgeving ter bestrijding van infectieziekten. Nijmegen: Ars Aequi Libri, 1994. p. 144-9.
5. Thacker SB, Choi K, Brachman PS. The Surveillance of Infectious Diseases. JAMA 1983; 249: 1181-5.

Ernstig te kort geschoten in het bieden van voldoende zorg

Uitspraak Gerechtshof 's-Gravenhage 2 maart 1994

Het Gerechtshof te 's-Gravenhage, eerste kamer, rechtsprekende in burgerlijke zaken, heeft de navolgende beslissing gegeven in de zaak van A, huisarts, wonende te X appellant, tegen B, wonende te X geïntimeerde, oorspronkelijk klager.

Het geding

Het beroep is ingesteld bij een beroepschrift, op 17 augustus 1993 ingekomen bij het Gerechtshof te 's-Gravenhage.
Het beroep is gericht tegen een beslissing van het College in Eerste Aanleg in zaken van Medisch Tuchtrecht en Medische Geschillen te 's-Gravenhage (verder te noemen het college) van 12 mei 1993 op een tegen appellant (verder ook te noemen de arts) gerichte klacht van B, welke beslissing op 21 juli 1993 aan appellant werd toegezonden. Klager heeft een verweerschrift ingediend.

Het hof heeft kennis genomen van genoemde beslissing en de overige stukken van het geding. De zaak is door het hof behandeld en onderzocht ter zitting van 9 februari 1994, waar zijn gehoord: de arts, bijgestaan door zijn raadsman C, die een pleitnota heeft overgelegd; klager, bijgestaan door zijn raadsman D; prof.dr M. de Haan, hoogleraar huisartsgeneeskunde, als deskundige; en de advocaat-generaal mr H.R.G. Feber.

Beoordeling van het beroep

1. Het hof neemt over de klacht zoals die - zakelijk weergegeven - is opgenomen onder 2. van de bestreden uitspraak, waarbij het hof verwijst naar hetgeen hieronder sub 5. is overwogen.

2. De arts is tijdig in beroep gekomen. Het beroep is gericht tegen de overwegingen van het college in de bestreden uitspraak onder 4. alsmede tegen de zwaarte van de opgelegde maatregel.

3. Het college is tot de conclusie gekomen dat de arts meermalen ernstig te kort is geschoten in het bieden van een medisch verantwoorde behandeling aan klager en daarbij blijk heeft gegeven van grove onkunde, waarbij de arts zich ook overigens heeft gedragen op een wijze die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen heeft ondermijnd.

4. Het college overweegt omtrent de klacht, die uit drie delen is opgebouwd, kort samengevat het volgende:
4.1 De uitslag van het bloedonderzoek van 1 januari 1991 was in twee opzichten afwijkend (bloedarmoede en een verhoogde kreatininespiegel). Naar aanleiding van deze uitslag heeft de arts telefonisch contact opgenomen met klager, waarbij hij uitsluitend over bloedarmoede heeft gesproken. Een arts dient echter afwijkende uitslagen van onderzoeken mee te delen, zo nodig onder de mededeling dat hij vermoedt dat deze onjuist zijn.
4.2 De arts is ernstig en veelvuldig te kort geschoten in de registratie van medische gegevens op de patiëntenkaart.
De arts is te kort geschoten in zijn anamnese.
De door de arts na het bloedonderzoek ingestelde therapie (het voorschrijven van een vitaminepreparaat) is onjuist bij bloedarmoede.
Het is een ernstige misslag in de uitoefening van de praktijk dat de arts, toen klager terugkeerde met verhevigde klachten, daarin geen aanleiding heeft gezien tot verder onderzoek en eventuele doorverwijzing.
4.3 De arts had, nadat bij klager een terminale nierinsufficiëntie was geconstateerd, op enigerlei wijze met klager contact moeten zoeken teneinde zich minimaal te verontschuldigen.

5. Het hof merkt op dat het onder 4.1 vermelde bloedonderzoek heeft plaatsgevonden op 8 september 1990; de door het college in dit verband in navolging van de klacht genoemde datum - 1 januari 1991 - moet worden opgevat als een kennelijke misslag, waardoor de arts overigens niet in zijn verweer wordt geschaad.

6. Ter terechtzitting in hoger beroep heeft de arts verklaard als volgt:
Hij heeft zich in 1985 als huisarts gevestigd in Y; hij beoefent zowel de reguliere als de homeopathische praktijk. Hij houdt 's ochtends een inloopspreekuur, bestemd voor een snelle, klachtgerichte behandeling van de patiënt. Voor langdurige consulten moet een afspraak worden gemaakt. De arts stelt dat zijn patiënten weten wat het inloopspreekuur inhoudt; als zij te kennen geven dat zij hem uitgebreid willen spreken wordt een afspraak gemaakt. Klager heeft zelf gekozen voor het inloopspreekuur; hij heeft nooit verzocht om een afspraak voor een langdurig consult. Het ging bij klager steeds over vage klachten - beetje spierpijn, beetje hoofdpijn - je denkt dan: wat moet ik er mee? Als je een patiënt langer in de praktijk hebt zie je het verschil gezond-ziek beter. Het gaat de arts om de manier waarop de patiënt hem benadert om van zijn diensten gebruik te maken; in dit geval heeft klager hem niet zodanige informatie gegeven dat hij de indruk kreeg dat er iets fout zat. De arts stelt desgevraagd dat hij de verantwoordelijkheid voor de klachtpresentatie niet bij de patiënt wil leggen; in zijn opvatting moet er sprake zijn van een wisselwerking tussen zijn wijze van communiceren en de presentatie van de klacht door de patiënt.
Klager was sinds april 1990 bij de arts in de praktijk; de eerste consulten betroffen de behandeling van acne. In september 1990 heeft de arts in verband met gewrichtsklachten van klager een bloedonderzoek laten verrichten; voor hem is het routine om daarbij een volledig bloedbeeld aan te vragen. De arts vond de uitslag van dit bloedonderzoek zo onwaarschijnlijk dat hij dacht aan een fout van het laboratorium; hij achtte het daarom van belang dat het onderzoek na enkele weken zou worden herhaald om eventuele progressie te kunnen meten. Hij heeft klager telefonisch medegedeeld dat sprake was van bloedarmoede en hem daarbij een herhaling van het bloedonderzoek geadviseerd. Tegen zijn gewoonte in heeft hij geen notitie op de patiëntenkaart van klager gemaakt, ook zijn assistente heeft dit niet gedaan; daardoor is de noodzakelijk geachte herhaling van het onderzoek hem ontschoten. De arts erkent dat hij op dit punt te kort is geschoten ten opzichte van klager; hij voert aan dat ook klager niet op de herhaling van het onderzoek is teruggekomen.
De arts bestrijdt dat hij de patiëntenkaart van klager ook overigens onzorgvuldig heeft bijgehouden. Het is en was zijn vaste gewoonte om de gegevens van de betrokken patiënten bij de vorige huisarts op te (doen) vragen; hij gaat er zonder meer vanuit dat dit ook ten opzichte van klager is geschied; hij heeft echter nimmer een dossier van klager ontvangen. De arts bestrijdt dat klager hem gemeld heeft dat hij in zijn jeugd een ernstige nieraandoening, de ziekte van Henoch-Schönlein, heeft doorgemaakt; ook een

deel van de thans door klager genoemde symptomen - bloedneuzen - is nimmer ter kennis van de arts gebracht.
De arts heeft voorts betwist dat klager hem in het voorjaar 1991 regelmatig heeft bezocht. Hij heeft klager in die periode tweemaal gezien, in januari en maart 1991; klager heeft toen geen specifieke nierklachten gemeld, zoals mictieklachten of het bestaan van oedeem.
Tenslotte heeft de arts (met betrekking tot het derde deel van de klacht) gewezen op de psychische barrière die ontstaat wanneer een arts wordt geconfronteerd met het missen van een diagnose bij een patiënt die inmiddels niet meer tot zijn praktijk behoort en het vertrouwen in hem heeft opgezegd.

7. Klager heeft ter terechtzitting verklaard, dat hij steeds 's ochtends het inloopspreekuur bezocht omdat hij - in het begin - nog werkte en zijn werkgever hem niet vrij gaf voor een afspraak later op de dag; klager heeft de arts nog om een briefje voor de werkgever verzocht. Klager handhaaft zijn stelling dat hij de arts in de periode januari-maart 1991 herhaaldelijk heeft bezocht en dat de arts daarbij keer op keer geweigerd heeft zijn klachten serieus te nemen. Klager bestrijdt dat hij zijn klachten niet duidelijk zou hebben geuit; hij stelt dat hij gezegd heeft dat het misschien aan zijn nieren lag, toen hij zich zo beroerd voelde. Juist omdat hij tien jaar geleden langdurig en ernstig ziek is geweest, heeft hij de naam van deze aandoening - de ziekte van Henoch-Schönlein - goed onthouden en deze ziekte ook vermeld. Klager ondergaat nu drie keer per week een nierdialyse; hij staat op de wachtlijst voor een donornier.

8. Ter terechtzitting in hoger beroep heeft de deskundige verklaard als volgt; hij heeft hierbij tevens zijn schriftelijke rapportage van 27 december 1993 betrokken.
Naar zijn oordeel moet worden betwijfeld of de arts dit ziekteproces op medisch juiste wijze heeft ingeschat. Het inloopspreekuur is bedoeld voor kleine kwalen; het is echter een valkuil, omdat de mensen er ook komen met ernstige klachten wanneer dat hun maatschappelijk gezien beter uitkomt, in verband met hun werk bijvoorbeeld. De vraag van klager om een briefje voor de werkgever duidt er op dat het inloopspreekuur de enige mogelijkheid was. Het is de verantwoordelijkheid van de arts om de patiënt terug te laten komen op een rustiger moment. Je kunt proberen voorlichting te geven over het inloopspreekuur, maar je mag er niet van uitgaan dat mensen dit begrijpen of zich er aan kunnen houden. Alleen wanneer een patiënt lang in de praktijk bekend is, kan de huisarts op grond van de continue relatie medisch gezien enige waarde hechten aan het klaaggedrag van een patiënt. In het onderhavige geval is sprake van herhaalde consulten met steeds ernstiger wordende klachten; juist de herhaling in het presenteren van de klachten moet naar het oordeel van de deskundige een 'niet-pluisgevoel' oproepen bij de huisarts, hij had de herhaalde klachten serieus moeten nemen.
Huisartsen moeten in het algemeen alert zijn op de mogelijkheid van een bijzondere aandoening; dit betreft een kerndeskundigheid van de huisarts. Als de patiënt bijzondere verschijnselen vertoont (een jonge man met bloedarmoede duidt op een bijzonder geval) of als de patiënt er zelf op wijst dat hij een bijzonder geval zou kunnen zijn, moet de huisarts verder onderzoek (laten) doen.
De uitleg van de huisarts, gegeven naar aanleiding van de zeer afwijkende laboratoriumuitslag van klagers bloedonderzoek in september 1990, wordt door de deskundige als onprofessioneel gekenschetst. De arts heeft tegenover klager uitsluitend over bloedarmoede gesproken en de veronderstelling geuit dat dit met verkeerde voeding te maken had; over de veel te hoge kreatininespiegel heeft hij niets gezegd. De deskundige stelt, dat er ook verschillende aanwijzingen voor een nierafwijking bestonden die door de arts veronachtzaamd zijn: wazig zien wordt genoemd als een veel voorkomende klacht; de deskundige kent geen griep- of verkoudheidsvirus waarbij wazig zien een van de symptomen vormt; voorts was er sprake van gewrichts- en buikklachten.
De deskundige constateert dat op de patiëntenkaart van klager veel niet is vermeld, zoals de verwijzing naar de oogarts, de fysiotherapeut en het Riagg. Voorts blijkt uit de aantekening "griep" op de kaart van een verkeerde duiding van symptomen. Naar het oordeel van de deskundige is de kaart in het onderhavige geval - gezien ook de medische aspecten die hier ter sprake zijn - absoluut onvoldoende bijgehouden.
Tenslotte onderschrijft de deskundige de mening van prof.dr J.M. Wilmink, neergelegd in de brief d.d. 13 januari 1994, dat dit ziekteproces mogelijkerwijs had kunnen worden afgeremd bij tijdig ingrijpen en gericht onderzoek in september 1990.

9. Gelet op al het voorgaande wordt het volgende overwogen:
Met betrekking tot het eerste deel van de klacht is het hof van oordeel dat de arts niet alleen, zoals in de overweging van het college ligt besloten, aan klager de afwijkende uitslag van het onderzoek diende mee te delen, eventueel onder de mededeling van zijn vermoeden dat deze onjuist was. Uit de uitslag van het bloedonderzoek d.d. 8 september 1990 bleek immers dat klager bloedarmoede en een veel te hoge kreatininespiegel had. De deskundige heeft ter terechtzitting verklaard dat bloedarmoede bij een jonge man alleen al duidt op een bijzonder geval; blijkens het zo juist genoemde schrijven van prof.dr J.M. Wilmink kan aan de hand van het in de uitslag vermelde plasma kreatininegehalte al worden vastgesteld, dat de nierfunctie van klager op dat moment slechts 30%-50% is. Op grond van deze gegevens had de arts bovendien een nieuw onderzoek moeten entameren; hij had in ieder geval met klager een concrete afspraak moeten maken voor een vervolgonderzoek. Het hof acht het zeer laakbaar dat de arts dit heeft nagelaten.
10. Met betrekking tot het tweede en het derde deel van de klacht verenigt het hof zich met het oordeel van het college, onder 4. van de bestreden uitspraak, en de gronden waarop dit berust.
Gelet op het ter terechtzitting verhandelde en gezien de stukken neemt het hof daarbij nog het volgende in aanmerking:
Het hof acht het niet onaannemelijk dat klager zijn klachten onderkoeld of niet volstrekt duidelijk presenteerde. Anders dan de arts kennelijk meent, is het echter in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de arts de klachten te interpreteren en door gerichte vragen een duidelijker beeld van de klachten te krijgen. De arts geeft voorts blijk van een onjuiste visie op de functie van het inloopspreekuur. Het is de verantwoordelijkheid van de arts de klachten juist te taxeren en hierop adequaat te reageren, ongeacht op welk spreekuur deze klachten worden geuit. Het hof is van oordeel dat de arts door die - medische - verantwoordelijkheid, in de relatie arts-patiënt van wezenlijk belang, keer op keer op klager te leggen, laakbaar heeft gehandeld.

11. Een en ander leidt tot de conclusie dat de arts meermalen ernstig te kort is geschoten in het bieden van voldoende zorg aan zijn patiënt. Het hof is - met het college - van oordeel dat de arts zich op bovengenoemde gronden schuldig heeft gemaakt aan handelingen die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnen; de arts heeft daarbij blijk gegeven van grove onkunde. Het hof is voorts van oordeel dat de door het college opgelegde maatregel passend is, gelet op alle omstandigheden.
De bestreden beslissing dient dan ook te worden bekrachtigd.

Beslissing

Het hof,
Bekrachtigt de bestreden beslissing van het College voor de beslissing in Eerste Aanleg in zaken van Medisch Tuchtrecht te 's-Gravenhage van 12 mei 1993:
schorsing voor de duur van twee maanden,

Beveelt bekendmaking met inachtneming van artikel 13b van de Medische Tuchtwet van deze beslissing door toezending aan het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, ter plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door aanbieding ter plaatsing aan de redactie van Medisch Contact, het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht,
Bepaalt dat uit 's Rijks kas aan klagers of aan de arts geen kosten voor hen voortvloeiend uit de behandeling van de zaak voor het hof worden vergoed.

Aldus gedaan door mrs Pieters, Uhlenbeck-Lagerweij en Michiels van Kessenich-Hoogendam en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 2 maart 1994 door mr Uhlenbeck-Lagerweij in tegenwoordigheid van de griffier. •

G E L E T T E R D

F.G. Schellevis. Chronic diseases in general practice. Comorbidity and quality of care.
Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen, NIVEL en Vrije Universiteit. ISBN 90-9006391-9. 110 blz. (Verkrijgbaar door overmaking van f 17,50 op giro 1834132 t.n.v. F. Schellevis te Driebergen.)

IN DEZE DISSERTATIE wordt een deelonderzoek beschreven van de Nationale Studie naar Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Onderwerpen van dit proefschrift zijn: chronische ziekten en in het bijzonder co-morbiditeit en kwaliteit van zorg.
Begonnen wordt met een systematisch en gedegen literatuuronderzoek naar het begrip 'co-morbiditeit'. Een belangrijke uitkomst is de volgende classificatie: *concurrent comorbidity*: het samen voorkomen van ziekten bij een persoon zonder enige samenhang; *cluster comorbidity*: een concentratie van ziekten in subgroepen die significant afwijken van de toevalsverdeling; *causal comorbidity*: ziekten met een gemeenschappelijke pathofysiologische oorzaak; en *complicating comorbidity*: de ene ziekte is noodzakelijk voor het ontstaan van de andere.
Vervolgens wordt de validiteit van de diagnostiek en prevalentie in de huisartspraktijk beschreven van de vijf meest voorkomende chronische aandoeningen: hypertensie, chronische ischemische hartziekten, diabetes mellitus, chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen en gonartrose en/of coxartrose. Voor het bepalen van de validiteit wordt gebruik gemaakt van de ICHPPC-2-criteria. Deze bleek bevredigend. Het percentage vals positieve diagnoses bedroeg minder dan 4. Bij personen boven 65 jaar was 23% bekend met tenminste één van de vijf chronische aandoeningen en daarvan had 15% er meer dan één.
Een derde deelstudie betrof de invloed van co-morbiditeit van chronische aandoeningen op de frequentie van contacten met de huisarts en het optreden van andere ziekten. Volgens verwachting hadden patiënten met co-morbiditeit een hogere contactfrequentie en presenteerden zij meer nieuwe ziekten.
Voorts werden de effecten bestudeerd van het opstellen en invoeren van richtlijnen voor optimale lange-termijnzorg voor de desbetreffende categorieën. Dit gebeurde nog voordat de NHG-standaarden van de band gingen rollen. Er werd een matige tendens in de gewenste richting gevonden. Tenslotte werden de effecten op het ziektebeloop onderzocht. Slechts bij hypertensie- en diabetespatiënten werden gewenste effecten waargenomen. Voor de andere chronische aandoeningen werd vastgesteld dat de gekozen uitkomstmaten het ziektebeloop niet goed weergeven.
De reeks onderzoeken is helder en beknopt beschreven en bevat nieuwe kwantitatieve gegevens. Gezien de veroudering van de bevolking zal de relevantie van deze materie in maatschappelijk en wetenschappelijk opzicht alleen maar toenemen. Het begrippenkader is verhelderd, prevalentiecijfers zijn gepreciseerd. De complexiteit van het proces (en dus ook de uitkomst) van kwaliteitsverbetering is weer eens duidelijk geworden. De argumentatie voor het ontbreken van een controlegroep bij de studies naar kwaliteit acht ik maar ten dele overtuigend.
Aanbevolen aan beleidsmakers, kwaliteitsbewakers en onderzoekers.

H.F.J.M. Crebolder

dr J.L. van den Brande, dr L.A.H. Monnes, red. Kindergeneeskunde.
Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, Utrecht 1993. ISBN 90-6348-477-X, tweede herziene druk. 677 blz. Prijs: f 127,50./ Gebonden editie: ISBN 90-6349-477-1, prijs f 150,-.

VAN DEN BRANDE en Monnes zijn er samen met 63 mede-auteurs in geslaagd een breed opgezet leerboek samen te stellen. In wezen is de opzet identiek aan de eerste druk (1990), die zeker ook het stempel droeg van de - helaas veel te vroeg overleden - Leidse hoogleraar Van Gelderen.
De snelle toename van de kennis op het gebied van de kinderziekten wordt al duidelijk door de beide edities (die van 1990 en 1993) te vergelijken: er is een toename van 83 pagina's (13%). Naast 56 Nederlandse zijn er 9 Vlaamse auteurs, zodat een breder draagvlak voor het boek wordt verkregen. De nauwe relatie van de kindergeneeskunde met andere vakgebieden vindt haar weerslag in de lijst van de auteurs: van de 65 medewerkers zijn er 42 kinderarts, 23 stammen uit een andere medische discipline.
Het boek begint met een zevental algemene hoofdstukken: anamnese/onderzoek, jeugdgezondheidszorg, groei en ontwikkeling, voeding, water en elektrolytenhuishouding. De subspecialisatie van de Nederlandse kindergeneeskunde komt dan aan bod: op 18 deelgebieden belichten steeds twee specialisten in 20 à 30 pagina's de essentie van hun vakgebied. De meeste bijdragen zijn van zeer goede kwaliteit. In het hoofdstuk 'Aangeboren afwijkingen' (nieuw in deze druk) is echter met nauwelijks 6 pagina's kans gezien een overzicht te geven van de erfelijke stofwisselingsziekten; een praktisch bruikbaar werkschema voor de klinisch werkzame kinderarts levert dit hoofdstuk helaas niet op.
Orgaanspecialistische afwijkingen op de kinderleeftijd komen eveneens redelijk uitvoerig aan bod: oogheelkunde, huidziekten, kinderneurologie, kinderpsychiatrie. Ook kinderchirurgie en tropische kinderziekten krijgen hun, zij het bescheiden, plaats. Ik mis helaas een bijdrage over de kindergynaecologie.
Daarna volgt een hoofdstuk over farmacotherapie en een hoofdstuk over referentiewaarden in de kindergeneeskunde.
Het boek besluit met een literatuurlijst, gerangschikt per hoofdstuk. De trefwoordenlijst (ruim 7 pagina's) is helaas zeer summier. De bruikbaarheid van het boek als naslagwerk wordt daardoor aanzienlijk verminderd.

A.F. Casparie

R.P.H. Beijaert, Y. Hiemstra, G. Hoogvliet, H.C. de Lathouder, M.E.T.C. van den Muijsenbergh, J.Thie. Thuiszorg Technologie.
NHG-Publikatie Praktijkvoering nr. P-28. Utrecht, 1993. 104 blz. ISBN 90-71-714-39-X. Prijs f 25,-.

OOK DE HUISARTS krijgt door de verschuiving van zorg van het ziekenhuis naar de thuissituatie in toenemende mate te maken met nieuwe technieken. Veelal hebben ze daarmee tijdens hun opleiding nog geen kennis kunnen maken. Voor het Nederlands Huisartsen Genootschap was dat aan-

G E L E T T E R D

leiding om een handzaam boekje (100 blz.) uit te brengen, waarin aan de orde komen: infuustechnieken, toediening van sondevoeding, zuurstoftoediening, vernevelen, de nazorg van pleurapunctie, ascitespunctie, catheteriseren van de blaas, preventie en behandeling van decubitus en de behandeling van het ulcus cruris venosum. Voorts wordt een overzicht gegeven van thuiszorgtechnologie ondersteunende bedrijven en literatuur.
Het boekje is bedoeld als een praktische handleiding. De auteurs hebben getracht op bondige wijze kennis, uitrusting, vaardigheden, organisatie en hindernissen te bespreken. Daarin zijn ze geslaagd.
Deze publikatie komt heel goed van pas. De huisarts wordt in toenemende mate geconfronteerd met ernstig zieke, veelal terminale patiënten, die tot voor kort in het ziekenhuis werden verzorgd. Op diverse plaatsen in het land zijn thuiszorgprojecten opgezet om de introductie van technologie (met name infuustechnieken) te bevorderen en te evalueren. De praktijk wijst uit, dat bij vrijwel alle besproken technieken de medewerking van de wijkverpleegkundige gewenst of nodig is. Daarom is het jammer dat in de redactie geen wijkverpleegkundige is opgenomen; dit te meer omdat er nogal wat onduidelijkheid is over de onderlinge taakverdeling. Onder welke condities mag een wijkverpleegkundige nu wel of geen infuus inbrengen? Hoewel de verschuiving van zorg enerzijds een extra belasting vormt voor de eerste lijn, is deze anderzijds een uitdaging voor de toepassing van medisch-technische vaardigheden. De eerste ervaringen wijzen erop dat de eerste lijn zeer wel in staat is deze technologie op adequate wijze te incorporeren. Er is dan ook geen structurele behoefte aan ziekenhuis-verplaatste zorg, waarbij het ziekenhuis de uitvoering en verantwoordelijkheid voor zijn rekening neemt. Natuurlijk is er wel behoefte aan goede afspraken in het extramurale circuit en transmuraal; ook de scholing zal systematisch ter hand moeten worden genomen.
Door de praktijkgerichte aanpak helpt deze uitgave de voortgang van de in gang zijnde ontwikkeling en bevordert de kwaliteit van de zorg.
In het bijzonder aanbevolen aan huisartsgroepen, multidisciplinaire teams en de huisartsopleiding.

H.F.J.M. Crebolder

Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde. Commissie Kwaliteitsbevordering. Aanbevelingen Nucleair Geneeskundige Diagnostiek.
Eburon, Delft 1993. 313 blz. ISBN 90-5166-358-7. Prijs f 47,50 (te bestellen bij de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde, postbus 8040, 3503 RE Utrecht, tel. 030-474332).

DE WETENSCHAPPELIJKE verenigingen hebben de afgelopen jaren diverse activiteiten ontplooid op het gebied van kwaliteitsbewaking en -bevordering; voorbeelden daarvan zijn het opstellen van richtlijnen en de visitatie van maatschappen.
Binnen de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde zijn voor vrijwel alle diagnostische procedures op het vakgebied (en dat zijn er vele) richtlijnen opgesteld over indicatiestelling en uitvoering. Dit boek, dat eerst als een losbladige bundel is uitgegeven, geeft een uitgebreide beschrijving van deze richtlijnen die zijn opgesteld door de Commissie Kwaliteitsbevordering in overleg met een groot aantal leden van de vereniging. Gesproken wordt van 'aanbevelingen', omdat de termen 'richtlijn' en 'protocol' te zwaar werden geacht. Naast de aanbevelingen over diagnostische procedures bevat het boek ook richtlijnen voor kwaliteitsbewaking van de te gebruiken apparatuur en voor de bereiding en toepassing van radiofarmaca. Deze twee groepen richtlijnen zijn voornamelijk voor de nucleair geneeskundigen zelf van belang.
De helft van het boek betreft de diagnostische procedures. Naast de beschrijving van de gewenste wijze van uitvoering geeft het per onderzoek een systematisch overzicht van indicatiestelling, wijze van aanvraag, voorbereiding en verslaglegging. Het is dit deel dat binnen het aandachtsgebied valt van de specialismen die deze onderzoeken aanvragen.
Behalve het feit dat dit boek een groot aantal richtlijnen bevat, zijn er nog twee redenen om kennis te nemen van de inhoud ervan. Op de eerste plaats geeft het een fraaie illustratie van wat wetenschappelijke verenigingen op het gebied van richtlijnen kunnen doen. Daarnaast kunnen de gepubliceerde aanbevelingen een aanzet vormen tot overleg en discussie op het niveau van de ziekenhuizen met de belanghebbende specialisten, hetgeen kan uitmonden in lokale protocollen. Een kanttekening die bij dit boek kan worden gemaakt is dat overleg met vertegenwoordigers van de andere specialismen (de gebruikers) niet heeft plaatsgevonden. Het boek is tot nu toe een intern gericht document. In deze zin moet het nog een vervolg krijgen.
Dit boek dient aanwezig te zijn op alle klinische afdelingen van ziekenhuizen waar nucleair-geneeskundig onderzoek wordt aangevraagd.

A.F. Casparie

Theo Heisen. De dood nabij. Omgaan met ziekte en rouwverwerking.
Uitgeverij Kok, Kampen 1993. 112 blz. ISBN 90-242-8081-8. Prijs f 27,50.

OP VOORTREFFELIJKE WIJZE weet de auteur de gevoelens weer te geven die optreden wanneer partners elkaar verliezen c.q. de stervensfase nadert.
In de vorm van een roman wordt de terugblik op de gelukkige fasen in het leven beschreven, de onmachtgevoe-lens die optreden wanneer men weet dat de ziekte ongeneeslijk is en de fase hierna: het aftakelingsproces. Deze sfeertekening is zeer indringend maar zonder opsmuk beschreven. De lezer kan het gevoel krijgen zelf het lijdend voorwerp te zijn.
Alle vragen die in de stervensfase kunnen optreden worden aangestipt, zonder dat er een expliciete keus wordt gemaakt.
De veiligheid van het besef dat een mensonwaardig ziekbed niet noodzakelijk is, de onzekerheid of vervolgtherapie wenselijk moet worden geacht, is terloops in het verhaal terug te vinden. Ook het steeds reduceren van wat men nog kan presteren loopt als een rode draad door het verhaal.
De agressie en emotionele ontlading bij de partner die in de rouwfase zijn verdriet en eenzaamheid moet vergeten zijn psychologisch goed verwoord.
Het laatste deel van het boek vertoont een contrast met het meer dan voortreffelijk eerste stuk. Sommige beschrijvingen van de processen doen wat onecht aan. De vraag doet zich voor of dit nu wel moet.
Ondanks deze kritische noot is het boek zeer aan te bevelen. Het kan goed worden gebruikt als basis bij gespreksgroepen over het rouwproces, maar ook voor de individuele opinievorming over dit thema. Het heldere, eenvoudige taalgebruik maakt dit boek voor iedere lezer toegankelijk. •

dr R.J.E.A. Höppener

· CSG · CHVG · SRC · SGRC · HVRC ·

Inschrijvingen

H V R C

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

afdeling Huisartsopleiding Amsterdam UvA

januari 1994
Boerlijst, E.B.

afdeling Huisartsopleiding Amsterdam VU

januari 1994
Blok, E.
Falke, P.T.L.A.
Franssen, H.J.W.M.
Hendriksen, R.J.
Leijendekker, L.P.
Loor, J.D. de
Schenau, A.P.
Stulp, J.G.
Troost, N.A.A.
Valk, H.B. de
Weenink, A.C.
Westing, I.F.M. van

afdeling Huisartsopleiding Groningen

januari 1994
Berg-Pluimers, G.D. van den
Graff, E.A.E.
Hardijzer, P.
Heeg, J.J.
Lub, K.L.
Niewold, W.
Smelik, E.J.
Winter, J.B.
Wijnheijmer, E.B.

afdeling Huisartsopleiding Leiden

januari 1994
Chijs, A. van der
Dijkstra, G.
Egmond, M. van
Gerts, M.J.J.
Kievits-Smeets, R.M.M.
Kluyver, M.
Koene-Kreuwel, J.M.
Kuyvenhoven, J.A.T.
Lauriks, N.T.H.
Oostendorp, E.
Ruijter, W. de
Schoor E. van der

afdeling Huisartsopleiding Maastricht

januari 1994
Acker, M.E.D.H. van den
Aelfers, P.H.G.
Asmuth, E.J.U. von
Bloemen e/v Hermans, L.R.P.M.
Groot, A.J.M.
Gruijters, P.L.M.L.
Hamers, J.G.H.C.
Janssen, J.L.J.L.
Scheepers, E.M.J.
Zwanikken, J.A.G.

februari 1994
Janssen, J.G.J.
Waart, T.H.A.M. van der



Foto Jan Lankveld

Daags voor de verkiezingen voor de Tweede Kamer heeft de KNMG voor de tweede keer een politiek café gehouden. Politiek actieve KNMG-leden en leden van de besturen van de KNMG en de beroepsverenigingen gingen in discussie met vertegenwoordigers van het CDA, de PvdA, de VVD, D66 en GroenLinks. Uitgangspunt van die discussie waren de - in MC nr. 17/1994, blz. 557, afgedrukte - statements van de federatie KNMG ten behoeve van de toekomstige kabinetsformateur(s).

KNMG-COLOFON

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen
E. Iwema Bakker, *voorzitter*
bureau-adres Lomanlaan 103,
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

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

AMBULANT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 23 JUNI - **DO.**
Academisch Medisch Centrum Amsterdam:
PAOG-cursus 'Behandelingsstrategie van aandoeningen van het bewegingsapparaat', bestemd voor: huisartsen, verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen e.a. (de cursus vindt ook plaats op 22 september en 24 november).
Inlichtingen: bureau PAOG-Amsterdam, Carla Schoof, tel. 020-5664801.