

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 5 – 5 februari – 43e jaargang

Almere is nu elf jaar oud. Wat is er inmiddels aan gezondheidszorg? Het nieuwe land bood een unieke kans voor een nieuw soort zorg. Daarover twaalf weken achtereen een artikel in Medisch Contact. In dit nummer wordt het algemene kader van het Project Gezondheidszorg Almere (PGA) aangereikt door projectleiders Mr. S. I. M. Bless en C. P. Schouwstra, arts, en door de voorzitter van de Stuurgroep PGA, Prof. Dr. F. A. Vorst.

In de VS werkt men al tien jaar met de mobiele computertomograaf. Zo heeft men wél de functie 'computertomografie', maar niet de bijbehorende investeringen en exploitatiekosten. In Nederland zou overleg over aanschaf per regio dienstig zijn, vinden de radiodiagnosten F. H. Barneveld Binkhuysen en Prof. Dr. P. F. G. M. van Waes.

Dat de eerstelijnspsycholoog aanzienlijk beter functioneert dan de regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg en dat hij of zij thuis hoort in de eerste lijn vinden 58 van de 90 huisartsen van de PHV Groningen die hebben meegedaan aan een enquête over het bestaansrecht van de psycholoog in de eerste lijn.

Wie moet het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters leiden: de huisarts of een speciale CB-arts? Het onderzoekinstituut voor de eerste lijn, het NIVEL, heeft kortgeleden een onderzoek naar het functioneren van de consultatiebureaus afgesloten, waarin onder meer de verschillen in functioneren tussen huisartsen-CB-artsen en jeugdartsen-CB-artsen worden behandeld.

Een eerste vereiste voor goede opvang van AIDS-patiënten en hun familie in het ziekenhuis is het grondig voorlichten van alle personeelsleden: over de aard van de ziekte, de verschijningsvormen en het besmettingsgevaar. Deze en andere basiseisen voor een goede opvang worden nader toegelicht door de directeur Paramedische Patiëntenzorg van de Universitaire Ziekenhuizen Leuven, Manu Keirse.

INHOUD

Nieuw land, nieuwe gezondheidszorg?
Een experiment in Almere (1).

S. I. M. Bless, C. P. Schouwstra en F. A. Vorst – 135

De mobiele computertomograaf
F. H. Barneveld Binkhuysen en Prof. Dr. P. F. G. M. van Waes – 137

Onderweg naar meer zekerheid. Ontwikkelingen in de radiodiagnostiek
Prof. Dr. J. M. A. van Engelshoven – 138

Waarom ga ik ermee door?
J. H. Biesta – 140

De psycholoog in de eerste lijn en wat huisartsen ervan vinden
J. Heikens en P. J. Beuger – 141

Wie moet het consultatiebureau leiden?
Dr. A. Kerkstra en Drs. T. M. L. Vorst-Thijssen – 143

Specialistenzelfbestuur. Het dilemma van de duale ziekenhuisorganisatie
H. J. Tap en F. T. Schut – 146

De patiënt met AIDS. Psychosociale aspecten van medische en verpleegkundige zorg
Manu Keirse – 147

Discussie. Opsporing en behandeling van verhoogd cholesterol toch zinvol
H. J. Penn – 153

De nonsensus van de cholesterolconsensus
C. P. M. Boot – 154

Colofon 130 – Colofon officieel 130 – Hoofredactioneel commentaar 131 – Voorzitterskolom LSV 132 – Brieven 133 – Praktijkperikel 145 – Boeken 157 – Uit de Verenigingen 159

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823384
Telefoonnummer KNMG: 030-823911

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

Abonnementen

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

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

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

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

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

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

Cauterisatie tegen bronchiale aandoening; afbeelding uit een oud Turks manuscript over heelkunde van Charaf Ed. Din (1465); Bibliothèque Nationale, Paris.

KNMG LHV LSV LAD LVSG KNMG

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

Dagelijks bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen (LVSG)

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

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureau-tijden ma, di, do en vr van 9.00 tot 16.00 uur.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

Bibliotheek

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

Stichting Dienstverlening Medici

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

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

Waar staat de bedrijfsarts?

Is het geoorloofd een op dat moment gezonde sollicitant in wiens familie retinitis pigmentosa voorkomt, en die daardoor een verhoogde kans heeft op latere blindheid, voor werk af te keuren? Ieder weldenkend mens zal deze vraag met 'Nee!' beantwoorden. Toch is deze situatie precies dezelfde als die beschreven in berichten volgens welke bij Philips Nederland tot vorige week aan sollicitanten werd gevraagd of ze ooit waren onderzocht op besmetting met HIV en seropositieven werden afgekeurd.

Vraagtekens kunnen al worden geplaatst bij het selectie criterium voor de uitvoering van de HIV-test. Op grond van welk gegeven kan men verantwoorden dat men alleen die mensen testte die een positief antwoord gaven op de vraag of ze ooit op AIDS waren getest? Het grootste probleem is natuurlijk of men seropositieven mag uitsluiten van werk. Staat zulk uitsluiten van werk niet op gespannen voet met het Europese grondrecht op gelijke toegang tot het arbeidsproces?

Onlangs heeft Mw. Roscam Abbing in ons blad uiteengezet welke bezwaren er zijn tegen een HIV-test bij het afsluiten van een levensverzekering¹. Binnen afzienbare tijd zullen we over ongekende mogelijkheden beschikken, door middel van genetische screening voorspellingen te doen over op termijn te ontwikkelen ziektebeelden waarvoor (nog) geen therapie voorhanden is. Mw. Roscam waarschuwde voor een precedentwerking, zowel ten aanzien van het beleid in andere situaties als ten aanzien van andere terreinen. Zij betwijfelde of het wel in alle gevallen waar is dat ziektekostenverzekeraars een acceptatieplicht hebben, zoals is gesteld in de eind 1987 aan de Tweede Kamer toegezonden notitie inzake de juridische aspecten van verzekering in geval van AIDS-risico. Haar vrees dat deelname aan maatschappelijke verenigingen aan steeds grotere groepen van de samenleving zal kunnen worden onthouden, blijkt nu al te zijn bewaarheid.

Blijkens de Volkskrant van 28 januari 1988 heeft collega H. Scheijde, het hoofd van de bedrijfsgezondheidsdienst van Philips Nederland, gezegd dat het hoge financiële risico de voornaamste reden voor de omstreden handelwijze was. Dat

kon ook moeilijk anders, want er is als iemand seropositief is, buiten seksueel verkeer en contact met bloed, geen sprake van gevaar voor anderen of van ongeschiktheid een functie uit te oefenen. Kern van de zaak was dus het risico voor de ziekteverzekering en het bedrijfspensioenfonds waar werknemers van Philips bij zijn aangesloten.

De gang van zaken die nu aan het licht is gekomen vereist een herbezinning op het doel van de aanstellingskeuring en een kritische beoordeling van de vragen die daarbij worden gesteld en de onderzoeken die worden gedaan. Dit niet alleen vanwege de bepaling van eventuele HIV-seropositiviteit, maar vooral ook met betrekking tot de vraag wat we met alle risicobepalingen gaan doen die voor ons in het verschiet liggen. Mogen we via de aanstellingskeuring gezonde mensen met een verhoogd risico op een toekomstige afwijking werk weigeren waar ze geschikt voor zijn?

Dr. C. Spreeuwenberg

De overigens zeer belangrijke vraag hoe het bedrijfsleven zijn eigen functie en taken in onze samenleving ziet, valt buiten dit bestek. Voor ons is de rol van de arts cruciaal. Al eerder heb ik gesteld dat de aard van het beroep arts met zich meebrengt dat artsen niet louter in het belang van anderen dan de patiënt risicobepalingen mogen verrichten². *In het handelen van artsen behoort het belang van de patiënt het zwaarst te wegen.*

Dit geldt des te meer nu het gaat om bedrijfsartsen. In artikel 18 van de Arbeidsomstandighedenwet is hun taak op het gebied van het beschermen en bevorderen van de gezondheid van werknemers en hun onafhankelijkheid ten opzichte van het bedrijf vastgelegd. De bedrijfsgezondheidsdiensten claimen een continuïteit in zorgverlening. Hoewel er altijd een zekere spanning tussen de belangen van bedrijf en werknemers zal zijn, behoren bedrijfsartsen geen 'verlengde arm' van de bedrijfsleiding te vormen.

De KNMG en de LVSG hebben in augustus

1987 een notitie opgesteld over de leidraad voor de aanstellingskeuring in de 'Gedragsregels voor Artsen'. Aangegeven wordt dat in keuringssituaties het uitgangspunt van onderzoeken dient te zijn:

- dat er een goede vraagstelling is, waarbij het duidelijk is in hoeverre er moet worden gekeurd voor de geschiktheid voor het vervullen van een functie of het vaststellen van risico's, hetzij voor de gekeurde zelf, hetzij voor derden;
- dat het inschakelen van medici om die vraag te beantwoorden medisch inhoudelijk moet kunnen worden onderbouwd;
- dat het uiteindelijk de arts is die de inhoud van de keuring bepaalt. Hij stelt zelf vast welke onderzoeken wel en welke niet van belang zijn;
- dat het medisch deel van de keuring onder het beroepsgeheim valt. De rapportage geschiedt in termen van een gericht antwoord op de vraagstelling; en
- dat keuring en rapportage alleen kunnen geschieden met 'informed consent' van de gekeurde.

Het is jammer dat de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde zich indertijd niet met deze notitie heeft kunnen verenigen. Misschien had de nu toegezegde brede bezinning dan eerder kunnen plaatsvinden. De discussie zal echter moeten worden gevoerd en ze zal zich niet dienen te beperken tot het emotioneel beladen onderwerp 'AIDS', maar vooral moeten gaan over het arts-zijn van de bedrijfsgeneeskundige en de consequenties daarvan voor handelingen als risicobepalingen bij aanstellingskeuringen. □

1. Roscam Abbing HDC. AIDS en verzekeringen; een testcase. Medisch Contact 1988; 43: 53-4.

2. Spreeuwenberg C. Ongevraagd onderzoek. Medisch Contact 1987; 42: 1185.

LSV-voorzitter Dr. C. M. T. Plasmans:

Over doelmatigheid gesproken . . .

Van het jaar 1988 is inmiddels alweer een maand verstreken. Daarin is wel het een en ander gebeurd. De Tweede Kamer, teruggekeerd van het Kerstreces, heeft onmiddellijk de begroting Volksgezondheid ter hand genomen en de staatssecretaris heeft een ingrijpende wijziging van het geneesmiddelenverstrekkingsstelsel doorgevoerd, terwijl hij stelt ten aanzien van de eigen bijdrage specialistische hulp de poot strak te zullen houden. Ook de bedden- en functiereductie is in een volgende fase gekomen, waar de provincies concept-aanwijzingen, per gezondheidsregio gespecificeerd, hebben bereikt. Daarin wordt keihard over sluiting van ziekenhuizen en/of afdelingen gesproken, terwijl voorts in de meeste regio's een niet gering aantal specialistische functies zouden moeten worden gereduceerd. Juist voor vakken die een toename van de vraag kunnen verwachten in verband met de vergrijzing, bijvoorbeeld orthopedie, oogheelkunde en cardiologie, valt een substantiële korting te verwachten. Bij het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) werkt men aan een afsplitsing van de praktijkkosten uit het tarief om deze vergoeding dan vervolgens te verlagen. Het honorariumdeel is in die visie gekoppeld aan het norminkomen; het kabinet zal daarover in april-mei een beslissing nemen. Op het eerste oog beschouwd, is de situatie voor ons specialisten daarmee vergelijkbaar met het weer van de afgelopen werken: donkere wolken pakken zich voortdurend samen. Een andere beschouwing is echter ook mogelijk: het is een zachte winter . . . Dit brengt mij op de Kamerdebatten in-

zake de begroting Volksgezondheid. Daarin viel toch ook naast het gebruikelijke wapengekletter een zekere positieve ondertoon te bespeuren. Het beleid gericht op volumebeheersing lijkt het van het inkomensreductiebeleid te winnen. Daarmee wordt ons specialisten een opening geboden. Het is immers een reële uitdaging, naast kwaliteit ook het gebruik van de middelen, de doelmatigheid, in onze medische besluitvorming te betrekken.

Binnenkort zal aan de ledenvergadering een visie van het Centraal Bestuur ter zake worden voorgelegd. Een visie die in de laatste maanden van het afgelopen

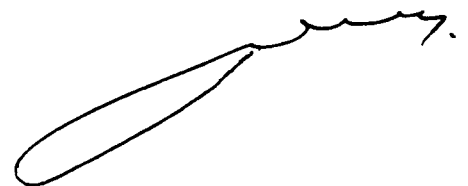
dit gaat ten koste van de kwaliteit. Dit zal echter veel energie en creativiteit vergen. Om dit op te brengen dienen wij optimaal gemotiveerd te zijn. Zorgen om onze bestaansmogelijkheden mogen er dan dus niet (meer) zijn.

Een ingreep in de tarieven zou met andere woorden niet alleen onredelijk, maar vooral ook ondoelmatig zijn. Onredelijk, omdat de vaststelling van de tarieven dient te geschieden volgens de afspraken in het Generaal Akkoord, zowel ten aanzien van het kostendeel als ten aanzien van het honorariumdeel. Bij een dergelijke integrale benadering valt eerder een verhoging dan een verlaging van de tarieven te verwachten. Ondoelmatig, omdat alleen een gecoördineerd LSV-en overheidsbeleid ten aanzien van de specialistische gezondheidszorg tot heil van de burger zal strekken, zowel in zijn hoedanigheid van patiënt als in die van verzekerde.

Of het mogelijk is tot zo'n gecoördineerde aanpak te komen, zullen de komende maanden leren. Het komt er daarbij op aan dat wij als specialisten duidelijk maken dat het aan ons niet zal liggen.

jaar onder leiding van mijn voorganger, collega Heijen, reeds met de besturen van de wetenschappelijke verenigingen is doorgenomen en adhesie heeft verkregen: doelmatigheid als onderdeel van kwaliteit.

Natuurlijk hebben wij de afgelopen jaren op dit terrein al veel bereikt. De vermindering van de ligduur, de uitbouw van de polikliniek, de opkomst van de dagbehandeling en het werk van de formulari-commissies zijn daar duidelijke voorbeelden van. Maar wij kunnen nog méér – ik ben daar zeker van – en zonder dat



Dr. C. M. T. Plasmans,
voorzitter LSV

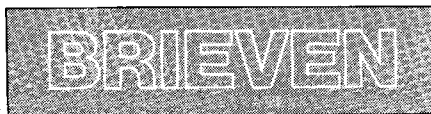
Plaatsing van bijdragen in de rubriek 'Brieven' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen worden schrijvers verzocht de lengte van een ingezonden brief tot circa driehonderd woorden te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

GEDIFFERENTIEERD BUDGETTEREN

Het belonen van doelmatig handelen is de bedoeling van de door Post c.s. in MC nr. 47/1987, blz. 1484, geschreven artikel. Hoewel de binnenkort in te voeren functiegerichte budgettering, als resultaat van onderhandelingen tussen vele belanghebbenden, de doelmatigheid maar in beperkte mate belooft, is het de vraag of de in het artikel aangegeven methodiek beter bruikbaar is.

Mijns inziens kan er een aantal kritische kanttekeningen worden gemaakt bij uitgangspunten, uitwerking en conclusies. Het is bijvoorbeeld de vraag of de cijfers uit de verschillende ziekenhuizen zonder meer vergelijkbaar zijn; mijn ervaring is dat door instellingen in hun jaarverslagen opgegeven aantallen met betrekking tot polikliniekbezoeken, poliklinische verrichtingen, etc. op onverklaarbare wijze kunnen verschillen. Het aantal eerste polikliniekbezoeken is in diverse huizen sinds 1983 – toen de budgettering werd ingevoerd – door een zorgvuldiger registratie sterk gestegen; er was immers geld mee gemoeid. (Het heeft tot 1987 geduurd eer er een eenduidige definitie door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg was gegeven.) Het aantal dagverplegingen kan op zeer verschillende wijze zijn opgebouwd; binnen het budgetteringssysteem kan afhankelijk van de belangen van een instelling in meer of mindere mate werkelijke substitutie vanuit de kliniek dan wel opwaardering van poliklinische verrichtingen aan de orde zijn. Tenslotte kunnen onder de poliklinische verrichtingen in sommige huizen ingrepen worden geteld die elders onder de dagverpleging worden gerekend (zeker in 1983).

Het hanteren van de regressieanalyse met betrekking tot de invloed van de efficiëncyparameter op het kostenniveau roept vragen op, in het bijzonder naarmate die parameter hoger uitvalt: een ziekenhuis met gemiddelde produktiewaarden en een hoge efficiëncyparameter kan qua kosten in theorie boven de regressielijn vallen; zo zou een huis met hoge produktiewaarden en een lagere efficiëncyparameter onder de regressielijn kunnen vallen; wat is nu efficiënt? Tenslotte wordt een aantal vertaalslagen gemaakt waarbij de regressiecoëfficiënt op nul wordt gesteld (met betrekking tot de efficiëncyparameter); dit betekent dat gewoon het gemiddelde gaat worden genomen ten aanzien van de invloed van de efficiëncyparameter op de regressiewaarden, zoals bepaald door de produktiekenmerken, met als argument de vereiste budgettaire neutraliteit; mijns inziens is dit een vrij arbitraire keuze. Wanneer daarbij de vragen over validiteit van de uitgangswaarden en toegepaste methodiek worden gevoegd, moeten er grote



vraagtekens worden gesteld bij de begaansbaarheid van deze weg als het om het belonen van efficiency gaat.

Oldenzaal, januari 1988

W. H. van Harten, adviserend geneeskundige
Regionaal Ziekenfonds Twente

PRO-RATOSYSTEEM HANDHAVEN

*Open brief
aan het Centraal Bestuur van de LHV*

Zeer geacht bestuur,
Ik wil beginnen met u te complimenteren met de behaalde, overigens zeer terechte, resultaten betreffende de particuliere tarieven. Daar er in dit verband mijns inziens al weer een zeer groot gevaar dreigt, schrijf ik deze brief. Ik loop de ontwikkeling, zoals ik hem heb begrepen, nog even kort door, om daarna bij het, in mijn ogen, dreigende gevaar uit te komen. Het ons door de regering toegezegde norminkomen bij een normpraktijk haalden we in de verste verte niet. Dit kwam doordat het inkomen uit het particuliere deel van de praktijk veel te laag was, hetgeen weer werd veroorzaakt doordat in de berekening van de particuliere tarieven een veel te hoog verrichtingengetal werd gehanteerd, namelijk 3,5; bij een enquête door de Economische Controledienst (ECD) in september '86 bleek dit echter 2,3 te zijn. De regering stelde dat dit lage verrichtingengetal ten dele onze eigen schuld was, omdat we lang niet alle verrichtingen rekenden die we mochten rekenen (telefonische consulten, herhalingsrecepten, etc.); de regering adviseerde ons eerst maar eens zakelijk te worden en wél alles te gaan rekenen: als we dat zouden doen, zouden we op een verrichtingengetal van circa 2,9 uitkomen. Bij de berekening van de particuliere tarieven bleef de regering echter toch uitgaan van 3,5 in plaats van 2,9. Dit duurde totdat de huisartsen driemaal achter elkaar volledig van de rechter gelijk kregen; deze noemde het gedrag van de regering in dezen 'onmiskienbaar onrechtmatig'. Toen werd het gehanteerde verrichtingengetal wel 2,9.

Om echter dit verrichtingengetal 2,9 (in plaats van 2,3) te halen moesten de huisartsen wel veel zakelijker worden, zoals de overheid heel duidelijk adviseerde. In dit verband kwam de bekende tarievenposter van de LHV medio

'87. De LHV schrijft daarover (13 mei 1987): 'Huisartsen moeten de tarieven in rekening brengen die hun wettelijk zijn toegestaan', en: 'Om te bevorderen dat de huisarts op een volstrekt legale wijze zoveel als mogelijk zijn particuliere norminkomen behaalt, doen wij een dringend beroep op u de wettelijk toegestane tarieven consequent in rekening te brengen.' Enkele belangrijke punten van de tarievenposter: elke consultatie (telefonisch consult, herhalingsrecept, 'normaal' consult) is een consult en een consult duurt tot 5 à 10 minuten. De tarievenposter optimaal toepassend komen we dus op een verrichtingengetal van circa 2,9.

Samenvattend kan de huisarts met een normpraktijk het norminkomen waarschijnlijk benaderen als hij én de tarievenposter optimaal volgt én als het verrichtingengetal van 2,9 wordt gehanteerd. Het laatste is nu het geval en het eerste is voor iedereen mogelijk.

Nu het mijns inziens dreigende, zeer grote, gevaar. In de LHV-brief van 23 december 1987 staat onder punt 4 een en ander over de 'pro-ratosystematiek'. Deze zou moeten worden afgeschaft, om voor mij volledig onbegrijpelijke redenen. We hebben nota bene nu net een redelijk honoreringssysteem, waarbij we met dit systeem en dit verrichtingengetal waarschijnlijk ons norminkomen kunnen benaderen. Toen ik bij het LHV-bestuur hier navraag over deed, schrok ik me werkelijk wezenloos. Ten eerste hoorde ik geen enkel redelijk argument waarom het 'pro-ratosysteem' moest worden afgeschaft. Twee 'argumenten' waren: a) de particuliere ziektekostenverzekeraars vonden dat door toepassing van de posten het aantal consulten nogal was gestegen (!?) – toppunt van dualisme; b) het moet van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Ten tweede: toen ik vroeg aan wat voor nieuwe systematiek er onder andere werd gedacht, hoorde ik alleen maar mogelijkheden waarbij de huisarts die de tarievenposter optimaal toepast er weer fors op zou achteruit gaan (bijvoorbeeld verlenging van de consulttijd, toch weer naar circa ½ consult voor een telefonisch consult en misschien zelfs nog minder voor een herhalingsrecept). Dat dit weer een forse verlaging van het verrichtingengetal (uiterst essentieel!) zou te weeg brengen, werd niet genoemd.

Dit is toch ongelooflijk en ongehoord. Wat we door de voordeur binnenkregen wordt er door de achterdeur evt. weer uitgehaald, op een, voor zover ik het begreep, illegale wijze. Dit mag mijns inziens niet eens bespreekbaar zijn. Uit het voorgaande mag duidelijk zijn dat de huisarts die de tarievenposter optimaal toepast bij de huidige nieuwe tarieven er geen cént, maar dan ook geen cént, op mag achteruit gaan bij een verandering van het honoreringssysteem!

Enkele slotopmerkingen:

– Ik vind het bijzonder vervelend dat we zo moeten zeuren om dat waar we recht op hebben. Dit zou kunnen suggereren dat de kwaliteit van ons werk minder belangrijk is dan de financiële vergoeding; het tegenovergestelde is waar.

– Ik vind het onbegrijpelijk dat er nog steeds huisartsen zijn die niet voor hun werk vragen wat ze ervoor mogen vragen. Ik kan me geen andere beroepsgroep voorstellen waar dit ook gebeurt. Vinden deze huisartsen de kwaliteit van hun werk niet voldoende, zijn ze bang voor geldwolf te worden versleten, zijn ze sowieso bang onaardig te worden gevonden? Ik vind dit gedrag overigens uiterst oncollegiaal en niet solidair tegenover de collega's die het wel moesten toepassen om het hoofd financieel boven water te houden, puur door factoren die ze beslist zelf niet in de hand hadden.

– Ik vind, en vertrouw daar ook op, dat de LHV zich in dezen uiterst sterk en krachtig moet opstellen, omdat tot m'n schande en verdriet de huisartsgroep zelf mijns inziens veel te heterogeen is en totaal geen ruggegraat heeft.

U veel sterkte toewensend, teken ik,

Nieuw-Vennep, januari 1988
P. L. Verkuyt

Naschrift

De pro-ratosystematiek betekent dat als de tijdsbesteding afwijkt van het gemiddelde, het normale consult- of visitetarief naar boven of naar beneden wordt bijgesteld – dit naar verhouding. In de praktijk komt het erop neer dat kortdurende telefonische consulten of verzoeken om herhalingsrecepten worden gedeclareerd tegen een half consult, terwijl consulten die een duidelijk langer tijdsbeslag kennen tegen twee consulten worden gedeclareerd. Uit de ECD-enquête bleek evenwel dat slechts 50% van de huisartsen telefonische consulten en/of herhalingsrecepten in rekening bracht, terwijl slechts een gering percentage van de huisartsen gebruik maakte van de mogelijkheid bij een langdurig tijdsbeslag meer te declareren. Onze indruk is dat dankzij de poster en de folders thans van deze mogelijkheden meer gebruik wordt gemaakt. Drie jaar geleden heeft het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) besloten dat uiterlijk binnen drie jaar de pro-ratosystematiek diende te verdwijnen. Thans heeft het COTG het volgende besloten: a. De pro-ratosystematiek verdwijnt per 1 juli aanstaande; b. Telefonische consulten en herhalingsrecepten kunnen formeel tegen een half consult en kleine chirurgische ingrepen en langdurige consulten tegen twee consulten worden gedeclareerd. Indien iedere huisarts op grond van deze richtlijnen declareert, moet het particuliere inkomen vóór 1 juli en na 1 juli gelijk blijven.

Utrecht, januari 1988
Drs. Chr. R. J. Laffr e, directeur LHV

GOEDKOOP BEVALLEN (1)

In vervolg op mijn brief in MC nr. 2/1988, blz. 40, het volgende:

Het door mij gestelde honorarium van de vroedvrouw ligt gezien de recente tariefbeschikking van november 1987 niet op f 661,—, maar op f 720,—. Het verschil met de gynaecoloog wordt hierdoor nog groter.

Laren, januari 1988
A. W. F. de Vrieze, vrouwenarts

GOEDKOOP BEVALLEN (2)

In Medisch Contact van 15 januari jl. (MC nr. 2/1988, blz. 40) geeft de heer A. W. F. de Vrieze aan hoe goedkoop de bevalling is door de gynaecoloog. Gemakshalve wordt alleen het honorarium van de bevalling inclusief voor- en nazorg genoemd, terwijl wordt vergeten de kosten te noemen van het gebruik van de behandelkamer, alsmede de overige door het ziekenhuis in rekening te brengen kosten. De rekening van de huisarts bestaat uit ongeveer 40% kosten, waardoor omgerekend het honorarium neerkomt op f 486*. Het honorarium van de bevalling zelf bedraagt f 243. De rest heeft betrekking op de begeleiding gedurende de maanden voorafgaand aan de bevalling en de tien dagen nazorg.

Uit het bovenstaande moge blijken dat de conclusie te snel is getrokken dat een bevalling door de gynaecoloog goedkoper is.

Het dient overigens naar mijn mening een academische discussie te blijven. Bij een normale bevalling is de huisarts of verloskundige de aangewezen instantie; bij complicaties moet de vrouwenarts worden ingeschakeld. Indicaties voor interventie van de gynaecoloog zijn gegeven in de indicatielijst (de zogenaamde 'bijgestelde Kloostermanlijst') van de Ziekenfondsraad.

Utrecht, januari 1988.
Mr. R. J. A. Hogenhuis.

* Het betreft hier de tarieven uit 1987.

AUTOMATISERING

Zo niet adviseren!

In Medisch Contact d.d. 18 december jl. (MC nr. 51-52/1987) staan twee verenigingsmededelingen die de neutrale positie van de LHV inzake advisering in automatisering ondermijnen. In de bedoelde mededelingen wordt eerst gemeld dat VVAA en SDM het systeem MicroHIS hebben opgekocht. In de volgende mededeling staat dat VVAA/SDM en LHV gaan samenwerken inzake automatisering. Daarbij verklaart LHV (WCIA?) dat MicroHIS aan de door haar gestelde eisen voldoet. Deze opstelling is bedroevend. Hiermee benadeelt de LHV de overige systemen.

Er zijn, met name voor apothekhoudenden, systemen op de markt die superieur zijn aan MicroHIS, zeker zoals het nu zonder Taxe funktioneert; hoe het met Taxe werkt is nog afwachten. Systemen zoals Praktisys, Genesys en Promedico hebben meer dan tweehonderd tevreden gebruikers, en zijn duidelijk op praktisch gebruik in de apotheek geprogrammeerd.

De LHV doet met haar opstelling geen recht aan de andere systemen. Deze 'dienstverlening in de automatisering' komt alleen MicroHIS ten goede. De LHV moet in dezen haar beleid herzien.

Jubbega, januari 1988
J. Goris, apothekhoudend huisarts

Naschrift

De LHV heeft haar automatiseringsmodel gebaseerd op het door de WCIA opgestelde referentiemodel. Dit betekent dat de LHV die systemen adviseert die zijn getoetst aan dit referentiemodel. Vervolgens streeft de LHV ernaar dat deze systemen worden 'gevoed' door een onafhankelijke gebruikersvereniging die dan door de LHV wordt ondersteund. Tenslotte tracht de LHV haar doel te bereiken door met de leverancier een intentieverklaring te sluiten waarin deze leverancier toezegt al die aanpassingen in het systeem aan te brengen die door de LHV wenselijk worden geacht.

Op dit moment zijn er twee systemen getoetst; MicroHIS en Declamed, zij het dat van het Declamed-systeem nog geen medische module of apotheekmodule ter toetsing is aangeboden. Wel zijn inmiddels andere systemen bij de WCIA ter toetsing aangeboden (onder andere Elias, BMS, Promedico). Tevens is er één erkende gebruikersvereniging (ORGHIS van MicroHIS). Met andere gebruikersverenigingen worden gesprekken gevoerd (Elias-gebruikersvereniging en Promedico-gebruikersvereniging).

Het is de bedoeling van de LHV met alle leveranciers van getoetste systemen een overeenkomst te sluiten in de geest van het tussen de LHV en VVAA bereikte akkoord.

Utrecht, januari 1988
Mr. R. J. A. Hogenhuis

RECHTZETTING

In MC nr. 1/1988, blz. 21, verscheen het artikel 'Naar een geregelde nascholing van artsen'. De auteurs van dit artikel waren Dr. A. A. de Roo en J. W. (niet: Prof. Dr. J.) Moll.

Een experiment in Almere (1)

Nieuw land, nieuwe gezondheidszorg?

Almere, de snelst groeiende gemeente van Nederland. Begin jaren zestig was er nog het IJsselmeer. De eerste inwoners van Almere kwamen in 1976. Hun aantal neemt jaarlijks toe met 6.000 à 7.000 personen. Op dit moment is het aantal inwoners 51.000 en begin jaren negentig zal het ongeveer 80.000 bedragen.

Nieuw land, veroverd op het water, zonder tradities, zonder gevestigde belangen: dé kans op vernieuwing. Deze gedachte prikkelt niet alleen de pioniers, maar ook de plannenmakers. Maar de mensen die in Almere gaan wonen zijn niet nieuw. Het zijn gewone Nederlanders, die een plek zoeken om prettig te wonen, werken en leven, met alle verworvenheden die ze goed vinden, maar zonder de bezwaren en lasten die ze in hun vorige omgeving hebben ondervonden. Zij komen vooral uit Amsterdam: zo'n 65%; circa 15% komt uit het overbevolkte Gooi.

Ook al is men verhuisd naar Almere, de trek naar het oude land blijft bestaan. Ruim 50% van de beroepsbevolking werkt buiten de polder. Omgekeerd wonen veel mensen die in Almere werken op het oude land.

Het wonen in een nieuwe stad heeft iets uitdagends. Het lijkt of hier alles nog kan, of je helemaal opnieuw kunt beginnen. Toch blijken veel bewoners in het begin moeilijk te kunnen wennen. Heimwee naar het oude land met zijn vertrouwde sociale structuren; de enorme groei van de nieuwe stad, waarin oriëntatiepunten telkens wisselen; de tijdsdruk, alles moest gisteren al klaar; spanningen in de nieuwe buurt – het zijn factoren die het leefklimaat mee bepalen. De hulpverleners signaleren veel psychosociale problemen als gevolg van deze ontwortelingsverschijnselen.

Van meet af aan wilde men in Almere een moderne, vernieuwende gezondheidszorg. Tegelijk met de komst van de eerste bewoners startte het eerste gezondheidscentrum. Terwijl de hulpverleners druk doende waren hun eigen werk te organiseren, werd op hen tevens een beroep gedaan om de lijnen te trekken naar de toekomst van de Almeerse gezondheidszorg.

S. I. M. Bless,
C. P. Schouwstra en
F. A. Vorst

Almere is nu elf jaar oud. Wat is er inmiddels aan gezondheidszorg? Het nieuwe land bood een unieke kans voor een nieuw soort zorg. Daarover twaalf weken achtereenvolgend een artikel in MC. Vandaag krijgen we het algemene kader van het Project Gezondheidszorg Almere (PGA) aangereikt door projectleiders Mr. S. I. M. Bless en C. P. Schouwstra, arts, en door de voorzitter van de Stuurgroep PGA, Prof.Dr. F. A. Vorst.

Dus doende werd in 1978 door het Openbaar Lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders (de voorloper van het gemeentebestuur) een discussienota gepresenteerd, waarin de volgende beleidsuitgangspunten stonden vermeld:

- integrale hulpverlening;
- buurtgebonden gezondheidscentra; en
- één bestuurlijke organisatie, waarin alle gezondheidscentra zijn opgenomen.

In 1980 werd de Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere opgericht: de beheersstichting voor de gezondheidscentra en werkgever van de huisartsen en andere vrije beroepsbeoefenaren.

Na de verkiezing van een nieuwe adviesraad (de voorloper van de gemeenteraad) in hetzelfde jaar werd het S1-project – een samenwerkingsproject van het Nederlands Huisartsen Instituut, de Nationale Kruisvereniging, en de Landelijke Organisatie Maatschappelijke Dienstverlening Joint – gevraagd aan de eerste lijn in Almere een advies uit te brengen over de organisatorische vorm. Het eindadvies van S1 kwam in december 1981 en werd begin 1982 door de adviesraad overgenomen; voorgesteld werd te komen tot één eerstelijnsorganisatie in Almere, met alle werkers in hetzelfde

dienstverband. Om deze opzet te kunnen realiseren werd contact gezocht met het ministerie van WVC, waar al langere tijd de wens bestond in het nieuwe land een experiment aan te gaan.

Alvorens hierop verder in te gaan zullen wij eerst stilstaan bij de ontwikkeling van ons moderne gezondheidszorgstelsel en het gezondheidszorgbeleid in Nederland.

MODERNE GEZONDHEIDSZORG

De moderne gezondheidszorgstelsels zijn tot stand gekomen als gevolg van een ontwikkeling die in de vorige eeuw begon, toen de geneeskunde een solide empirische basis verkreeg. Vermeerdering van kennis met betrekking tot de identiteit, de oorzaken en het verloop van vele ziektebeelden leidde tot groeiende mogelijkheden voor effectieve interventies. Op grond daarvan kwamen steeds meer voorzieningen voor gezondheidszorg tot stand. Door sociale wetgeving en financieringsfaciliteiten werden deze voorzieningen bereikbaar voor steeds grotere delen van de bevolking. In de naoorlogse ontwikkeling ging een imposante technisch-medische vergroting van de mogelijkheden tot interventie gepaard met de totstandkoming van de moderne verzorgingsstaten, waardoor het gepostuleerde recht op gezondheidszorg voor een groot aantal mensen kon worden gerealiseerd, overigens met van land tot land wisselende structuren van voorzieningen en randvoorwaarden.

De continue verbetering van de effectiviteit van de geneeskunde en daarnaast de steeds bredere definitie van 'gezondheid' resulteerden in groeiende zorgsystemen, die nu tot 10% van het nationale inkomen claimen en – daartegenover – voorzien in 6% tot 8% van de totale werkgelegenheid. Die enorme expansie van de gezondheidszorgstelsels heeft inmiddels – ongeacht regionale verschillen – in alle westerse landen tot problemen geleid; deze problemen betreffen kort samengevat het gebrek aan samenhang tussen voorzieningen, de moeilijk beheersbare kostenstijging, een onvoldoende planmatige ontwikkeling en onzekerheid over de meest effectieve manier om deze problemen aan te pakken.

Inhoudelijk moet worden vastgesteld dat, ondanks het veelbeleden credo van versterking van de eerste lijn en meer preventie, beide gebieden relatief zijn achtergebleven bij de bovenmatig uitgroeiende specialistische curatieve sectoren.

BELEID IN NEDERLAND

De ook in ons land gesignaleerde problematiek leidde tot een groeiende invloed van de centrale overheid, die door gedetailleerde wet- en regelgeving probeerde greep te krijgen op de gezondheidszorg. Planning, normering, tarifiering, regionalisatie en budgettering, etc. vormen de instrumenten waarmee wordt getracht de problemen aan te pakken. Dit beleid heeft een aantal vruchten afgeworpen, zoals beheersing van de kosten en een verbetering van de structuur bij regionale instellingen van ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's) en districtsgezondheidsdiensten (DGD's).

Daarnaast zijn er echter ook tegenslagen te constateren. Zo mislukte reeds de eerste poging om tot een doorzichtig en uniform financieringssysteem voor de gezondheidszorg te komen door middel van een volksverzekering. De structuur van de eerstelijnszorg bleef verbrokken en onsamenvattend en van de voorgenomen beddenreductie kwam weinig terecht. De voorgenomen planning van voorzieningen dreigt vast te lopen in de vele onoverzichtelijke bureaucratische regelingen en de algemene onzekerheid over efficiënte financieringswijzen.

Tegen deze achtergrond leek Almere een unieke gelegenheid te bieden voor een experiment met een integrale toepassing van de beleidsintenties die elders in het land slechts ten dele konden worden gerealiseerd. Met name wilde het departement nagaan of een versterkte eerste lijn zou kunnen samengaan met een in opzet beperkte tweede lijn.

Begin 1983 werd door de staatssecretaris van het ministerie van WVC en de toenmalige landdrost het Project Gezondheidszorg Almere (PGA) in werking gezet. Het doel van het project is het tot stand brengen van een samenhangende (gezondheids)zorg inclusief delen van de maatschappelijke dienstverlening van optimale kwaliteit voor de bevolking van Almere. De aldus ontwikkelde gezondheidszorg mag niet meer kosten dan de gemiddelde kosten van de gezondheidszorg elders in Nederland. Ten behoeve van het project werd een stuurgroep in-

gesteld, die de uitwerking van de doelstelling ter hand neemt, begeleidt en doet evalueren. Deze stuurgroep wordt bijgestaan door een projectteam. De evaluatie van het totale project werd toevertrouwd aan het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI). De kosten van de projectorganisatie en het evaluatieonderzoek worden door het ministerie van WVC gesubsidieerd.

Het belangrijkste uitgangspunt van het Project Gezondheidszorg Almere is het creëren van een sterke eerstelijnszorg. De tweede lijn ondersteunt de eerste lijn en vult deze aan. Dit betekent een verschuiving van zorg zowel binnen de tweede lijn, van kliniek naar dagverpleging en polikliniek, als van tweede naar eerste lijn.

Uitgaande van gelijkblijvende financiën impliceert dit het krap houden van de middelen van de tweede lijn teneinde uit de zo verkregen besparingen de eerstelijnszorg beter te kunnen equiperen. Daarom werd uitgegaan van een beddenaantal van het te bouwen ziekenhuis van 3 per 1.000 inwoners, in tegenstelling tot de 3,7 per 1.000-norm ex artikel 3 Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Op een bevolking – begin jaren negentig – van 90.000 inwoners zou dat een verschil van circa 60 bedden betekenen, met een navenante besparing op investering en exploitatiekosten.

Teneinde de in de ene sector verkregen besparingen in een andere sector te kunnen gebruiken zou een financieel kader voor Almere moeten worden gemaakt. Binnen een dergelijk kader zou, volgens het projectplan, een integrale planning vorm moeten krijgen, die zowel eerstelijns- als tweedelijnsvoorzieningen zou moeten omvatten, inclusief delen van de maatschappelijke dienstverlening. Ook het vestigingsbeleid zou hierin moeten worden opgenomen.

De onoverzichtelijkheid van de structuur van de gezondheidszorg zou worden aangepakt door een meer samenhangende opzet van de verschillende instellingen per zorgsector, bijvoorbeeld door één gezamenlijke beheersstructuur voor alle instellingen voor geestelijk gehandicaptenzorg in Almere. Ook op het gebied van de informatievoorzieningen werd één samenhangend systeem van meet af aan als uitgangspunt gekozen. Er zou één eerstelijnsorganisatie tot stand worden gebracht, zoals geadviseerd door S1. De herstructurering van de eerste lijn wordt

gezien als een van de belangrijkste randvoorwaarden voor de beoogde versterking van de eerste lijn.

Evenzeer deed zich de noodzaak voelen een overzichtelijk bejaardencircuit te creëren, waarin de te geprononceerde tegenstelling tussen verzorgingshuis en verpleeghuis zou worden opgeheven. In een nieuwe voorziening zijn beide functies gecombineerd; van daaruit is doeltreffende ondersteuning van de thuiszorg mogelijk.

Tenslotte is men in Almere van mening, dat bij het opzetten van de gezondheidszorg de inspraak van de bevolking zou moeten zijn gewaarborgd. Ook hiervoor zouden een structuur en een werkwijze moeten worden gevonden.

**

Dit waren bij het begin van het project de ambitieuze uitgangspunten, welke zouden dienen te leiden tot een aangepaste en op belangrijke punten vernieuwde gezondheidszorg. In de volgende artikelen zal blijken of en in hoeverre het in Almere lukt aanpassingen van het zorgstelsel te bewerkstelligen die wellicht een adequaat antwoord blijken in te houden op de vele knelpunten van het moderne gezondheidszorgstelsel. Zodoende kan het experiment Almere van meer dan lokale betekenis zijn en een voorbeeld vormen voor ontwikkelingen in de rest van het land. □

De mobiele computertomograaf

Voor- en nadelen

In Nederland valt de functie 'computertomografie' onder de werkingssfeer van art. 18 Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Hoewel in Nederland nog geen mobiele computertomograaf (CT) functioneert, wordt in het Planningsbesluit Computertomografie (1986) deze mogelijkheid wel genoemd¹. Het lijkt waarschijnlijk dat het Planningsbesluit binnen een jaar wordt herzien, waardoor de functie 'computertomografie' niet meer onder de werkingssfeer van art. 18 zal vallen. Door de relatief hoge aanschaf- en exploitatiekosten zal niet iedere instelling dadelijk tot plaatsing willen overgaan – dit geldt in het bijzonder voor de kleinere ziekenhuizen – terwijl de behoefte aan deze apparatuur wel degelijk aanwezig is. Een mobiele computertomograaf kan hier uitkomst bieden.

ONTWIKKELING

Het concept van de mobiele computertomograaf wordt reeds tien jaar in de Verenigde Staten toegepast. De grote vlucht die het aantal mobiele computertomografen daar heeft genomen wordt onder meer verklaard door het feit dat de kleinere ziekenhuizen zich toenemend bewust zijn geworden van het feit dat voor een kwalitatief goede medische zorg de functie 'computertomografie' onontbeerlijk is². Mobiele computertomografen maken deze functie in het eigen ziekenhuis mogelijk zonder de daarbij behorende investeringen en exploitatiekosten, zoals die bij een stationaire tomograaf nodig zouden zijn; meestal is namelijk de mobiele computertomograaf ondergebracht in een eigen rechtspersoon, waardoor ziekenhuizen geen beroep hoeven te doen op interne of externe financiële middelen.

Wanneer in de naaste toekomst de functie 'computertomografie' niet meer onder de werkingssfeer van art. 18 zou vallen, ontstaat het probleem dat veel ziekenhuizen over een computertomograaf willen en kunnen beschikken, maar dat er een onvolledig beeld bestaat van de medische en financiële effecten die ontstaan bij installatie van dit apparaat. De aanschafkosten van een computertomograaf behoeven niet veel meer te zijn dan die van andere, conventionele, rönt-

**F. H. Barneveld Binkhuysen
en Prof. Dr. P. F. G. M. van
Waes**

In de VS werkt men al tien jaar met de mobiele computertomograaf. Zo heeft men wél de functie 'computertomografie', maar niet de bijbehorende investeringen en exploitatiekosten. In Nederland zou overleg over aanschaf per regio dienstig zijn, vinden de radiodiagnosten F. H. Barneveld Binkhuysen en Prof. Dr. P. F. G. M. van Waes.

genapparatuur; de exploitatiekosten daarentegen zijn veelal wel een stuk hoger.

De efficiency en effectiviteit van een computertomografisch onderzoek worden voor een belangrijk deel bepaald door de kwaliteit van het onderzoek. In menig ziekenhuis ontbreekt echter de benodigde ervaring met betrekking tot de computertomografie. Voor een effectief gebruik ervan, waardoor ook de beoogde efficiency kan worden gerealiseerd, is niet alleen het onderzoek zelf van belang, maar evenzeer de indicatiestelling alsook een juiste beoordeling van het onderzoek. Het lijkt niet gewenst in ieder ziekenhuis een computertomograaf te plaatsen. Hierdoor zou waarschijnlijk een overschot aan CT-capaciteit ontstaan. Regionaal overleg bij installatie van een computertomograaf blijft dus noodzakelijk.

MOBIELE CT

Wanneer art. 18 wat de functie 'computertomografie' betreft vervalt, zijn er twee belangrijke elementen te onderscheiden waarmee ziekenhuizen worden geconfronteerd:

- Er is een te gering inzicht in de medische en financiële effecten van het installeren van een computertomograaf.
- Hoe wordt de kwaliteit van het computertomografisch onderzoek gewaarborgd, zodanig dat de te verwachten effectiviteit en efficiency ervan metterdaad kunnen worden gerealiseerd?

Door het inzetten van een mobiele computertomograaf, mits ingepast in een goede organisatie, kan men deze problemen het hoofd bieden. Een voordeel van de mobiele computertomograaf is dat ieder ziekenhuis de beschikking kan krijgen over de functie 'computertomografie' zonder zich direct met de financiële effecten ervan geconfronteerd te zien. In de periode dat men gebruik maakt van een mobiele computertomograaf kan men inzicht verkrijgen in zowel de financiële als de medische effecten ervan. Na verloop van enkele jaren kan op grond van de verkregen gegevens worden besloten al dan niet een eigen computertomograaf te laten installeren. Voor de patiënten is een groot voordeel, naast het voordeel van de verbeterde kwaliteit van de zorg, dat zij kunnen worden onderzocht in het ziekenhuis waar zij zijn opgenomen of worden behandeld³. Dit levert dan weer besparingen op in de kosten van ambulancevervoer. Doordat het CT-onderzoek in eigen huis plaatsvindt, wordt tevens de communicatie tussen de aanvragende artsen en diegenen die het onderzoek uitvoeren bevorderd⁴. Voor de overheid en verzekeraars bestaat het voordeel daarin dat in plaats van een te verwachten stormachtige toename van het aantal geïnstalleerde computertomografen een geleidelijke toename mogelijk is.

Behalve voordelen zijn er uiteraard ook nadelen verbonden aan de mobiele computertomograaf. Een belangrijk nadeel is het feit dat het apparaat niet 24 uur per etmaal overal beschikbaar kan zijn; dit heeft vooral consequenties voor de traumatologie. Voor een juiste opvang van traumapatiënten is de aanwezigheid van een computertomograaf een voorwaarde⁵.

ORGANISATIEVORM

Voor het goed functioneren van een mobiele computertomograaf lijkt het onderbrengen hiervan in een eigen rechtspersoon, bijvoorbeeld een stichting, de beste oplossing. Zo'n stichting kan het kwaliteitsaspect waarborgen door met eigen gekwalificeerd personeel het computertomografische onderzoek te verzorgen. Dit personeel zal niet solitair mogen

functioneren, maar zal de onderzoeken samen met de medische staf van het desbetreffende ziekenhuis moeten verzorgen. Hierdoor wordt een educatie-aspect geïntroduceerd, dat essentieel is voor een eventueel latere keus tot het installeren van een computertomograaf in het eigen ziekenhuis. De stichting zal dagelijks contact moeten hebben met een groter centrum met veel ervaring op het gebied van de computertomografie, dat kan fungeren als continue vraagbaak bij diagnostische problemen en dat waarborgt dat de kennis inzake de computertomografie up to date blijft.

CONCLUSIE

Hoewel in dit artikel niet is ingegaan op alle aspecten van de mobiele computertomograaf, lijkt de conclusie gewettigd dat dit apparaat voor veel instellingen een reëel alternatief biedt wanneer de functie 'computertomografie' niet langer onder de werkingssfeer van artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen valt. Mits voor de juiste organisatievorm wordt gekozen, biedt de mobiele computertomograaf de mogelijkheid op een effectieve en efficiënte wijze van deze onmisbare functie gebruik te maken. □

Literatuur

1. Planningsbesluit Computertomografie. Staatscourant 141, 11 juli 1986/nr. 6835.
2. Dobrin RPhD. Mobile diagnostic imaging: its current role and future potentialities. NGB 1984; 6: 63-6.
3. Krachon MJ. Mobile CT services - What to consider? NGB 1984; 6: 67.
4. Vandevivere J. Mobiele dienst nucleaire diagnostiek = Betere regionale dienstverlening. NGB 1984; 6: 86-90.
5. McCort JJ. Caring for the major trauma victim: The role for radiology. Radiology 1987; 163: 1-9.

Onderweg naar meer zekerheid

Ontwikkelingen in de radiodiagnostiek

Gedeelten uit de inaugurele rede van Prof. Dr. J. M. A. van Engelshoven, gewoon hoogleeraar in de radiodiagnostiek aan de Rijksuniversiteit Limburg.

Tot ongeveer 1970 bood de radiodiagnostiek vooral informatie over het skelet, de longen en het hart vanwege het grote natuurlijke contrast en over die organen waar extern contrast kon worden ingebracht, zoals maag, galblaas, bloedvaten, hersenkamers, etc. Parenchymateuze organen, zoals lever, milt, pancreas en hersenen, konden röntgenologisch niet worden afgebeeld en ook het spier- en bindweefselapparaat viel buiten het waarneemveld van de radiodiagnostiek. Ondanks deze beperkingen bereikt de conventionele projectieradiodiagnostiek een hoog niveau en ook nu maken deze technieken nog ongeveer 80% tot 90% van het totale radiodiagnostische verrichtingspakket uit.

In de jaren zeventig gaat de computer de radiodiagnostiek beheersen. De Engelse fysicus G. N. Hounsfield komt op het idee de röntgenfilm te vervangen door voor röntgenstralen gevoelige detectoren en de meetresultaten van die detectoren door een computer tot een beeld te laten omvormen. Na een kort aarzelend begin neemt deze techniek een enorme vlucht in de vorm van *computertomografie* (CT) en vele technische verfijningen volgen elkaar snel op. Om het jaar komt een nieuwe generatie CT-scanners op de markt. 'Wie vandaag koopt heeft morgen een verouderde machine', was in die tijd de slagzin van een fabrikant die een beetje achterliep. Ziekenhuizen gingen met elkaar een concurrentieslag aan; je had het apparaat er immers na een jaar al uit. De minister was er als de kippen bij door er door middel van het beruchte artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen een stokje voor te steken. Jammer, de mogelijkheden van deze nieuwe techniek waren immers enorm. Het

superpositieprobleem was opgelost. Er hoefden geen schaduwbeelden meer te worden ontraadseld. Bovendien was het contrastoplossend vermogen van computertomografie vele malen beter dan dat van de conventionele technieken. De gehele anatomie kon nu in vivo worden bestudeerd. Het weefsel zelf kon tot in details worden afgebeeld en vele weefsels en organen die tot op dat moment niet toegankelijk waren voor de radiodiagnostiek konden worden onderzocht. Het onderzoek was bovendien bijzonder weinig belastend voor de patiënt en kon poliklinisch worden uitgevoerd. Invasieve röntgenonderzoeken werden geheel of ten dele door computertomografie vervangen of werden alleen nog maar op strengere indicatie uitgevoerd, nadat eerst een CT-onderzoek verricht was. Hersentumoren, levermetastasen en abcessen kunnen sedert die tijd met grote zekerheid worden aangetoond of uitgesloten.

De mogelijkheden leken onbegrensd, maar het beperkt aantal CT-apparaten dat de minister toestond was meer dan twaalf uur per dag bezet en de wachttijden waren enorm. Wetschappelijk onderzoek, gericht op het bestuderen van de normale anatomie met zijn variaties – noodzakelijk om het afwijkende van het normale te kunnen onderscheiden – was door overbezetting van de apparatuur praktisch ondoenlijk. Goed evaluatieonderzoek, gericht op het vinden van de juiste indicaties, met name in relatie tot andere al langer bestaande onderzoekstechnieken, kwam door dezelfde oorzaak slechts moeizaam van de grond. Natuurlijk, veel van het onderzoek waarop ik hier doel is inmiddels gedaan en ook de Nederlandse radiodiagnostiek heeft haar bijdrage geleverd, maar het heeft allemaal veel langer geduurd dan nodig was.

De CT-anatomie is inmiddels opgehelderd en we weten ongeveer wat deze techniek mogelijk maakt. Het aantal CT-indicaties, in het

bijzonder op het gebied van lichaamsscanning, is veel groter dan in de beginperiode werd gedacht. Het aantal CT-scanners is in Nederland echter afgenomen. Er staan nu, anno 1987, in Nederland 45 CT-scanners, ofte wel één CT-scanner op 325.000 inwoners; ter vergelijking: op dit moment staat er in Japan één CT-scanner per 40.000 inwoners, in de VS één per 70.000 inwoners – alleen in Frankrijk, Griekenland en Engeland is men nog iets slechter af. Ik begrijp best dat de overheid wildgroei in het geheel van de gezondheidszorgvoorzieningen wil voorkomen, maar ik ben ervan overtuigd dat dit terughoudende beleid de kosten juist in de hand werkt en dat bovendien een aantal ziekenhuizen hierdoor ernstig in zijn normale functioneren wordt belemmerd.

In deze zelfde periode na 1970 kwamen alternatieve methoden van beeldvorming ter beschikking, technieken die geen gebruik maakten van röntgenstraling.

Het begon met de *ultrageluidsdiagnostiek*. Een in de beginperiode voor de radiodiagnostie moeilijk en arbeidsintensief onderzoek; de beelden leken toen nog meer op een Rohrschach-test dan op een diagnostisch plaatje. De acceptatie van deze onderzoekstechniek door zowel radiologen als klinici ging dan ook veel langzamer dan van de computertomografie. De beeldkwaliteit en de hanteerbaarheid van de apparatuur is ook hier enorm verbeterd, vooral door de ontwikkeling van de grayscale ultrasound en de real-time. Het echografisch onderzoek is nu, in handen van een ervaren, een snel, goedkoop en voor de patiënt niet belastend onderzoek, dat veel informatie verschaft. Met behulp van deze techniek kunnen evenals met de computertomografie spieren en parenchymateuze organen worden afgebeeld, zonder superpositie en met een goede contrast en ruimtelijke resolutie. Hoewel computertomografie en echografie elk zijn eigen mogelijkheden en beperkingen heeft, tonen de indicatiegebieden van beide technieken ook een zekere overlapping.

Alsof het allemaal nog niet gecompliceerd genoeg was, kwam in het kielzog van de computertomografie de afbeeldingstechniek door

middel van *nucleaire magnetische resonantie* – NMR, MRI of kernspintomografie genaamd – op gang. MRI-technieken werden in de jaren vijftig al gebruikt bij onderzoek naar moleculestructuren. De opkomst van de computer heeft afbeeldingstechnieken met NMR mogelijk gemaakt en de ervaring met de computertomografie op het gebied van beeldreconstructie heeft dit proces versneld.

Een MRI-beeld wordt opgebouwd uit een heel ander signaal dan het CT- of echografische beeld. Een andere weefseleigenschap wordt gemeten; het beeld stelt fysisch gezien dus iets heel anders voor. Zeer gedetailleerde morfologische informatie kan op deze manier worden verkregen, terwijl de techniek in principe ook de mogelijkheid biedt gegevens te vergaren over de chemische samenstelling van weefsel (weefseltypering) en metabole processen te volgen; dit laatste staat nog geheel in de kinderschoenen.

MRI is nu vooral een afbeeldingstechniek met een enorm aantal voordelen. Het onderzoek is veilig en er wordt geen gebruik gemaakt van ioniserende straling. Door een juiste keuze van puls sequenties kunnen zeer hoge contrasten tussen weefsels worden verkregen en is het mogelijk doorsneden in alle richtingen te maken. Beeldvorming van het centraal zenuwstelsel door middel van MRI is momenteel bij bepaalde indicaties al een routineprocedure geworden en ook ten behoeve van het onderzoek van het hart en het steun- en bewegingsapparaat speelt deze procedure al een belangrijke rol. Veel onderzoek is echter nog noodzakelijk om al de potentiële mogelijkheden en klinische toepassingen ervan te leren kennen en een optimaal gebruik in de dagelijkse praktijk te realiseren. Het moge duidelijk zijn dat dit onderzoek met de vier MRI-scanners die op dit moment in Nederland staan niet of nauwelijks van de grond kan komen: de druk van de reguliere gezondheidszorg op deze machines is nu al te groot om nog veel tijd over te laten voor wetenschappelijk onderzoek.

De computertechnologie heeft de radiodiagnostiek veranderd en CT, MRI, echografie en ook digitale subtractieangiografie mede mogelijk gemaakt. Deze beelden worden niet meer opgeslagen op film, maar op computertape, floppy disk of beeldplaat. Het ziet er naar uit dat de komende tien tot vijftien jaar de röntgenfilm zal verdwijnen en geheel of gedeeltelijk zal worden vervangen door stralengevoelige detectoren, die vervolgens door een laser worden afgetast, waarna alle informatie in digitale vorm wordt opgeslagen. De beelden kunnen dan via fiberoptics door het ziekenhuis verspreid of naar andere ziekenhuizen worden verzonden. Deze digitale radiografie heeft veel voordelen. Opslag en transport van beeldinformatie zijn veel eenvoudiger. De grote logge röntgenarchieven zullen veranderen in een klein computercentrum. Het dagelijkse gesjouw met honderden kilo's röntgenfoto's door het ziekenhuis zal verdwijnen en ook het ergerniswekkende zoekraken van röntgenfoto's zal tot het verleden behoren. Bovendien zal de diagnostische beeldinformatie ondanks

Huisarts en radiodiagnostiek

Het is een alom verbreid misverstand dat versterking van de eerste lijn vooral zou moeten worden gezocht in het ter beschikking stellen van meer diagnostische faciliteiten aan de huisarts. Natuurlijk is het een goede zaak dat de huisarts kan beschikken over bepaalde vormen van laboratorium- of radiodiagnostiek. Beslissingen kunnen dan vaak beter gefundeerd worden genomen en verwijzingen naar de tweede lijn achterwege blijven of meer gericht geschieden; fractuuriagnostiek, mammografie, thoraxfoto's of echografie van de galblaas zijn daar een goed voorbeeld van. De huisarts moet zich echter in zijn diagnostiek beperken tot die aandoeningen welke frequent in de eerste lijn worden gezien en zijn aanvullende diagnostiek niet richten op ziekten die daar praktisch niet voorkomen. Hij moet bovendien – en dat geldt eveneens voor de specialist – gericht onderzoek aanvragen ter toetsing van zijn klinische hypothesen. Hij moet niet algemeen screenend te werk gaan. Ik zal laten zien waarom niet.

Het gebeurt nogal eens dat een patiënt naar de afdeling Radiodiagnostiek wordt verwezen voor echografisch onderzoek van het pancreas in verband met een verdenking op pancreascarcinoom. Door middel van echografie is het immers mogelijk een pancreastumor te diagnostiseren; dit onderzoek is bovendien totaal ongevaarlijk voor de patiënt en goedkoop – Wat wil je nog meer? De techniek is echter zeker niet 100% nauwkeurig en er zijn fout-positieve en fout-negatieve diagnosen. Er wordt bovendien vaak op grond van de verkregen beelden getwijfeld. Omdat het aantal patiënten met een pancreascarcinoom dat een huisarts ziet gering is in relatie tot de trefzekerheid van echografie voor deze diagnose, is het aantal fout-positieve bevindingen waarschijnlijk erg groot ten opzichte van een uiterst gering aantal terecht positieve diagnosen. Fout-negatief is bovendien ook nog mogelijk. Het echografisch onderzoek helpt de huisarts in ieder geval niet bij de vraag of de patiënt wel of niet naar de tweede lijn moet worden verwezen. De onzekerheid nadat het onderzoek is uitgevoerd is nog praktisch even groot, hoewel zowel huisarts als patiënt meer zekerheid denken te hebben. Schijnzekerheid dus. Het echografisch onderzoek van het pancreas is dus niet geschikt voor toepassing in de eerste lijn.

Nu zijn echografische onderzoek van galblaas en pancreas goede voorbeelden om te illustreren dat de techniek bij de eerste indicatie wel en bij de tweede indicatie niet geschikt is om in de eerste lijn te worden gebruikt. Vaak wordt gevraagd beide organen te onderzoeken of men vraagt bij diffuse buikklachten echografisch onderzoek van de gehele bovenbuik aan. Door een dergelijk ongericht aanvraagbeleid zal het aantal fout-positieve echografie-uitslagen fors toenemen, met alle consequenties van dien, te weten: verder onderzoek of toenemende onzekerheid.

Omdat kwantitatieve gegevens over de voorspellende waarde van diagnostiek vaak niet beschikbaar zijn, probeert men wel door middel van consensusbesprekingen tussen deskundigen van diverse disciplines een aantal richtlijnen met indicaties op te stellen. Tijdens deze besprekingen wordt het echter meestal snel duidelijk hoe noodzakelijk die kwantitatieve gegevens zijn. De deskundigen zijn het vaak niet met elkaar eens.

Echter, ook al zijn er kwantitatieve gegevens en ook al is er consensus over indicaties, dan nog is het noodzakelijk dat de aanvrager op de hoogte is van de mogelijkheden en beperkingen van de door hem aangevraagde diagnostiek. Hij hoeft het onderzoek weliswaar niet zelf te interpreteren, maar hij moet wel de betekenis en waarde van de uitslag goed kunnen inschatten. Door het frequentere gebruik van radiodiagnostiek met het daarbij behorende dagelijkse overleg met de radiodiagnost is de specialist daartoe meestal beter in staat dan de huisarts. Dat is geen verwijt; het is een logisch gevolg van een andere manier van werken. 'Versterken van de eerste lijn' betekent daarom voor mij als radiodiagnost, naast het beschikbaar stellen van radiodiagnostische voorzieningen, vooral het verschaffen van informatie over die voorzieningen.

Dat kan op verschillende manieren gebeuren. Op de eerste plaats door de afdeling Radiodiagnostiek meer open te stellen voor de huisarts en hem de kans te geven regelmatig met de radioloog door hem aangevraagd röntgenonderzoek te bekijken. Op die manier krijgt hij een goed idee van wat wel en niet mogelijk is met beelddiagnostiek. De radiodiagnost moet zijn verslaglegging meer op de huisarts afstemmen en eventueel combineren met uitleg. Hij moet bovendien in zijn verslaglegging weergeven hoe zeker of onzeker hij is van zijn diagnose. Niet door allerlei vage termen als 'Misschien', 'Eventueel' of 'Het zou kunnen' te gebruiken, maar door die mate van zekerheid of onzekerheid enigszins te kwantificeren. Dat helpt de huisarts – en ook de specialist – de betekenis van een röntgenuitslag op zijn juiste waarde te schatten. Gelijktijdig is een grotere inbreng van het vakgebied van de radiodiagnostiek in het onderwijs-curriculum een vereiste. Dit is niet alleen noodzakelijk voor hen die later de klinische gezondheidszorg zullen bedrijven, maar vooral voor de potentiële huisarts, aangezien deze steeds vaker gebruik maakt van beelddiagnostiek: op dit moment wordt gemiddeld 20% tot 30% van de radiologische verrichtingen door de huisarts aangevraagd.

Dr. J. M. A. van Engelsehoven in 'Onderweg naar meer zekerheid; ontwikkelingen in de radiodiagnostiek', inaugurele rede RU Limburg

een geringe vermindering van het ruimtelijk oplossend vermogen waarschijnlijk toemen, terwijl de stralendosis per onderzoek fors zal afnemen. Digitale radiografie is echter nog toekomst. Technisch is het mogelijk, doch de vraag is in hoeverre dergelijke systemen betaalbaar zijn.

**

Het doel van radiologisch onderzoek is het verschaffen van zekerheid. Zekerheid om-

trent het al of niet ziek zijn of zekerheid omtrent de aard of uitgebreidheid van ziekte. We zijn onderweg naar meer zekerheid, de techniek stelt ons daartoe in staat. De patiënt vraagt er bovendien om. Hij blijkt niet bereid om onzekerheid met betrekking tot zijn gezondheid te accepteren; hij wil weten waar hij aan toe is. Ook de dokter wil meer zekerheid om zijn beleid te ondersteunen. Meer zekerheid kost geld, veel geld, en dat staat haaks op het huidige overheidsbeleid van bezuinigingen. Om die investeringen te verantwoorden,

maar vooral ook omodeloos ongemak en risico's voor de patiënt te voorkomen, zal meer onderzoek moeten worden opgestart naar de voorspellende waarde van beelddiagnostiek in verschillende situaties, naar de selectiemechanismen die tot onderzoek leiden en naar de effecten van beelddiagnostiek op de gezondheid van de patiënt en op de gezondheidszorg als systeem. Naast het uitdenken en ontwikkelen van nieuwe beeldtechnieken zal aan dit soort research meer aandacht moeten worden besteed. □

Waarom ga ik ermee door?

Elke dag opnieuw worden we er via de media op gewezen dat onze gezondheidszorg te duur is, dat we de kosten moeten beheersen. Om inzicht te krijgen stelt 'het management' steeds weer vragen over 'de produktie'. Keer op keer moeten de cijfers worden gegeven, als het mogelijk is tot op de dag van vandaag nauwkeurig. De ene keer voor besprekingen over het budget met de ziekenhuisdirectie, dan voor besprekingen met het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG), de ziekenfondsen, de middellange-termijnplanning, het medisch beleidsplan, en niet in de laatste plaats om personeel en apparaten aan te vragen.

De hoeveelheid personeel en apparaten is gekoppeld aan aantallen behandelingen, maar over een broodnodige uitbreiding moeten alle betrokken instanties kunnen meepraten. Telkens moest naast schriftelijke informatie ook nog mondeling een toelichting worden verstrekt.

De beslissingen worden genomen op basis van cijfers, neergelegd in rapporten. Cijfers over diagnoses, consulten, nieuwe patiënten, nieuwe bestralingspatiënten, herhalingspatiënten, aantallen series, zittingen, bestralingsvelden per zitting, megavoltbestralingen en orthovoltbestralingen, als het kan gespecificeerd naar radiotherapeut, laborant en fysicus. Het is interessant te zien hoe verschillend deze parameters zijn gedefinieerd, respectievelijk door de Commissie Radiotherapie van de Gezondheidsraad, het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en de minister (Planningsbesluit Radiotherapie): iedere keer net even anders en dus niet met elkaar te vergelijken.

Zonder bestralingsapparaten is een adequate zorg niet mogelijk. Niet zozeer dat er geen curatieve bestralingen kunnen worden uitgevoerd, maar vooral de palliatieve bestralingen raken in het gedrang. De verbetering van de kwaliteit van het leven van de kankerpatiënt komt in gevaar.

Wat moet je als behandelaar doen? Wachten tot je eindelijk wordt gehoord? Of meegaan met de bureaucratie om voor de toekomstige patiënten dat voor elkaar te krijgen wat nodig is? De patiënten die palliatieve bestralingen nodig hebben zijn te ziek om te protesteren

J. H. Biesta

De gezondheidszorg in ons land is in beweging. Iedereen is aan het woord (geweest). Dure rapporten zijn uitgekomen en na uitvoerige discussie worden beleidsvoornemens gemaakt. In zeer sterke mate geldt dit voor de radiotherapie. In het recente Planningsbesluit Radiotherapie kunnen we lezen dat de zorg voor de bestralingspatiënt moet worden afgestemd op de behoefte in 1995. Aan de frustraties over de zorg van alledag wordt voorbijgegaan, of liever: ze moeten in produktiecijfers worden vertaald. Cijfers die niet liegen, maar ook niets zeggen over de nood van de patiënten. De patiënt die het ongeluk treft nu kanker te krijgen is de dupe.

over de gang van zaken, of ze zijn te bescheiden. Ik kom steeds meer tot de conclusie dat we voor onze patiënten moeten spreken. Als wij als professie niet tegen de huidige gang van zaken in de gezondheidszorg protesteren, worden in de toekomst alle patiëntenbelangen gereguleerd door administrateurs en ambtenaren.

Kankerpatiënten zijn niet zielig maar ziek. Voortdurend worden ze bedreigd door hun ziekte. Aan de dokter die de diagnose meedeelt stellen ze vaak de vraag: 'Hoe lang heb ik nog te leven?' Deze vraag verandert in de loop van de ziekte steeds meer in: 'Hoe kan ik nog goed verder leven?' De kwaliteit van leven moet worden verbeterd. Dat is de vraag waarop de radiotherapie voortdurend het antwoord moet geven. Telkens weer moet aan de patiënt worden uitgelegd dat de ziekte verder is gegaan. De behandelaar moet zijn tijd gebruiken om naar de patiënt te luisteren, met hem te praten en samen met hem een weg te zoeken die met zijn wensen rekening houdt. Dit legt een voortdurende druk op allen die werkzaam zijn in de radiotherapie.

De dokter als manager is het toekomstbeeld, maar wie van die managers is de dokter? Door de managers wordt de kankerpatiënt de dupe. De produktie telt – te nadrukkelijk.

Neem de radiotherapeutisch laborant. Een prachtig beroep, waarin sociale zorg, intelli-

gentie en werklust worden gekoppeld. Er is een zeer hoge graad van waardering van de patiënt en zijn directe omgeving. Maar die waardering houdt op als het op belonen aankomt; de salarissen van radiotherapeutisch laboranten zijn ronduit armoedig en daar verandert waarschijnlijk in de toekomst niets aan. De door produktiecijfers geleide afdeling verliest aan aantrekkingskracht. De idealisten die overblijven worden ziek. Anderen zoeken een baan in de industrie of gaan terug naar de röntgendiagnostiek. Als een uitbreiding van het aantal laboranten wordt toegestaan, moeten het leerlingen zijn (zijn die misschien goedkoper?). Voor opleiding moet je tijd en rust hebben op een afdeling. Tijd en rust die er niet zijn: de produktie dringt. Deze vicieuze cirkel kan niet of nauwelijks worden doorbroken. Het aantrekken van laboranten uit het buitenland (Engeland) is tot nu toe het best mogelijke alternatief.

Er mogen in Nederland 32 bestralingsstoelen bij komen, in een periode van tien jaar. Dit is een uitbreiding van de capaciteit met ongeveer 50%. De kankerincidentie zal in de komende jaren zeker toenemen, maar niet met 50%. Deze enorme uitbreiding kan niets anders betekenen dan dat er nu roofobouw wordt gepleegd op het binnen de radiotherapie werkzame personeel, wat naar de patiënt vertaald betekent dat de kwaliteit van de zorg onvoldoende is.

Aanvragen voor personeel en toestellen moeten rationeel en gemotiveerd zijn. Maar het tijdverlies, ontstaan door de bureaucratische vraag naar cijfers weegt mijns inziens niet op tegen het verlies van levensvreugde bij patiënten die het niet kunnen helpen dat ze kanker hebben. Medici worden uitgenodigd om met de bureaucraten de weg van de cijfers en de rapporten in te slaan. Is dit zorg vóór of exploitatie van de patiënt?

'Het management' hoeft nooit aan een patiënt uit te leggen dat de bestraling nog vijf tot zes weken op zich moet laten wachten. Ik wel, en één van de vragen waar ik mee blijf zitten is: waarom ga ik ermee door? □

J. H. Biesta is werkzaam binnen de centrale bestralingsafdeling van de zes samenwerkende ziekenhuizen in 's-Gravenhage als radiotherapeut van het Bronovoziekenhuis.

De psycholoog in de eerste lijn en wat huisartsen ervan vinden

De discussie over het bestaansrecht van de eerstelijnspsycholoog is nog steeds gaande. Bij het verwijzen van mensen met psychosociale en psychiatrische problemen neemt de huisarts een sleutelpositie in. Het is daarom van belang te weten hoe huisartsen de psycholoog als verwijzingsmogelijkheid beoordelen en welke overwegingen daarbij een rol spelen. De groep waar het om gaat, de eerstelijnspsychologen, ziet haar positie als volgt¹: 'De psychologen willen een flexibele werkwijze hanteren: directe bereikbaarheid, vertrouwdsheid en bekendheid met de directe leefomgeving van de cliënt. Afhankelijk van de aard en ernst van de problematiek wordt, voor zover dat mogelijk is, voorkomen dat langdurige specialistische hulp vanuit de tweede lijn nodig is. Om deze taken naar behoren te vervullen zijn samenwerkingsverbanden met andere hulpverleners onontbeerlijk. De verhouding tot de tweede lijn is die van generalist-specialist.'

Lijnrecht tegenover deze visie staat de mening van de overkoepelende organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de NVAGG. Deze neemt het volgende standpunt in²: 'Er dient geen aparte plaats geschapen te worden voor de eerstelijnspsycholoog binnen de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Het ontstaan van zo'n nieuwe hulpverlener maakt de hulpverlening onoverzichtelijk en heeft negatieve effecten voor de samenhang tussen RIAGG - regionale instelling (of: regionaal instituut) voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (Red.) - en eerste lijn.'

De overheid heeft tot nu nog geen beleidsbeslissingen genomen over de psycholoog in de eerste lijn. Voorlopig worden experimenten toegestaan en worden verdere resultaten afgewacht³. Voor de honorering van de eerstelijnspsycholoog heeft dit tot gevolg dat de ziektekostenverzekeraars in het algemeen deze hulpverlening niet vergoeden: de cliënt betaalt de hulpverlening zelf.

In opdracht van de huisartsenvereniging te Groningen hebben wij een onderzoek verricht naar de beeldvorming onder huisartsen over de AGGZ-instellingen in en rond Groningen⁴. Juist deze beeldvorming is van invloed op het verwijsgedrag van een huisarts⁵. Eén onderzoeksvraag had betrekking op het functioneren van

J. Heikens en P. J. Beuger

Eén: de eerstelijnspsycholoog functioneert aanzienlijk beter dan de regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. Twee: uit de aard van de hulp die hij of zij biedt hoort de psycholoog thuis in de eerste lijn. Dat vinden huisartsen, althans 58 van de 90 huisartsen van de PHV Groningen die hebben meegedaan aan een enquête over het bestaansrecht van de eerstelijnspsycholoog. Een verslag van Mw. J. Heikens, bijna arts en bijna andragologe, en PHV-bestuurslid P. J. Beuger, beiden uit Groningen.

de eerstelijnspsycholoog. Hierop wordt nu verder ingegaan.

TAKENPAKKET

In het district van de huisartsenvereniging te Groningen zijn 90 huisartsen werkzaam. Van de 58 artsen die aan de schriftelijke enquête hebben deelgenomen zegt 70% regelmatig te verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog. Tabel 1 geeft weer welke activiteiten de psycholoog volgens de huisartsen in zijn of haar takenpakket zou moeten opnemen. De huisarts dient te verwijzen volgens het door de overheid voorgestelde echeloningsprincipe. Psychosociale problematiek dient in de eerste lijn te worden opgevangen door huisarts en maatschappelijk werk. Ernstige psychosociale en psychiatrische problematiek horen thuis in de tweede lijn, de aangewezen voorziening is hier de RIAGG⁶.

Met de komst van de klinisch psycholoog in de eerste lijn is de vraag interessant welke patiëntencategorieën de huisarts naar de eerstelijnspsycholoog verwijst. Van de huisartsen die aan ons onderzoek hebben meegewerkt zegt 71% de psychosociale problematiek naar de eerstelijnspsycholoog te verwijzen. In veel mindere mate is dit het geval wanneer men te maken krijgt met problemen van psychiatrische aard of acute problematiek, respectievelijk 15% en 14%. Dit verwijzingspatroon is ook in andere onder-

zoeken en registraties gevonden⁷. Het maatschappelijk werk bezit volgens de huisartsen diagnostisch en therapeutisch onvoldoende mogelijkheden om patiënten met psychosociale problemen te behandelen. Wordt naar deze instelling verwezen, dan betreft het patiënten met een andere hulpvraag.

PSYCHOLOOG VERSUS RIAGG

Voor het verwijzen voor ambulante psychosociale hulpverlening heeft de huisarts de keuze tussen RIAGG en eerstelijnspsycholoog.

Blijkens het voorgaande kent de huisarts de eerstelijnspsycholoog een duidelijke taak toe bij de hulpverlening aan patiënten met psychosociale problemen. Huisartsen zeggen een deel van de AGGZ-problematiek thans naar de eerstelijnspsycholoog te verwijzen; patiënten die zij voorheen wellicht naar andere voorzieningen verwezen. De afwijzende houding die de gevestigde hulpverleners (RIAGG) aannemen illustreert de positie die de psycholoog heeft verworven.

Op een aantal *structurele aspecten* werd de hulpverlening van psycholoog en RIAGG vergeleken. Van de RIAGG zijn de ter zake doende afdelingen beoordeeld: de sociaal-psychiatrische dienst (SPD), het bureau voor levens- en gezinsvragen (LVG) en de organisatorische eenheid psychotherapie (de OEP, voorheen het instituut voor medische (multifunctionele) psychotherapie IMP). Resultaten betreffende enkele aspecten van de hulpverlening en de organisatie van de hulpverlening zijn weergegeven in tabel 2.

De verschillen zijn duidelijk: de huisartsen zijn tevreden over de hulpverlening van de psycholoog; ook procedures rond het in behandeling nemen van patiënten verlopen soepel. De huisartsen beoordelen de te onderscheiden afdelingen van de RIAGG verschillend. De hulpverlening door het LGV en de OEP oogst niet veel lof, terwijl de voorziening toch een gedifferentieerd hulpverleningspakket aanbiedt. Wellicht zijn de artsen onvoldoende geïnformeerd over de mogelijkheden die de instelling biedt. Lange wachttijden lijken samen te hangen met omslachtige 'intake' - en aanmeldingsprocedures. Bij de SPD-afdeling van de

RIAGG zijn de zaken volgens de huisartsen goed geregeld; hierbij dient te worden vermeld dat deze afdeling met een andere patiëntengroep te maken heeft dan de andere afdelingen: het betreft veelal crisisinterventie en problematiek van psychiatrische aard.

Voor de huisarts is *rapportage* door de instelling over de patiënt van groot belang. Immers, de hulpvraag van de patiënt is vermengd met die van de verwijzer; deze laatste wil antwoord op vragen omtrent diagnostiek en behandeling. De verwijzer verlangt, analoog aan een verwijzing naar een somatisch specialist, een ter zake doend verslag betreffende de patiënt. Aan de huisartsen werd gevraagd naar de ervaringen die zij hadden met de rapportage.

Uit tabel 3 blijkt dat de eerstelijnspsycholoog meer aandacht aan rapportage besteedt dan de afdelingen van de RIAGG, waarbij de SPD gunstig afsteekt ten opzichte van de andere afdelingen.

TOEKOMST

Aan de huisartsen werd de volgende vraag voorgelegd: 'Vindt u dat de eerstelijnspsycholoog functioneert ter vervanging van één of meer AGGZ-voorzieningen? Uitkomst: 58% beantwoordde deze vraag bevestigend. Van de voorzieningen – poliklinieken, vrijgevestigde psychiaters, de RIAGG en het maatschappelijk werk – werd in 30% van de gevallen de RIAGG genoemd die door de eerstelijnspsycholoog zou kunnen worden vervangen. Frequent werd aangegeven bij voorkeur naar de eerstelijnspsycholoog te verwijzen om op deze wijze psychiatrische stigmatisering te voorkomen en de patiënt het doorlopen van het psychiatrische circuit te besparen. Eénderde van de huisartsen verwijst om redenen die te maken hebben met de afstemming tussen huisarts en eerstelijnspsycholoog: het verloop van de behandeling is beter te volgen, de adequate rapportage en het aanwezig zijn van goede werkcontacten. Vervolgens werd gevraagd: 'Stel dat de moeilijkheden die zich voordoen bij het verwijzen naar AGGZ-instellingen zouden zijn opgelost. Zou u in dat geval nog blijven verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog?' Uitkomst: volgens 67% van de respondenten hoort de psycholoog thuis in de eerste lijn als hulpverlener, ongeacht de dan verbeterde verwijzingsmogelijkheden; 16% was van mening dat wanneer de instellingen weer naar behoren zullen functioneren zij weer zullen verwijzen naar de oorspronkelijke voorziening.

Tabel 1. Takenpakket van de eerstelijnspsycholoog; meningen van huisartsen (N=58).

taak	abs. freq.
therapie	54
nadere diagnostiek	38
supervisie van eerstelijnswerkers	15
geen taken (worden reeds vervuld eerste of tweede lijn) ...	3

Tabel 2. Verband tussen voorziening en aspecten van hulpverlening en organisatie; meningen van huisartsen (N=56).

hulpverleningsaspecten	eerstelijnspsycholoog		RIAGG		SPD		LGV		OEP	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
verscheidenheid aan therapie-mogelijkheden	6	13	8	14	4	7	4	7	4	7
goede diagnostische mogelijkheden	15	27	14	25	0	0	4	7	0	0
goede consultatiemogelijkheden	20	36	30	54	0	0	0	0	0	0
goede behandelingsresultaten bij patiënten	34	67	20	36	9	16	4	7	0	0
aspecten van de organisatie										
lange wachttijden	1	2	3	5	24	42	19	34	1	2
'intake' procedure is omslachtig	1	2	5	9	9	16	9	16	1	2
aanmeldingsprocedure is ingewikkeld	1	2	4	7	5	9	7	13	1	2

Legenda: SPD = sociaal-psychiatrische dienst; RIAGG = regionale instelling (regionaal instituut) voor ambulante geestelijke gezondheidszorg; LGV = bureau voor levens- en gezinsvragen; OEP = organisatorische eenheid psychotherapie.

Tabel 3. Rapportage door de instelling aan huisartsen; aantal artsen dat naar de instelling verwijst (N varieert).

onvoldoende rapportage over:	eerstelijnspsycholoog		RIAGG		SPD		LGV		OEP	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
in behandeling nemen van patiënt	9	18	20	36	22	60	5	27	1	2
beëindiging hulpverlening	9	18	20	36	15	41	8	44	1	2
welbevinden patiënt	9	18	27	49	18	49	7	39	1	2
	N=49		N=56		N=37		N=18			

Legenda: zie tabel 2.

BESCHOUWING

De psycholoog heeft zich in Groningen snel in de eerste lijn ingeburgerd. Het merendeel van de huisartsen zegt regelmatig patiënten met voornamelijk psychosociale problematiek naar een psycholoog te verwijzen. De organisatie rond de hulpverlening is goed geregeld. De artsen zijn vooral tevreden over de behandelingsresultaten die worden bereikt. Aansluitend hierop vinden zij dat behandeling de belangrijkste taak van deze hulpverlener moet zijn. De meerderheid van de artsen vindt dat de psycholoog inderdaad thuishoort in de eerste lijn. Aangegeven wordt dat de eerstelijnspsycholoog een deel van de pa-

tiëntenpopulatie van AGGZ-instellingen wegneemt; uit diverse gegevens komt naar voren dat het de afdelingen LGV en OEP van de RIAGG betreft.

De Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg is van mening dat door het versterken van het diagnostisch vermogen van de eerstelijnswerkers via opleiding en nascholing en door een betere aansluiting van de regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg op hulpvraag van patiënt en verwijzer, de huidige afstemmingsproblematiek zal worden opgelost; de eerstelijnspsycholoog wordt zo overbodig. Echter, de RIAGG is in opzet een tweedelijnsvoorziening, wat veelal een specialistische benadering van de problematiek inhoudt; multidisciplinaire teams buigen zich over de aangeboden problemen. De naar de eerstelijnspsycholoog verwezen problematiek is, zoals een huisarts opmerkte, 'problematiek die nauw op het huisartsenwerk aansluit'. De psycholoog voorziet in de behoefte van huisartsen aan snelle diagnostiek en kortdurende therapeutische interventies.

Door het karakter en de organisatie van de hulpverlening heeft de eerstelijnspsycholoog zich een positie verworven op het terrein van de psychosociale hulpverlening tussen enerzijds het eerstelijnswerk van huisarts en maatschappelijk werk en anderzijds de tweedelijnsvoorziening RIAGG. □

Literatuur

1. De Thouars FFB, Bosch F. De eerstelijnspsycholoog. Medisch Contact 1985; 12: 841-2.
2. NVAGG-standpunt ten aanzien van eerstelijnspsychologen. Utrecht: NVAGG, januari 1987.
3. Ministerie van WVC. Nota 2000. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986, 92.
4. Heikens J. Verwijzen naar de AGGZ; een onderzoek naar de beeldvorming bij huisartsen over de AGGZ in Groningen. Groningen: Andragologisch Instituut RUG, 1987.
5. Breemer ter Steege C. Knelpunten bij het verwijzen naar de AGGZ. Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid 1983; 396-406.
6. Ministerie van WVC. Nota Geestelijke Volksgezondheid. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984, 25-8.
7. Ministerie van WVC. Nota geestelijke Volksgezondheid. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984, 24. Zie eventueel ook de onderzoeksvragen waarnaar in dit stuk wordt verwezen.

Wie moet het consultatiebureau leiden?

De samenstelling van de teams op de consultatiebureaus voor 0-4-jarigen varieert: soms werkt er een consultatiebureau (CB)-arts, soms een huisarts samen met een wijkverpleegkundige.

Onder invloed van het interimadvies van de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid is een discussie op gang gekomen over de vraag door wie het consultatiebureau voor 0-4-jarigen dient te worden geleid: de huisarts of de gespecialiseerde jeugdarts¹.

Voorstanders van de huisarts als leidinggevende van het consultatiebureau wijzen erop dat de zorg voor jeugdigen, ook als ze niet ziek zijn, in toenemende mate het contact vereist met het primaire leefmilieu, terwijl juist binnen het gezin waar het kind opgroeit de meeste problemen, ook puur somatische, hun wortel hebben en tot uiting komen^{2,4}. In het bijzonder waar huisartsen in teamverband met wijkverpleegkundigen werken kan een goed contact ontstaan met de aan hun zorg toevertrouwde gezinnen, een contact dat een continu, integraal en persoonlijk karakter heeft⁴. Het concept van integrale zorg wordt niet verenigbaar geacht met de zorg voor jeugdigen door een aparte jeugdarts. Ook wordt gewezen op de nadelen van splitsing van curatieve en preventieve zorg, waardoor de gezondheidszorg onnodig wordt versnipperd. De jeugdarts wordt daarentegen gezien als de aangewezen persoon voor meer op regionaal niveau gelegde taken, zoals planning, kwaliteitsbevordering, kwaliteitscontrole, consultatie aan de eerstelijns hulpverleners en het uitvoeren van epidemiologische studies^{3,4}.

Zij die een rol bepleiten voor de jeugdarts als CB-arts wijzen op de specifieke deskundigheid en routine die voor het consultatiebureauwerk is vereist^{5,6}. Men acht het een bezwaar dat huisartsen dikwijls onvoldoende ervaring kunnen opdoen, onder andere voor taken die de vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VTO) betreffen. Speciale CB-artsen krijgen een grotere routine, doordat zij een groot aantal kinderen zien per jaar. Bovendien hebben zij de meest geëigende opleiding (sociale geneeskunde) gevolgd om de benodigde kennis en vaardigheden te verwerven⁴. Daarnaast wordt erop gewezen dat door het grote aantal mutaties binnen de huisartspraktijk, het instellen van avond- en weekenddiensten, de oprichting van groepspraktijken met wisseling van

Dr. A. Kerkstra en
Drs. T. M. L. Vorst-Thijssen

Wie moet het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters leiden: de huisarts of een speciale CB-arts? Ook recent heeft die vraag tot discussie geleid. Het onderzoeksinstituut voor de eerste lijn, het NIVEL, heeft kortgeleden een onderzoek naar het functioneren van de consultatiebureaus afgesloten. In dit verslag van een deel van die studie behandelen Dr. A. Kerkstra, projectleider voor het themagebied wijkverpleging, en Drs. T. M. L. Vorst-Thijssen, onderzoeker, in het bijzonder het verschil in functioneren van huisartsen-CB-artsen en jeugdartsen-CB-artsen.

dienstdoende artsen en dergelijke, de band tussen huisarts en gezin veel losser is geworden⁵.

Bovengenoemde discussie is nog steeds actueel, zoals blijkt uit een aantal ingezonden brieven die recent in Medisch Contact zijn gepubliceerd⁷⁻⁹. Swaak verwijst in een van zijn brieven naar een onderzoek waaruit blijkt dat 53% van de CB-artsen die in de provincie Noord-Brabant deel uitmaken van de zuigelingenbureauteams en 65,5% van de CB-artsen van de kleuterbureauteams, een jeugdarts of een arts die voornamelijk consultatiebureaus doet het meest geschikte type CB-arts vinden⁹. De voordelen die deze CB-artsen zelf aangeven ten aanzien van hun specificiteit zijn onder andere: een grotere deskundigheid, betere motivatie, bevordering van de continuïteit van de zorg, de mogelijkheid tot gerichte en effectieve bijscholing en de ontwikkeling van een meer preventief-pedagogische houding; aldus Swaak. Wat uit dit ingezonden stuk echter niet duidelijk wordt, is of de genoemde 53% respectievelijk 65,5% zowel huisartsen die consultatiebureau doen als speciale CB-artsen omvat: in het begin van de brief wordt slechts vermeld dat bij de consultatiebureauteams in Noord-Brabant de medische functie in 52% van de gevallen wordt vervuld door een huisarts – voor de interpretatie van de resultaten maakt het namelijk nogal verschil uit of het voornamelijk CB-artsen zijn die de

boven weergegeven mening hebben of dat ook de meerderheid van de huisartsen die consultatiebureau doen die mening zijn toegedaan.

ONDERZOEK

Voor het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) hebben wij kortgeleden een onderzoek afgerond naar het functioneren van consultatiebureaus voor 0-4-jarigen, in de verschillende varianten en organisatievormen waarin deze voorkomen. In dit artikel presenteren we hieruit resultaten die betrekking hebben op verschillen tussen huisartsen die consultatiebureau doen en CB-artsen.

Opzet

Het onderzoek werd uitgevoerd in zes regio's waar zowel huisartsen als CB-artsen consultatiebureau houden. In deze regio's werd aan alle leden van de consultatiebureauteams en aan huisartsen die géén consultatiebureau doen een schriftelijk enquête gestuurd. De respons bedroeg voor huisartsen die consultatiebureau doen 78% (N = 106), voor CB-artsen 89% (N = 56), voor wijkverpleegkundigen 76% (N = 220) en voor huisartsen die géén consultatiebureau doen 42% (N = 84).

Daarnaast is er in drie gemeenten uit de desbetreffende regio's een a-selecte steekproef uit het bevolkingsregister van in totaal 1.254 zuigelingen en kleuters getrokken. Aan hun ouders werd een vragenlijst gestuurd, waarvan er 919 (73%) ingevuld werden geretourneerd.

Resultaten

Twee zaken die in de discussie vaak worden aangehaald zijn het hebben of verwerven van voldoende ervaring om consultatiebureau te doen en het hebben van voldoende opleiding.

Een indicatie voor de mate van ervaring kan zijn het aantal uren dat men per jaar consultatiebureau houdt en het aantal verschillende kinderen dat per jaar op het consultatiebureau wordt gezien. In ons onderzoek zien we bevestigd dat CB-artsen gemiddeld aanzienlijk meer uren per jaar consultatiebureau houden dan huisartsen en dat de eerste groep derhalve ook meer verschillende kinderen per jaar ziet (tabel 1).

Daarnaast is het duidelijk dat ook binnen de groep huisartsen en de groep CB-artsen afzonderlijk grote verschillen aanwezig zijn met betrekking tot het aantal uren dat ze per jaar consultatiebureau houden. De ervaring van de huisartsen is echter ruimer dan de tabel laat zien, omdat zij binnen hun praktijk ook nog regelmatig contact hebben met kinderen in de consultatiebureaulleeftijd.

Verder blijkt uit ons onderzoek dat artsen uit beide groepen het er bijna unaniem over eens zijn dat de huisarts op het consultatiebureau een bepaald aantal kinderen per jaar dient te zien om het consultatiebureauwerk goed te kunnen doen. Maar welk aantal is voldoende en wanneer is er sprake van voldoende ervaring?

Ditzelfde geldt voor *opleiding en na- of bijscholing*: wanneer is er sprake van voldoende specifieke opleiding voor consultatiebureauwerk? In onze steekproef bleek slechts 16% van de CB-artsen jeugdarts te zijn. Bijna de helft van hen (46%) had een applicatiecursus jeugdgezondheidszorg gevolgd, een cursus die speciaal is opgezet om artsen te scholen voor consultatiebureauwerk. Van de huisartsen die op het consultatiebureau werken heeft slechts 10% deze cursus gevolgd. Voor hen geldt echter dat ze ook ervaring opdoen via de contacten met 0-4-jarigen in hun praktijk, zoals ook vaak wordt aangevoerd. Specifieke na- en bijscholing met betrekking tot het consultatiebureau wordt volgens ons onderzoek door de huisartsen ook minder vaak gevolgd (45%) dan door de CB-artsen (96%).

In de discussie komt regelmatig een aantal *taken* terug, dat door de ene groep artsen beter zou kunnen worden uitgevoerd dan door de andere. Aan de ene kant wordt beweerd dat de huisarts als

Tabel 1. Tijdsbesteding van CB-artsen en huisartsen aan de consultatiebureauzittingen en het aantal verschillende kinderen dat zij per jaar zien.

	huisartsen		CB-artsen	
	X	spreiding	X	spreiding
aantal uren per jaar besteed aan zuigelingenbureauzittingen	58	12-180	211	36-840
aantal uren per jaar besteed aan kleuterbureauzittingen	52	24-360	216	12-624
aantal verschillende zuigelingen per jaar	41		138	
aantal verschillende kleuters per jaar	164		588	

gezinsarts onnodige medicalisering kan voorkomen en sneller kan inschatten wanneer er sprake is van ontwikkelingsstoornissen. Aan de andere kant worden CB-artsen vaak genoemd als de aangewezen personen voor het verrichten van systematisch VTO-onderzoek.

In de eerste plaats onderzochten we of er wat de taakverdeling tussen arts en wijkverpleegkundige betreft verschillen bestaan tussen bureaus die door huisartsen en bureaus die door CB-artsen worden geleid. Het blijkt dat huisartsen minder taken helemaal zelf uitvoeren en meer taken samen met de wijkverpleegkundige of alleen door de wijkverpleegkundige laten uitvoeren. CB-artsen doen meer taken helemaal zelf en laten er minder door de wijkverpleegkundige zelfstandig uitvoeren; dit laatste willen ze, in tegenstelling tot de huisartsen, ook verder niet uitbreiden. Daarnaast is een aantal CB-artsen van mening dat de taakverdeling binnen het consultatiebureau meer op de opleiding en ervaring van de wijkverpleegkundige moet worden afgestemd.

Vervolgens werd aan de hand van een aantal uitspraken (zie tabel 2) nagegaan in hoeverre huisartsen of juist speciaal opgeleide CB-artsen consultatiebureau dienen te doen. Die uitspraken weer spiegelen de discussie. Een meerderheid van de huisartsen die consultatiebureau doet vindt dat een huisarts zelf het zuige-

lingenconsultatiebureau dient te doen en daar ook goed toe in staat is. Dit in tegenstelling tot de CB-artsen die veel meer van mening zijn dat het voor huisartsen moeilijk is preventief te denken en te handelen en dat systematische VTO eerder een taak is voor speciaal opgeleide CB-artsen. De mening van huisartsen die geen consultatiebureau doen ligt hier ongeveer tussenin. Het is duidelijk dat alle drie groepen artsen preken voor eigen parochie, iets wat in deze discussie vaak zo lijkt te zijn.

Ook over *communicatie en samenwerking* oordelen CB-artsen anders dan huisartsen. De CB-artsen die aan ons onderzoek hebben deelgenomen waren minder tevreden over de kwaliteit van de communicatie c.q. samenwerking. Dit geldt zowel voor de communicatie en de samenwerking met de wijkverpleegkundige binnen het consultatiebureauteam als voor de contacten daarbuiten met de huisarts van het kind en met andere instanties uit de eerste en de tweede lijn. De huisartsen die consultatiebureau doen zijn over de kwaliteit van al deze contacten veel positiever. Verder geldt voor CB-artsen dat zij, hoewel zij in principe kinderen uit de praktijken van meer verschillende huisartsen op het consultatiebureau zien, vaker een toelichting geven bij verwijzing en vaker terugrapportage ontvangen dan huisartsen die con-

Tabel 2. Opmvattingen over welke arts consultatiebureau dient te houden (in procenten).

	huisartsen die CB doen			huisartsen die géén CB doen			CB-artsen		
	mee eens	deels eens/deels oneens	mee oneens	mee eens	deels eens/deels oneens	mee oneens	mee eens	deels eens/deels oneens	mee oneens
Om goede zorg te kunnen leveren aan de zuigelingen in zijn praktijk moet een huisarts zelf zuigelingen bureau houden	74	17	9	37	21	42	7	30	63
Een huisarts is goed in staat voor de zuigelingen uit zijn praktijk zelf consultatiebureau te doen	96	3	1	74	22	4	25	53	22
Het is voor een huisarts moeilijk zich een preventieve denkwijze eigen te maken voor het CB-werk	17	16	77	2	25	73	40	35	24
Systematische VTO is meer een taak voor speciaal opgeleide CB-artsen dan voor huisartsen	13	11	76	33	27	40	73	18	9
Een speciaal opgeleide CB-arts denkt te snel dat er van afwijkingen bij een kind sprake is	47	37	16	52	35	13	8	24	69

sultatiebureau doen. Deze laatste daarentegen ontvangen uit de rest van de eerste lijn juist vaker terugrapportage, wanneer ze een kind hebben doorverwezen.

Ter completering van deze vergelijking tussen huisartsen en CB-artsen geven we de mening van de *consumenten* uit ons onderzoek weer over beide soorten artsen. Meer ouders van 0-4-jarigen zijn tevreden over het consultatiebureau indien ze een bureau met hun eigen huisarts bezoeken dan wanneer het gaat om een bureau met een CB-arts. Van de ouders die een zuigelingenbureau met hun eigen huisarts bezoeken is 61% tevreden, van hen die een kleuterbureau met hun eigen huisarts bezoeken is 68% tevreden. Voor de bureaus onder leiding van een CB-arts zijn deze cijfers 52% respectievelijk 53%. Deze geringere tevredenheid komt onder andere naar voren in het feit dat men bij een CB-arts vaak langer moet wachten en de contacten met de arts oppervlakkiger vindt. Ouders die een bureau met een huisarts bezoeken zeggen daarentegen vaker het contact met de arts ondersteunend, vertrouwelijk of prettig te vinden. Tenslotte blijkt dat indien het mogelijk zou zijn op het consultatiebureau te kiezen ruim 70% van de ouders uit onze steekproef zou kiezen voor de eigen huisarts. Van de ouders die nu hun eigen huisarts zien op het consultatiebureau zou een klein deel (13%) liever een CB-arts willen. Van hen die nu een CB-arts hebben wil bijna de helft deze houden en kiest de andere helft voor de eigen huisarts; doorslaggevend voor de laatste groep is de bekendheid van de huisarts met gezin en kind, voor de eerste groep de speciale kennis van de CB-arts wat kinderen en hun gezondheid betreft.

CONCLUSIE

Concluderend stellen we vast dat de bevindingen uit ons onderzoek aardig sporen met een aantal punten uit de discussie over wie nu het consultatiebureau dient te leiden. CB-artsen besteden per jaar veel meer tijd aan het consultatiebureau en kunnen daardoor meer ervaring opdoen, ze hebben vaker een meer specifiek gerichte opleiding en hebben met name meer bijscholing gevolgd en ze vinden zelf dat ze VTO-taken en preventieve taken beter kunnen uitvoeren dan huisartsen. Huisartsen die consultatiebureau doen daarentegen vinden dat ze zelf consultatiebureau dienen te doen en daar ook goed toe in staat zijn, onder meer door de contacten die ze buiten het consultatiebureau hebben met zuigelingen en kleuters in hun praktijk. Een meerderheid van de ouders van 0-4-jarigen is het hiermee eens, in die zin dat huisartsen door hen vaker als vertrouwelijk en ondersteunend worden ervaren. Daarnaast blijkt het feit dat de huisarts het gezin en het kind kent belangrijk te worden gevonden door de meeste consumenten uit ons onderzoek. Een minderheid van de ouders vindt het juist weer belangrijk dat een specifieke CB-arts veel van kinderen weet.

Het lijkt ons alleen mogelijk dat er een eind aan deze discussie komt, indien er duidelijke criteria worden opgesteld over wat wordt vereist om goed consultatiebureau te kunnen doen. De discussie behoeft zich dan niet meer te richten op verschillen tussen beroepsgroepen, maar kan gaan over de beste manier om kwalitatief goede zorg te verlenen aan de groep 0-4-jarigen en hun ouders. Dergelijke criteria dienen onder meer betrekking te

hebben op het minimum-aantal CB-uren per jaar en op de specifieke eisen te stellen aan de opleiding en nascholing van degenen die consultatiebureauwerk willen doen. Bij het vaststellen van deze criteria zou men onder meer rekening kunnen houden met de andere door ons gevonden verschillen tussen het functioneren van CB-artsen en huisartsen en met de redenen waarom ouders vaak liever hun eigen huisarts zien op het consultatiebureau. □

Literatuur

1. Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Interim-advies inzake de zorg voor de gezondheid van jeugdigen. Rijswijk: Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1979.
2. Crebolder HFJM. Huisarts en kinderyhygiëne. Medisch Contact 1979; 34: 1496-8.
3. Dongen AM van. Provinciale kruisvereniging en consultatiebureau-huisarts. Medisch Contact 1985; 40: 1132-4.
4. Lisdonk EH van de, Nijkrake HGM, Receveur AFMH. De huisarts, ook de arts voor zuigelingen en kleuters. Medisch Contact 1981; 36: 73-5.
5. Bouma AL. Beschouwing van en commentaar op het door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uitgebrachte Interim-advies inzake de zorg voor de gezondheid van jeugdigen. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1980; 58: 172-4.
6. Jansen ThG. Jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen: commentaar op een interimadvies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Medisch Contact 1980; 35: 1402-4.
7. Swaak AJ. Opleiding Jeugdgezondheidszorg (ingezonden brief). Medisch Contact 1987; 42:5.
8. Grünewold N van 't. Huisarts als consultatiebureau-arts (ingezonden brief). Medisch Contact 1987; 42: 455.
9. Swaak AJ. Huisarts als consultatiebureau-arts (ingezonden brief). Medisch Contact 1987; 42: 650.

PRAKTIJKPERIKELLEN

Geen gehoor en geen gezicht

Korte door artsen geschreven signalen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

Mijn geamuseerde aandacht werd gewekt door bijgaand collegiaal verzoek:

Betreft: mw. . . .

Zeer geachte collega,

Belanghebbende vraagt vrijstelling omroepbijdrage wegens slechthorendheid en slechtziendheid.

Gaarne medische gegevens.

Was getekend: . . . , verzekeringsgeneeskundige GMD.

Specialistenzelfbestuur

Het dilemma van de duale ziekenhuisorganisatie

Voor de ziekenhuizen lijkt het begin van een nieuw tijdperk te zijn aangebroken. De tijd van expansie en schier onbeperkte middelen is voorbij, een consolidatiefase lijkt aangebroken. Door toedoen van hetzij de overheid hetzij kostenbewuste ziektekostenverzekeraars (afhankelijk van de implementatie van de voorstellen van de commissie-Dekker) zullen de financiële middelen voor ziekenhuizen steeds krappere worden. De huidige organisatiestructuur van ziekenhuizen maakt het moeilijk op deze wijzigende economische omstandigheden adequaat in te spelen.

Wanneer de historische ontwikkeling van de zeggenschapsverhouding in ziekenhuizen onder de loep wordt genomen, blijkt dat deze zich voortdurend aan veranderingen in de medische kennis en de sociaal-economische omstandigheden heeft aangepast. Achtereenvolgens werden ziekenhuizen gedomineerd door geestelijken, regenten, medici en tenslotte, sinds de jaren '40, door een coalitie van medische staf en administratief management. De huidige ziekenhuisorganisatie wordt gekenmerkt door twee hiërarchische lijnen met gescheiden verantwoordelijkheden. Het ziekenhuis wordt daarom getypeerd als een duale organisatie: aan de ene kant is de medische staf verantwoordelijk voor de patiëntenzorg, terwijl aan de andere kant het (economisch) management verantwoordelijk is voor het financiële beleid en de allocatie (toedeling) van middelen. Het ziekenhuis neemt hiermee een bijzondere positie in, want in geen enkel ander bedrijf zijn de verantwoordelijkheden voor de productiebeslissingen en de financiële consequenties daarvan gescheiden.

PROBLEEM

Gedurende de periode 1950-1980, toen de gezondheidszorg en daarmee ook de ziekenhuisorganisatie sterk in omvang toenam en de financiering een nagenoeg open einde kende, gaf de duale organisatiestructuur van ziekenhuizen weinig aanleiding tot problemen en vormde ze wellicht zelfs een voorwaarde voor groei. Potentiële conflicten tussen management en medische staf konden worden opgelost door expansie. Nu de gezondheidszorg qua uitgavenni-

H. J. Tap
en F. T. Schut

In MC nr. 50/1987 stelden Dr. C. M. T. Plasmans (secretaris LSV) en Mr. H. J. Overbeek (directeur de bureau LSV) het specialistenzelfbestuur aan de orde. Het idee daarvan was hun aangereikt door Dr. H. J. Tap en F. T. Schut in de vorm van de samenvatting van een door hen geschreven beschouwing. Omdat er ruime belangstelling voor idee en beschouwing bleek te bestaan, wordt die samenvattende tekst hier gereproduceerd.

veau in een consolidatiefase is beland, de financiering niet langer een open eind kent en derhalve de middelen schaarser worden, kunnen conflicten niet langer worden 'afgekocht'. Geconfronteerd met de beperkte hoeveelheid financiële middelen, zal het management zich gedwongen voelen zich in toenemende mate te gaan bemoeien met de zorgverlening, hetgeen onherroepelijk zal leiden tot een aanvaring met de medische staf. Medici zullen zich in toenemende mate bedreigd voelen in de autonomie van hun handelen, terwijl het management in de ongelukkige positie komt dat het verantwoordelijkheid krijgt voor zaken waarvan het weinig verstand heeft. Pogingen op basis van de organisatie-theorie om modellen van gedeelde bevoegdheid te ontwikkelen, zoals de idee van de matrix-organisatie, zijn weliswaar elegant in theorie maar blijken in praktijk niet te functioneren. De *crux* van het probleem ligt in het feit dat de gescheiden verantwoordelijkheid voor patiëntenzorg en middelenallocatie niet functioneert in een situatie waarin de financiële middelen schaars zijn.

OPLOSSING

Een voor de hand liggende oplossing is derhalve de *hereniging* van beide verantwoordelijkheden. Aangezien het niet wenselijk lijkt dat het management verantwoordelijk wordt voor de zorgverle-

ning, moet de oplossing worden gezocht in een verschuiving van de verantwoordelijkheid voor de middelenallocatie naar de medische staf. Hierbij kan worden gedacht aan een constructie waarin specialisten elk voor zich verantwoordelijk worden voor een individueel budget en daarnaast collectief verantwoordelijk worden voor de toedeling van het totale instellingsbudget, terwijl het management verantwoordelijk blijft voor de administratieve en organisatorische taken. Voordat een dergelijke verschuiving in verantwoordelijkheden mogelijk wordt, is het noodzakelijk dat medici de nodige kennis en managementvaardigheden ontwikkelen, hetgeen een aanpassing van het medisch curriculum vereist.

De empirische ervaringen met specialistenzelfbestuur zijn vooralsnog gering. In de Verenigde Staten lijken door artsen gerunde 'independent practice associations' (IPA's) in staat tot een efficiënt gebruik van middelen door het hanteren van stringente intercollegiale toetsingsprocedures.

**

Specialisten-zelfbestuur vormt geen pakkende oplossing voor de toenemende problemen in de ziekenhuisorganisatie. Het vergt een aanzienlijke mentaliteitsverandering van zowel management als medische staf en de verwezenlijking ervan zal waarschijnlijk eerst na een lang en moeizaam ontwikkelingsproces kunnen plaatsvinden. Dit vormt echter geen reden om de status quo te handhaven, omdat daarbij noch de specialisten, noch het management, noch de patiënten gebaat lijken. □

Bovenstaande tekst is een korte samenvatting van: H. J. Tap en F. T. Schut, 'Escaping from the dual organization: physician selfgovernance', gepubliceerd in het International Journal of Health Planning and Management 1987; 2(4).

De patiënt met AIDS

Psychosociale aspecten van medische en verpleegkundige zorg

Uit allerlei reacties blijkt dat een ziekte als AIDS (het 'Acquired immune deficiency syndrome') snel als een concrete bedreiging voor de eigen gezondheid wordt ervaren. Uit een enquête die eind 1985 in de Verenigde Staten werd gehouden kwam AIDS naar voren als het onderwerp dat de bevolking het meest heeft beziggehouden (Van Wijngaarden & Eijrond, 1986). In de VS (Brandt, 1983) en diverse andere landen is het prioriteit nummer één in het gezondheidsbeleid geworden.

In België was het percentage besmette patiënten in juni 1987 ongeveer tien keer lager dan in de VS, waar de prevalentie waarschijnlijk rond de 1% schommelt, en honderd keer lager dan in Centraal-Afrika, met een seroprevalentie van meer dan 20% in sommige streken. Er werden ongeveer 235 manifeste AIDS-gevallen gemeld. In ruim tweederde van deze gevallen ging het om buitenlanders, voor het merendeel afkomstig uit Centraal-Afrika. In de resterende gevallen ging het om autochtone Belgen, van wie 60% homoseksueel zijn en 20% nauw contact had met Centraal-Afrika. In België zijn 3 gevallen van AIDS ten gevolge van bloedtransfusieaccidenten voorgekomen, maar de besmetting dateert van vóór de systematische screening. Enkele hemofiliepatiënten werden reeds besmet, deels door uit de Verenigde Staten geïmporteerd factor VIII-serum, deels door besmet eigen serum (Donders e.a., 1987). Van de personen die aanvankelijk buiten de klassieke risicogroepen blijken te vallen kan men bij retrospectieve ondervraging een groot percentage (73%) toch tot een risicogroep herleiden (Lifson e.a., 1986).

Ook al gaat het om een ziekte die zich vooral in risicogroepen manifesteert, toch roept de AIDS-epidemie angstreacties op bij de totale bevolking. Hiervoor zijn diverse redenen op te noemen: de snelle uitbreiding van de ziekte, het feit dat er geen adequate behandeling is, de fatale afloop op zeer korte termijn op een moment dat de geneeskunde zoveel ziekten kan genezen, het feit dat vooral jonge mensen er het slachtoffer van worden.

Door haar grillige en ongrijpbare karakter wordt AIDS in de bevolking bijna als

Manu Keirse

De directeur Paramedische Patiëntenzorg van de Universitaire Ziekenhuizen Leuven schetst basis-eisen voor een goede opvang van AIDS-patiënten in het ziekenhuis.

een spookbeeld beleefd. De ziekte wordt een metafoor, krijgt een figuurlijke betekenis. We vinden dan ook allerlei reacties ten aanzien van deze ziekte terug, zoals het mysterieuze, het taboe-karakter, de straf van God voor een verwerpelijke levensstijl. Het beschouwen van een ziekte als straf is niet nieuw in de geschiedenis. We vinden hier gelijkenissen met de wijze waarop tuberculose en kanker werden beleefd, toen deze ziekten nog totaal onverklaarbaar waren. Ook melaatsheid verwekte een buiten alle proporties tredend gevoel van afschuw. In de middeleeuwen was lepra de sociale context waarbinnen corruptie zichtbaar werd gemaakt: het was een 'exemplum', een toonbeeld van verdorvenheid (Sontag, 1981).

IN HET ZIEKENHUIS

Een verpleegkundige vertelt over een AIDS-patiënt die in het ziekenhuis is opgenomen: 'Ik weet niet of de patiënt zelf al weet dat hij AIDS heeft, maar de verpleegkundigen kennen de diagnose. Ik ben nog niet bij de patiënt geweest, maar vandaag zag ik hem buiten zijn kamer. Hij ziet er als een gewone man uit, met wie je gewoon kunt praten.' Ze stelt zelf met verbazing vast welk eigenaardig beeld ze zich van een AIDS-patiënt heeft gevormd. Deze concrete situatie roept heel wat vragen op. Hoe kan men een patiënt adequaat benaderen als men als verpleegkundige niet wordt ingelicht over wat de patiënt weet? In welke mate werken dergelijke denkbeelden mentale en emotionele isolatie in de hand? Wat leert dit over de angst en de kwetsbaarheid van verpleegkundigen?

Op een andere afdeling kreeg de hoofdverpleegkundige van de afdelingsarts de opdracht een patiënt van 16 jaar dadelijk

van kamer te laten veranderen, omdat AIDS de vermoedelijke diagnose was van diens lotgenoot van 20 jaar. Men had beide patiënten in dezelfde kamer gelegd vanwege het geringe leeftijdsverschil en men had dit ook zo tegenover hen gemotiveerd. Ze hadden een goed contact met elkaar. Het is niet eenvoudig om iemands kamergenoot bij hem weg te halen zonder een gevoel van stigmatisering en isolatie op te wekken.

Uit het buitenland is bekend dat personeel weigerde de kamer te betreden en de patiënten te verzorgen; dat de etensbladen niet werden binnengebracht, maar door de deur naar binnen geschoven; dat de apotheek weigerde spullen af te leveren in bakken die naar de apotheek terugkomen; dat de röntgenafdeling deze patiënten alleen op bepaalde uren wilde onderzoeken; dat begrafenisondernemers overledenen alleen wilden vervoeren in echte ruimtevaartpakken; dat het schoonmaakpersoneel de afdeling onvoldoende schoonhield; dat de patiënten als melaatsen werden gemeden; dat patiënten moeilijk een tandarts vonden voor routineverzorging (Cecchi, 1986). Er is een situatie bekend waarin een patiënt naar een onderzoek werd gevoerd in een dichte lijkkak, met enkele openingen voor ogen en mond (Alderman, 1987). Op afdelingen voor spoedgevallen heeft het personeel overgereageerd op de diagnose, met isolatie en verwaarlozing van de patiënt, met het verkeerd bejegenen van de familie en met verkeerde informatie in de zin van: 'Ga naar huis en verbrand alles wat de patiënt heeft aangeraakt' (Cecchi, 1986).

Uit ervaringen in het buitenland is echter ook bekend dat er iets kan worden gedaan aan deze oordelende en veroordelende houding. Er zijn specifieke afdelingen voor AIDS-patiënten opgericht: geen getto's, maar afdelingen die een goede zorg bieden in een humane sfeer (Abrams, 1986).

BASISVEREISTEN VOOR OPVANG

Een eerste vereiste voor goede opvang van AIDS-patiënten en hun familie is het grondig informeren van alle personeelsleden: over de aard van de ziekte, verschijningsvormen en besmettingsgevaar.

Het blijkt dat zelfs medici en paramedici een verbijsterend lage kennis hebben betreffende de ziekte AIDS en de risico's voor besmetting van anderen dan de patiënten, voornamelijk zichzelf (Donders e.a. 1987; Greenhouse & Palmer, 1987; Pinching & Jeffries, 1985). Er worden veel vragen gesteld over het risico van besmettelijkheid bij gewone omgang met AIDS-patiënten of seropositieven, de 'huishoudcontacten'.

Het is niet voldoende éénmaal een voorlichtingsbijeenkomst te houden waarin alle relevante en feitelijke informatie wordt overgedragen, maar er is behoefte aan een *permanent informatiepunt* waar gezondheidswerkers terecht kunnen zowel met hun vragen naar feitelijke gegevens als met vragen die voortspruiten uit irrationele angstreacties. Ze worden immers dagelijks geconfronteerd met ongefundeerde uitspraken van anderen en met krantenberichten als: 'Een prik is genoeg . . .'; 'Dokters zelf bang voor AIDS . . .'; 'Twee verpleegkundigen besmet . . .'; 'Tandarts besmet . . .'; 'Zuid-Korea eist dat bezoekers van de Olympische Spelen het bewijs overleggen dat ze geen drager zijn van het AIDS-virus'. Deze dagelijkse berichten kunnen een sfeer van verontrusting en onveiligheid creëren, die het effect van eenmalig verschaft informatie overstemt (Cassens, 1985).

Alleen die personeelsleden informeren die bij de rechtstreekse verzorging betrokken zijn, is niet voldoende. Ook het personeel van de huishoudelijke dienst, de laboratoria en de technische dienst kan een afwerende houding aannemen. In een verpleegtehuis in Amsterdam werd opname van AIDS-patiënten onmogelijk gemaakt door een magazijnbediende die lid was van de ondernemingsraad. Bij de inrichting van een verpleegafdeling in het AMC te Amsterdam legden de arbeiders uit angst voor besmetting het werk stil toen ze vernamen dat de afdeling voor AIDS-patiënten was bestemd; er was nog geen enkele patiënt aanwezig! Natuurlijk kan men zeggen dat mensen er beter aan doen er geen onzinnige reacties en opvattingen op na te houden, maar men kan er beter naar luisteren en er iets aan doen, want dergelijke reacties en opvattingen zijn blijkbaar aanwezig en bepalen de manier waarop de patiënten worden benaderd. Het is aangewezen een niet beoordeelende of veroordelende sfeer te creëren ten aanzien van ongegronde opvattingen over besmettingsrisico's, zodat men deze

durft uit te spreken en ze kunnen worden rechtgezet.

Een tweede vereiste is dat grondig wordt stilgestaan bij de grondhoudingen van verzorgenden ten aanzien van andere seksuele levensstijlen, homoseksuelen en druggebruikers, om te vermijden dat verzorgend personeel vanuit eigen oordeel en vooroordelen een veroordelende houding aanneemt (Dardick & Grady, 1980; Brown, 1987). De benadering van de patiënt staat of valt met de *mensvisie* van de verzorgers. Als de visie op AIDS-patiënten en hun levensstijl niet is uitgekristalliseerd, bestaat het gevaar dat men vanuit onbewuste grondhoudingen deze patiënten afweert (Keirse, 1982a). De begeleiding van deze patiënten is niet de plaats om morele oordelen of veroordelingen uit te spreken of deze onbewust de benadering van de patiënt te laten beïnvloeden. In de morele oordelen klinkt vaak ook het kostprijselement door: 'Moet de belastingbetaler of de ziekteverzekering wel deze kosten betalen?' Dit speelt veel minder bij patiënten met longkanker ten gevolge van roken of bij patiënten met levercirrose ten gevolge van overdadig drinken.

Ook is het belangrijk stil te staan bij de attitude ten aanzien van het sterven, vooral van het sterven op jonge leeftijd (Wendler, 1987). Het gaat hier immers om een ziekte waarvoor vooralsnog geen adequate behandeling bestaat en die onvermijdelijk op relatief korte termijn tot de dood leidt.

Een derde vereiste is het nemen van adequate maatregelen op het vlak van de *ziekenhuishygiëne* die de veiligheid van het personeel en de andere patiënten beschermen. In een ziekenhuis is dit een relatief gemakkelijke procedure, maar het is ook nodig dat familieleden en vrienden enkele beschermende basisregels in verband met het vermijden van contact met bloed en secreten aanleren. Aandacht niet alleen voor de objectieve veiligheid, maar ook voor elk subjectief gevoel van onveiligheid, is hier niet zonder belang. Als men geen instantie creëert waar mensen met hun vragen terecht kunnen, kan dit weer resulteren in een afschermende, onpersoonlijke benadering van de patiënt.

Een vierde vereiste is dat men evenzeer aandacht geeft aan de *psychosociale problemen* als aan de medische aspecten. AIDS vraagt meer dan een goede medische diagnose, verzorging en behandeling (waar men in verzorgingsinstellingen op de eerste plaats aan denkt). De epidemiologische, virologische, pathologische

en immunologische aspecten hebben veel aandacht in de vakliteratuur gekregen, maar de psychosociale aspecten kwamen veel minder aan bod (Batchelor, 1984; Thompson, 1987; Morin, Charles & Malyon, 1984). AIDS is niet alleen een medisch probleem, maar het raakt de totale levenssfeer van de patiënt, zijn familie, zijn vrienden en zijn werksituatie. Ook de seropositieven die nog geen AIDS hebben en degenen die vrezen seropositief te zijn, zijn slachtoffers van de AIDS-crisis.

Hierna beschrijven we enkele psychosociale problemen waarmee dragers van de ziekte en de mensen in hun omgeving worden geconfronteerd.

MEEDELEN VAN DE DIAGNOSE

Eerst is het belangrijk uitvoerig stil te staan bij de vraag van verontruste personen naar een test, en dit om diverse redenen: om uit te maken of er een zekere gegrondheid is voor hun vrees; om zicht te krijgen op de wijze waarop ze omgaan met hun angst (belangrijk voor de oriëntering van de opvang achteraf); om zicht te krijgen op wat zowel een positieve als een negatieve uitslag voor hen betekent; om zicht te krijgen op risicodrag met het oog op preventieve actie.

Indien de uitslag van de screeningstest negatief is, zegt dit alleen maar dat er op het tijdstip van de afname van het bloed nog geen antistoffen waren gevormd. Dit impliceert dat bij grote verdenking op besmetting met het virus de test na enige tijd dient te worden herhaald. Zelfs bij personen bij wie men met betrekkelijke zekerheid kan vaststellen dat ze niet zijn besmet, is grondige verkenning nodig van wat deze uitslag voor hen betekent. Immers, sommige mensen blijken te worden beheerst door een soort fobische angst voor AIDS die hen ook na een negatieve uitslag blijft beheersen. Enkele begeleidende gesprekken kunnen helpen om hen hiervan te bevrijden. Tevens kunnen deze gesprekken hen helpen zich te bezinnen op riskante levensgewoonten.

Indien de uitslag op de screeningstest positief is, dient er nog een specifieke verificatietest te worden gedaan, omdat men een hoog percentage vals-positieve uitslagen vindt. Zolang de positieve uitslag van de screeningstest nog niet door de verificatietest is bevestigd, kan men de patiënt beter nog niets vertellen. Zoals de zaken er nu voorstaan, laat de uitslag van de verificatietest enkele weken op zich wachten, in deze wachtperiode, die

voor de patiënt een periode van grote onzekerheid, van crisis kan betekenen, kunnen begeleidend gesprekken met de patiënt aangewezen zijn.

Indien de patiënt positief bevonden wordt, betekent dit dat hij een tijdbom aangereikt krijgt waarvan hij niet weet op welk uur deze is afgesteld (Danner, 1986). Dit betekent nog niet dat hij de ziekte AIDS ook zal krijgen: volgens de huidige gegevens krijgt slechts 10% à 15% van de personen met aantoonbare antistoffen de ziekte AIDS. Hij moet zich echter vanaf dat moment wel als besmettelijk beschouwen, en wel voor de rest van zijn leven.

Er zijn uiteenlopende meningen over het feit of men de diagnose 'seropositief' wel aan de patiënt moet meedelen, ook als de patiënt er niet om vraagt of het liever niet wil weten. De Werkgroep AIDS van het Academisch Ziekenhuis Leiden meent van wel (Werkgroep AIDS AZL, 1986). De Werkgroep AIDS van de Centrale Medische Bloedtransfusiecommissie in Nederland (1984, 1985) meent dat men de diagnose enkel moet meedelen als de patiënt hierom verzoekt; hier gaat het om testen die worden gedaan in het kader van bloeddonatie. In recente Amerikaanse (Curran, 1985; Culliton, 1984) en Nederlandse (Vroom-Kastelein, 1985; Akveld, 1985) publikaties over dit onderwerp pleit men er ook voor de testuitslag altijd mee te delen. Dit wordt vooral gemotiveerd met het argument van het voorkomen van besmetting voor anderen, ook al is deze argumentatie niet sluitend; men heeft immers geen enkele waarborg dat de betrokkene hierdoor de nodige veiligheidsmaatregelen in acht zal nemen.

Als men een positieve uitslag meedeelt, dient men er altijd met nadruk op te wijzen dat een positieve uitslag vooralsnog niet betekent dat de patiënt ook daadwerkelijk de ziekte AIDS zal krijgen. De mededeling van een positieve uitslag is hét type van een slecht-nieuwsgesprek. Het is dan ook belangrijk dat men tijd reserveert om de patiënt op te vangen. Allereerst moet men de patiënt de kans laten zijn gevoelens te uiten. Pas wanneer deze voldoende zijn geventileerd kan men spreken over zaken als wat te verwachten, hoe het met anderen te bespreken welke follow-up en veranderingen in levensstijl (Keirse, 1981a). De diagnose kan voor sommigen de betekenis krijgen van het overhandigen van een doodsatteest; sommigen reageren hierop met totale ontkenning.

Een groot probleem is met wie deze pa-

tiënten het nieuws van hun diagnose kunnen delen. Vaak kunnen ze hiermee niet onmiddellijk terecht in hun eigen leefmilieu en is het noodzakelijk hun een aantal begeleidend gesprekken voor te stellen, bij wijze van uitlaatklep voor hun vrees en onzekerheid. Voor sommigen betekent dit dat zij hun seksuele geaardheid niet langer kunnen verbergen; naast de mogelijke verwerping door hun familie komen ook nog de schaamte- en schuldgevoelens, die een sterk isolerend effect hebben.

Ook al vertoont de patiënt nog geen symptomen van de ziekte, toch zal hij soms enkele dagen nodig hebben om van de diagnose te bekomen. Gedurende die tijd moet hij dan met ziekteverlof kunnen gaan (Nauta, 1986). Bij de mededeling van de diagnose van andere fatale aandoeningen, zoals kanker, houdt men zowel voor de dosering van de informatie als voor het tijdstip waarop, rekening met de beleving van de patiënt, de draagkracht van patiënt en familie, mogelijke steunpunten in hun omgeving en het te verwachten verloop van de ziekte (Keirse, 1982b; Keirse, 1986b; Keirse, 1987). Hier staat men voor de noodzaak de patiënt onverwijld te informeren, ongeacht zijn draagkracht en de draagkracht van de familie. Men creëert op dit moment een ernstige crisissituatie, niet alleen voor de patiënt maar ook voor de mensen in zijn omgeving. Zowel directe crisisinterventie (Keirse, 1981b) als langdurige begeleiding (Keirse, 1978; Keirse, 1980) is hier aangewezen.

SOCIALE ISOLATIE

Eén van de consequenties van de diagnose is vaak emotionele en sociale isolatie van de patiënt. Zowel de eigen beleving van de patiënt als bepaalde reacties van anderen werken dit gevoel van isolatie in de hand:

1. Onbekendheid met de ziekte doet een aantal mensen afstand nemen uit vrees voor besmetting.
2. De levensstijl die wordt geassocieerd met de ziekte en die wordt gekarakteriseerd door een sfeer van wisselende, veelvuldige en promiscue seksuele contacten of van drugexperimenten, doet een aantal mensen met afkeer of minstens met afstandelijkheid reageren.
3. Homoseksuelen zijn vaak reeds gestigmatiseerd en hebben vaak de banden met hun familie verbroken omdat die hun anders-zijn niet heeft aanvaard (Dilley, 1985; Ostrow, 1985).
4. Soms worden AIDS-patiënten uit een

huurhuis gezet (Lambregts, 1985) of worden kinderen op school geweigerd. In een Amerikaans ziekenhuis hing een plaatje 'Niet aanraken' aan het bed van een kind, waardoor het op inhumane en irrationele manier werd geïsoleerd van fysiek contact met zijn ouders (Silverman, 1985). Dergelijke reacties zijn meer gebaseerd op vrees dan op ratio. Sommige patiënten klagen over de onpersoonlijke benadering door gezondheidswerkers; ze beschrijven zichzelf als melaatsen. Een handdruk wordt door sommigen erg op prijs gesteld, omdat voor de rest elk fysiek contact is weggevallen (Frierson, 1987), maar ze maken mee dat zelfs dokters en verpleegkundigen op een afstand blijven staan als ze met hen praten (Dilley, 1985).

5. Veiligheidsmaatregelen in het ziekenhuis die in bepaalde omstandigheden verantwoord zijn, zoals het dragen van handschoenen bij bloedafname, werken ook een gevoel van isolatie in de hand; ze geven patiënten het gevoel onrein te zijn. Het bijeenbrengen van AIDS-patiënten op een aparte afdeling in het ziekenhuis wordt op zich ook beleefd als een isolerende maatregel, ook al biedt dit het voordeel dat men dan voor die afdeling speciaal een equipe kan opleiden om de beste zorg te verlenen. Uit het oogpunt van besmetting is er geen reden om AIDS-patiënten te isoleren in een aparte afdeling. Het is zelfs weinig relevant wanneer het erom gaat besmetting te voorkomen, omdat de patiënten die geen tekenen van de ziekte vertonen maar besmet zijn wellicht een groter gevaar betekenen. Toch wordt in bepaalde landen, onder andere West-Duitsland, aangedrongen op isolatie (Roscam Abbing, 1986, 1987).

6. Het gedwongen celibaat werkt op zich ook weer emotionele en sociale isolatie in de hand. Een nieuwe relatie opbouwen is vaak zeer moeilijk. Sommige patiënten die reeds wisselende seksuele contacten hadden omdat ze niet tot een vaste relatie in staat waren, zouden dit nu moeten leren, maar zowel hun eigen aangetaste zelfgevoel als de weerstand van de omgeving helpen hen hier niet bij.

7. Door de ziekte vallen de werksituatie en een aantal activiteiten in het gewone leven weg (Ferrara, 1984).

8. Sommige mensen schrikken als ze een AIDS-patiënt zien die als gevolg van zijn ziekte fysiek is afgetakelt. Ook de patiënt zal zichzelf als afschrikwekkend beleven. Door beide oorzaken zal hij zich terugtrekken.

9. Het feit dat de ziekte als terminaal

wordt beleefd schrikt op zich ook af. Weinig aandoeningen drukken ons zozeer met de neus op dood en lijden, pijn en angst (Lambregts, 1986).

10. Gevoelens van schuld en schaamte tasten het zelfgevoel van de patiënt aan, zetten aan tot terugtrekken en isolatie, en maken zelfs dat bepaalde patiënten er moeite mee hebben hulp te zoeken. Isolatie wordt ook in de hand gewerkt door schuld- en schaamtegevoelens bij de familie van de patiënt. 'Wat hebben wij verkeerd gedaan dat onze zoon zo is?' Deze gevoelens leiden soms tot het in de steek laten van de patiënt, maar soms ook tot een overbeschermende houding die tevens een afscherming van de buitenwereld inhoudt.

Het is geen gemakkelijke opdracht voor gezondheidswerkers, die soms ook huiverachtig zijn om AIDS-patiënten te helpen, alle sociale relaties die wegvallen te compenseren in een ondersteunende en begeleiderrelatie.

VERWERKING

De diagnose 'AIDS' maakt, op enkele uitzonderingen waar de besmetting via contact met bloed werd overgebracht na, dat er vragen worden gesteld over de seksuele levensstijl van de patiënt. Voor sommigen raakt hierdoor hun seksuele geaardheid bekend bij hun familie en omgeving. AIDS wordt zodanig gelijkgesteld met homoseksuele contacten, dat een patiënt uitdrukkelijk naar voren bracht drugverslaafde te zijn en geen homo (Frierson, 1987).

De ziekte activeert vaak verdrongen gevoelens in verband met seksualiteit en religie (Nichols, 1985). Seksualiteit is steeds in zekere mate als een religieus taboe of als schuldbeladen beleefd. Het gevoel dat AIDS een vergelding is voor iemands seksuele voorkeur wordt veelvuldig geuit (Frierson, 1985; Dilley, 1985). Een patiënt beschrijft hoe zelftwijfel, minderwaardigheids- en schuldgevoelens wegens zijn homofilie hadden bemoeilijkt en ten dele zelfs hadden verhinderd dat hij in het leven was geslaagd en dat het frequente wisselen van partner voor hem de mogelijkheid was om zijn innerlijk evenwicht te herstellen. 'Ik heb niet nagedacht. Ik heb niet gezegd 'Stop' of 'Wat ben je aan het doen?' Je valt van het ene bed in het andere omdat je angst hebt om alleen te zijn. Dat kan zo niet verdergaan. Je hebt hulp nodig. Probeer te begrijpen wat er met jou aan de hand is. Maar in plaats daarvan werd ik steeds

gejaagder. Ik heb niet bemerkt hoe verscheurd ik innerlijk was. Ik heb nooit veel over mijn leven nagedacht. Ik moest eerst ziek worden . . . maar dat is ook weer typisch voor mij de ziekte als een straf te zien' (Büssman, 1987).

Door de AIDS-crisis wordt de druk op mensen om tot een vaste relatie te komen sterker. Voor hen die niet zo'n relatie hadden, vraagt dit het leren van een nieuwe levensstijl, van nieuwe vaardigheden. Sommigen moeten hun vrees voor te intens contact overwinnen. Sommigen hebben moeite om een geschikte partner te vinden. Uit onderzoek weet men dat homoseksuele mannen in de maand voor het vaststellen van de ziekte vaak meer dan tien verschillende seksuele partners hadden (Martin & Vance, 1984; Marmor, 1982; Jaffe e.a., 1983); dit wil nog niet zeggen dat men homoseksualiteit zonder meer kan gelijk stellen met promiscuïteit.

Van gezondheidswerkers die zijn betrokken bij de behandeling en begeleiding van AIDS-patiënten mag men verwachten dat ze op een onbevengende wijze kunnen communiceren over alternatieve seksuele levensstijlen, anders kan een onbewuste afweerhouding doorwerken in de benadering van de patiënt. Studies (Wachter, 1986; Golin, 1978) tonen aan dat veel artsen zich ongemakkelijk voelen bij de behandeling van homoseksuele patiënten. Als men niet in staat is open en ontvankelijk naar de patiënt te luisteren, doet men er goed aan naar een andere arts te verwijzen. Het is niet belangrijk een andere levenshouding te begrijpen, het is belangrijk haar te respecteren en te aanvaarden.

ANGST VOOR AFTAKELING

Voor sommige patiënten wordt het voortdurend onderzoeken van hun lichaam op mogelijke ziekteverschijnselen een ware obsessie. Een klein vlekje kan voldoende zijn om in paniek te geraken. De meest gangbare lichamelijke veranderingen zijn gewichtsverlies, verkleuring van de huid, haarverlies en misvormingen door tumoren. Lichamelijke aftakeling is gemeengoed bij terminale aandoeningen, maar bij AIDS heeft ze een verwoestend effect door de snelheid waarmee de veranderingen optreden. Zelfs al zijn er nog geen ziekteverschijnselen zichtbaar, toch speelt de angst voor aftakeling de patiënt reeds sterk parten. Angst en gebrek aan voorspelbaarheid en gebrek aan controleerbaarheid hebben immers alles met elkaar te maken.

Patiënten die fysiek aftakelen, kijken vaak kritisch naar hun bezoekers om te zien hoe ze reageren op hun uiterlijk. Zij vrezen dat familie, vrienden en vooral kinderen door hun verschijning zullen worden afgeschrikt. Vaak hebben deze patiënten reeds een pover zelfbeeld ten gevolge van depressieve gevoelens; dit wordt dan soms nog buiten proportie in verhouding tot hun verschijning versterkt. Ook voor de familie kan de lichamelijke aftakeling een zware beproeving zijn, zoals blijkt uit het ervaringsverslag van een moeder: 'Het is niet gemakkelijk te waken bij je zoon die voor je ogen wegteert. Het was een nachtmerrie. Alles wat ik kon geven was mijn voortdurende aanwezigheid en mijn genegenheid. Peters dagelijkse fysieke erosie was mijn emotionele erosie. Ik kan woorden gebruiken als 'vrees', 'paniek', 'wanhoop', 'agressie', 'frustratie', 'verschrikking', en nog beschrijven ze mijn gevoelens niet adequaat. Het stoorde me mijn zoon meer en meer afhankelijk van mij te zien worden. Maar het hardst van alles was dat ik moest waken over een jonge gezonde man die verandert in een oude, ingevallen man, ineenschrompend en sloffend, onzeker en verward. AIDS is een wrede, een vernederende ziekte' (Peabody, 1986).

AFHANKELIJKHEID

Angst voor afhankelijkheid komt steeds voor bij ernstige ziekte, maar in het geval van AIDS wordt dit extra geaccentueerd door de relatief jonge leeftijd van de patiënten. De combinatie jeugd en gebrek aan ervaring met ziekte en hospitalisatie speelt hier mee en versterkt het gevoel van verlies van controle.

Sommige patiënten reageren op dit verlies aan controle met opstandigheid en agressie. Gezondheidswerkers en familie vinden het vaak heel moeilijk adequaat om te gaan met agressie van de patiënt. Deze krijgt zeer snel het etiket 'lastige patiënt' opgeplakt. Dat dient dan als excuus om hem te ontlopen, hem aan zijn lot over te laten, of hem op zijn beurt met agressie te benaderen. Kwaad zijn is vaak een verdediging tegen angst. Door aandachtig te luisteren kunnen we de patiënt helpen zijn woede te ventileren en kan hij ertoe komen bij zichzelf stil te staan en zijn eigen reacties te begrijpen. Dan kan men samen met hem zoeken hoe hij een maximale controle kan behouden over zijn eigen leefsituatie. Zo kan het ook belangrijk zijn tijdig met de patiënt te bespreken wie keuzes voor hem kan hel-

pen maken als hij dat zelf niet meer kan ('proxy consent') (Steinbrook, 1986). Als hij niet zelf beslist terwijl hij dat nog kan, kan het zijn dat men zich bij mentale aftakeling in het eindstadium richt tot de familie, die een legale positie heeft, terwijl het in feite een vriend of een andere relatie is die hem het meest nabij is en het meest weet over zijn wensen en verlangens.

Niet alle patiënten komen in opstand. Sommigen reageren onder invloed van hun depressieve stemming met regressie en worden totaal afhankelijk van het ziekenhuis. Het wordt dan soms moeilijk deze patiënten nog te ontslaan.

ANGST OM TE STERVEN

Het ziekteverloop vertoont veel gelijkenis met het verloop van een kankeraandoening waarbij de curatieve mogelijkheden zijn uitgeput. Toch zijn er in onze beleving enkele belangrijke verschillen die het sterven aan AIDS tot een ingrijpende ervaring kan maken dan het sterven van de kankerpatiënt:

1. Door de sociale isolatie verloopt alles vaak in een veel beperktere kring van zorgverstrekkers en familieleden, waardoor de emotionele last zwaarder te dragen is.
2. Vanaf het uitbreken van de ziekte is er het onontkoombare feit dat er geen afdoende behandeling bestaat en dat er dus ook geen hoop is op genezing. Het uitzichtloze kan zoveel angst meebrengen dat het de communicatie met de omgeving verstoort. Ook voor het verzorgend personeel is het een extra stress te weten dat men wel kan verzorgen, maar dat er geen afdoende behandelingsmogelijkheden bestaan.
3. Kanker wordt beleefd als een ziekte die iemand overkomt, terwijl AIDS gepaard gaat met schuldgevoel, met het gevoel het zelf te hebben bewerkt.
4. De ziekte verloopt vaak in een overrompend snel tempo: tussen het uitbreken van de ziekte en het sterven verlopen gemiddeld dertien maanden.
5. Bij homoseksuele patiënten zien we vaak wederzijdse uitstoting tussen de familie, die er moeite mee heeft de seksuele geaardheid te accepteren, enerzijds en de vriend, die moeite heeft met de niet-accepterende houding van de familie anderzijds. In plaats van wederzijdse steun en verbondenheid doet zich soms wederzijdse uitstoting voor.
6. Bijkomende stress kan voortspruiten uit het feit dat de seksuele partner soms

ook besmet is of reeds aan de ziekte is overleden.

Dat de afloop onontkoombaar vaststaat en dat men weet dat er geen behandeling bestaat, wil nog niet zeggen dat de patiënt geen hoop heeft op genezing. Zeer vaak blijven patiënten hopen het vol te houden tot er een behandeling zal zijn ontdekt. Ontkenning is niet zomaar negatief, maar biedt mensen de kans hoopvol te blijven leven en langzaam tot zichzelf te komen (Keirse, 1982c; Simpson, 1982). Uit onderzoek (Hackett & Weisman, 1969; Hackett & Cassem, 1970; Weisman & Hackett, 1966) weet men dat patiënten met een terminale ziekte die succesvolle ontkenners zijn, niet enkel hun angst verminderen en hun hoop stimuleren, maar ook langer leven. Men kan zonder de ernst van de ziekte te ontkennen als hulpverlener de patiënt helpen door te zeggen dat men gelooft dat hij kan herstellen tot een niveau van leven waarin hij nog produktief kan zijn, of nog zinvol kan leven (Keirse, 1982c).

ROUWBELEVING

De stigmatisering van AIDS-patiënten heeft een fenomeen van verborgen rouw gecreëerd. Schuld- en schaamtegevoelens, die reeds sterk aanwezig zijn in elk rouwproces (Keirse, 1984), worden hier door de aard van de ziekte nog eens sterk geaccentueerd. De neiging bestaat om zich als familie sterk te isoleren. Mag men wel verdriet tonen na een 'dergelijk sterven'? Men houdt het sterven of de oorzaak van het sterven geheim en durft er met niemand over te spreken. Familieleden leven dan ook vaak met de angst dat de ware doodsoorzaak zal worden ontdekt of bij bepaalde mensen bekend is. Dat werkt dan weer isolatie in de hand. Een vrouw wier homoseksuele man aan AIDS was gestorven vertelde dat de familie van haar man zijn naam nooit meer uitsprak; alsof hij nooit had bestaan: zijn levensstijl en het feit dat hij AIDS had waren zo onaanvaardbaar voor hen dat ze alles wat ze voor elkaar betekenden, negeerden (Trent, 1987).

De homoseksuele partner of vriend heeft in elk geval reeds moeite om met zijn verdriet naar buiten te komen, omdat dit soort liefdesrelatie reeds weinig levenskansen krijgt in de samenleving. Treuren om het teloorgaan van de relatie wordt met onbegrip en bijna als een schande beleefd. Daarnaast leeft de partner of vriend nog met het probleem dat fysieke symptomen van stress, die voorkomen

bij alle rouwenden, zoals slapeloosheid, diarree, hoofdpijn en vermoeidheid, hier snel worden geïnterpreteerd als symptomen van AIDS. Als men hun kan duidelijk maken dat dergelijke lichamelijke klachten in elke rouwverwerking voorkomen, is het misschien mogelijk hun angst onder controle te houden (Trent, 1987).

Naast de algemene stigmatisering zien men ook vaak een gespannen relatie met wederzijdse uitstoting tussen de familie en de vriend van de patiënt. Deze laatste, die vaak een belangrijke of de belangrijkste rol speelde in het leven van de patiënt, wordt soms helemaal niet geduld of naar een tweederangs plaats verwezen bij de uitvaart en in de rouwperiode (Siegel, 1981).

Echte opvang van de patiënt betekent naast opvang voor zijn eigen noden, ook aandacht voor anticiperende rouw bij zijn familie en zijn vriend, maar ook zorg voor een adequate rouwbegeleiding of verwijzing hieromtrent na zijn sterven.

AANBEVELINGEN

Tot slot enkele aanbevelingen met betrekking tot bijkomende aandachtspunten.

1. Er dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden om zinvol te kunnen omgaan met het respecteren van het beroepsgeheim enerzijds en de veiligheid van het personeel anderzijds. Wie moet er op de hoogte zijn van de diagnose: enkele verzorgers, het hele verpleegteam, het onderhoud- of huishoudelijk personeel, andere begeleiders? In welke mate is een strikt beroepsgeheim te verzoenen met een goede opvang van de patiënt met zijn specifieke noden? In welke mate kiest men voor het bewaren van het beroepsgeheim tegenover de familie of voor een volwaardige integratie van de familie in het zorgen voor de patiënt? Al deze facetten dienen met de patiënt te worden besproken, zodat er duidelijke afspraken over kunnen worden gemaakt.
2. Het is zinvol aandacht te besteden aan de religieuze en geestelijke nood van de patiënt. Schuldgevoelens verwijzen zeer vaak naar onderliggende religieuze opvattingen of grondhoudingen. De ziekte kreeg in bepaalde milieus het etiket: 'straf van God'. Voor mensen die gelovig zijn kan men misschien vanuit het geloof nieuwe en hoopvolle perspectieven aanbieden. In de bijbel vindt men hiertoe duidelijke aanknopingspunten (Bussman, 1987). Vele zieken die Jezus ont-

moetten, waren op grond van wettelijke voorschriften van de heersende reinheidsangsten, meningen en normen, geïsoleerd en buitengesloten. Hij zoekt hen op om ze weer in de gemeenschap op te nemen. Ziekte was voor hem geen straf van God. Hij liet de zieken niet aan hun lot over, ze werden door hem niet moreel gediskwalificeerd of gebrandmerkt. Hij eiste ook geen morele prestatie. Hij zocht hen op, sprak ze toe, liet ze uitspreken, legde hun de handen op, raakte ze aan, liet zich aanraken en kuste ze. Hij ging met hen om in een sfeer van goedheid, zonder vooroordelen, zonder voorwaarden. Hij riep op tot solidariteit, die sociale discriminering afwees. Vanuit dit geloof kan men ook perspectief aanreiken aan AIDS-patiënten.

3. Bij ontslag van AIDS-patiënten uit het ziekenhuis moet men zeer nauwkeurig verkennen waar ze terecht komen, en denken aan alle problemen die gepaard gaan met isolatie, werkverlies, wegvalen van bestaansmiddelen, ongewenstheid in de woonomgeving, voedingsdeficiëntie. Men moet opletten dat de AIDS-patiënt niet wordt ontslagen naar de straat, de leegte, de eenzaamheid, zonder opvang of voorbereiding op het leven met een terminale ziekte. Soms worden gedecompenseerde patiënten ontslagen naar bejaarde ouders, die hun wel alle zorg willen geven, maar het niet aankunnen (Cecchi, 1986).

4. Door iets te doen aan de onzekerheid van de omgeving kan men vermijden dat

de patiënt het slachtoffer wordt van onbegrip en afweer. Men kan dit niet veranderen door psychotherapeutische begeleiding van de patiënt: de AIDS-crisis raakt de hele omgeving en door goede voorlichting en aandacht voor afweerreacties kan men meer begrip creëren. Het is de vraag of men niet ook de voorlichting aan medepatiënten in het ziekenhuis moet uitbouwen, opdat niet uit een gevoel van onveiligheid nieuwe afweer ontstaat.

5. De noden van homoseksuele patiënten vragen om een herdefinitie van het begrip 'familie van de patiënt', zodanig dat hieronder ook kan worden verstaan de partner en de vrienden. Bij de bezoeksregeling in het ziekenhuis, aanwezigheid op de afdeling Intensive Care of bij het sterfbed, bij het nemen van beslissingen in verband met verdere intensieve verzorging of behandeling als de patiënt hierin zelf niet meer kan meespreken ten gevolge van zijn dementerende toestand, of bij het verschaffen van informatie over de toestand van de patiënt, moet men ook rekening houden met deze relaties. Naaststaanden van de patiënt definiëren wij dan als: alle personen die de patiënt als dusdanig beschouwt of erkent. Daarnaast zijn er diegenen die legaal als dusdanig kunnen worden beschouwd (huwelijkspartner, ouders, kinderen).

6. Het inschakelen van een zelfhulpgroep kan zeer belangrijk zijn, omdat patiënten in een dergelijke groep niet alleen hulp ontvangen maar ook nog ergens

zijn opgenomen, hun isolatie kunnen doorbreken maar ook nog hulp kunnen geven aan anderen, nog nuttig kunnen zijn (Doherty, 1986). Wel dient men hier rekening te houden met het feit dat de betrokkenheid soms zo groot is dat ze een te zware emotionele belasting betekent, te meer daar groepsleden vaak vrienden zien sterven aan een ziekte die zij zelf ook hebben of vrezen te hebben.

7. Niet alleen voor lotgenoten van de patiënt, maar ook voor gezondheidswerkers is het steeds werken met patiënten voor wie geen adequate behandeling bestaat, zeer stresserend. Vaak vertonen mensen die voor dit soort werk kiezen ook een grote betrokkenheid, wat dan het risico inhoudt dat ze ook zeer snel opgebrand raken. Om dit te voorkomen zal men adequate acties moeten ondernemen (Keirse, 1987).

8. Ook al is de ziekte ongeneeslijk, toch kan men nooit stellen: 'We kunnen niets meer voor u doen' – of het nu met zoveel woorden wordt gezegd of te verstaan gegeven in houding of gedrag. Wanneer men geen middelen ter behandeling meer heeft komt het erop aan patiënt en familie te verstaan te geven dat men al het mogelijke blijft doen om een maximum aan comfort te verzekeren. Dit is het moment om te beginnen aan een 'intensive personal care': intensieve zorg gericht op alle noden van de patiënt en zijn omgeving. □

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

Meer thuiszorg bepleit voor patiënten met AIDS

Patiënten met AIDS en verwante ziekten moeten meer thuis worden verzorgd. Dit staat in een advies van een commissie van de Gezondheidsraad. De commissie vindt voorts dat op het gebied van AIDS per regio een centrumziekenhuis zou moeten worden aangewezen. Verder zouden ook verpleeghuizen moeten worden belast met de zorg voor die patiënten die zich niet thuis op hun sterven kunnen voorbereiden.

Het cumulatieve aantal AIDS-patiënten in ons land bedraagt nu circa 440. Dit aantal verdubbelt momenteel elk jaar. De commissie van de Gezondheidsraad sluit niet uit dat het in 1991 tot 3.500 zal zijn opgelopen. Bij de zorg voor patiënten met AIDS komt de zorg voor patiënten met ARC (AIDS related complex) en andere ziekteverschijnselen als gevolg van een infectie met HIV. Van belang voor een raming van het beslag dat AIDS op de gezondheidszorg legt is verder dat deze ziekte bij veel

van de mensen die eraan lijden gepaard gaat met dementie.

Een belangrijke taak op het gebied van de zorg voor patiënten met AIDS of een verwant ziektebeeld ziet de commissie weggelegd voor de thuiszorg. Zij constateert echter dat deze door een gebrek aan middelen en deskundigheid de haar toebedachte rol vaak nog niet kan waarmaken; dit leidt tot onnodige en ongewenste lange opnames in ziekenhuizen en verpleeghuizen. De commissie bepleit een versterking van de deskundigheid en het geven van voldoende armslag aan de 'leveranciers' van thuiszorg: huisartsen, wijkverpleegkundigen, gezinsverzorgsters, het algemeen maatschappelijk werk en de 'buddies'. Zij ondersteunt de gedachte bij kruisverenigingen *districtsverpleegkundigen voor AIDS* aan te stellen.

Steeds meer patiënten met AIDS en verwante ziektebeelden zullen moeten worden opgenomen op de afdeling Intensive Care van een

ziekenhuis om er te worden beademd. De commissie beveelt aan, de behandeling en verpleging van deze patiënten de eerste paar jaar regionaal te bundelen in enkele goed toegeruste ziekenhuizen, aldaar ervaring op te doen en vervolgens naar behoefte meer ziekenhuizen in te schakelen. Er zouden *AIDS-consulenten* moeten worden aangesteld, minstens twee per centrumziekenhuis: verpleegkundigen die zich hebben gespecialiseerd in het begeleiden van patiënten met AIDS en verwante ziektebeelden én van mensen die bang zijn een dergelijke aandoening op te lopen; ook de voorlichting aan professionals binnen en buiten het ziekenhuis zou tot hun taak moeten behoren. De commissie verwacht dat 5%-10% van de terminale patiënten met AIDS en verwante ziektebeelden in een *verpleeghuis* zal moeten worden opgenomen. In eerste instantie zou aan één of enkele verpleeghuizen moeten worden gevraagd de betrokken groep patiënten op te vangen. □

Discussie

Opsporing en behandeling van verhoogd cholesterol toch zinvol

H. J. Penn

Het artikel van Boot lezend¹, valt onmiddellijk op dat de hele argumentering tegen de zojuist gepubliceerde cholesterolconsensus is opgebouwd vanuit slechts twee regels van één tabel uit de Lipid Research Clinics studie (LRC-studie)². Daarmee wordt enerzijds onrecht aangedaan aan de veel bredere resultaten van deze belangrijke Amerikaanse interventiestudie, anderzijds geeft het niet vermelden van de Nederlandse cholesterolconsensus³, zelfs niet in de literatuuropgave, een beperkte visie weer. De cholesterolconsensus-voorbereidingswerkgroep heeft immers multidisciplinair de zin en onzin van opsporing en behandeling van verhoogd cholesterol gewikt en gewogen om vervolgens een voor Nederland haalbaar en wenselijk beleid aan te geven.

De LRC-studie was opgezet niet om een kosten-batenberekening te maken van cholesterolverlagende therapie, maar om de vraag te beantwoorden: leidt medicamenteuze cholesterolverlaging tot reductie van coronaire hartziekte? Anders gezegd: de resultaten van een studie die voor vraag A is opgezet mogen niet worden gebruikt voor vraag B. Het is dan ook onzin als de heer Boot vanuit de Amerikaanse situatie berekeningen loslaat die zijn gebaseerd op medicamenteuze behandeling van een cholesterol $\geq 6,9$ met een dosis van 6 zakjes cholestyramine/dag, terwijl géén cholesterolverlagend dieet werd aangehouden. De cholesterolconsensuswerkgroep adviseert medicatie, indien ondanks een streng cholesterolverlagend dieet het cholesterol ≥ 8 blijft. Het effect van behandeling op het risico van coronaire hartziekte is daarbij des te groter naarmate de uitgangswaarde van het cholesterol hoger is, dat wil zeggen: een cholesterol dat met 20% daalt van 8,0 naar 6,4 geeft getalsmatig een bijna dubbel zo grote mortaliteitsdaling in zes jaar (van 16 naar 8 per 1.000) als wanneer wordt uitgegaan van een cholesterol van 6,9 dat 20% daalt naar 5,5 mmol/l; de zesjaarssterfte daalt dan van 9 naar 4,5 per 1.000 mannen^{4,5}.

Voorts suggereert het artikel van Boot slechts een cholesterol daling van 8,5% in de LRC-studie ten opzichte van de controlegroep. Daarbij wordt niet vermeld dat controlegroep én behandelde groep reeds een (licht) cholesterolverlagend dieet hadden, waarmee een cholesterol daling werd bereikt van 5%. De totale winst was dan ook gemiddeld 13,4% en zou groter zijn geweest met een streng cholesterolverlagend dieet.

De beperkte duur (gemiddeld 7,4 jaar) van de 'follow-up'-periode van de LRC-studie heeft ook als consequentie dat de harde eindpunten die Boot eruit licht: zekere hartdood en zeker infarct in die periode, bij bovendien relatief jonge mensen (35-59 jaar), in slechts een gering percentage ontstaan. Echter bij langere 'follow-up' zal de mortaliteitscurve tussen placebo en behandeling steeds verder uit elkaar gaan².

De secundaire eindpunten, die niet door Boot worden genoemd, namelijk positieve ergometrie, angina pectoris en coronair bypass-chirurgie vormen zeker zo belangrijke eindpunten, enerzijds omdat zij in grotere aantallen voorkomen, anderzijds omdat zij veelal eerder optreden dan de primaire eindpunten. Anders gezegd: Boot vermeldt alleen verschil in kwantiteit van leven, terwijl er ook een verschil in kwaliteit van leven is én een verschil in de daarmee samenhangende kosten van medicatie, onderzoek en therapeutisch ingrijpen (PTCA, operatie).

Hoe de LRC-tabellen er werkelijk uitzien is bijgaand weergegeven. Toepassing van de desbetreffende tabellen op de Nederlandse situatie met volgen van de adviezen van de cholesterolconsensuswerkgroep leidt tot de volgende berekening: in Nederland heeft circa 3% een cholesterol ≥ 8 bij screening; daarvan

kan waarschijnlijk het merendeel door middel van een goed cholesterolbeperkend dieet tot een cholesterol van ± 7 worden gebracht; dan resteert 1% van de Nederlandse bevolking met cholesterol ≥ 8 ondanks dieet (± 150.000 mensen); aangezien echter slechts een deel van hen op grond van de indicatielijst van de consensuswerkgroep zal worden opgespoord, zou men als rekeneenheid bijvoorbeeld kunnen uitgaan van 100.000 met medicatie te behandelen patiënten. Het bovengenoemde verschil in mortaliteitsdaling, uitgaande van medicamenteuze behandeling van een cholesterol van 8 of hoger in plaats van 6,9 of hoger, zoals gehanteerd in de LRC-studie, betekent dat per jaar ongeveer het dubbele effect ten opzichte van de getallen uit de LRC-studie (zie tabel) is te verwachten bij de behandeling van deze 100.000 patiënten met een streng cholesterolverlagend dieet + medicatie en een verwachte cholesterol daling van $\pm 14\%$. Getalsmatig zou dat per jaar leiden tot:

- een vermindering van 510 zekere hartdoden en infarcten;
- een vermindering van 596 zekere en suspecte hartdoden en infarcten;
- een vermindering van 738 patiënten met angina pectoris; en
- een vermindering van 270 hartoperaties (+ PTCA's).

De kosten die daartegenover staan zijn bij een streng in plaats van een licht cholesterolverlagend dieet duidelijk lager dan Boot voorrekent. Drie zakjes hars/dag + goed dieet is een realistischer gemiddelde om die 14% daling te bereiken, met als voordeel minder uitvallers door bijwerkingen. Omgerekend naar 100.000 patiënten en per jaar, is dat 15 miljoen gulden per jaar.

Daartegenover staat een besparing van 270 hartoperaties en PTCA's + alle daarbij behorende onderzoeken (coronair-angio's, scans, ergometrie, opnames, etc.), geschat 6,7 miljoen gulden/jaar. Daarbij opgeteld de daling in consulten, onderzoekskosten, medicijnen door de daling in angina pectoris en infarcten, en de besparing door de daling in uitkeringen van ziektegeld/wao/weduwe-vezenpensioen ten gevolge van de daling van 596 aan infarcten en doden, denk ik dat de kosten-batenanalyse zelfs positief zal uitvallen.

Dan wordt nog geheel buiten beschouwing gelaten alle immateriële verdriet, dat angina pectoris arbeidsongeschiktheid, ziekte ten gevolge van infarct en overlijden veroorzaakt. De vermindering daarvan bij 1.334 (596 + 738) mensen/gezinnen elk jaar is een niet in geld uit te drukken winst.

Tenslotte kan wel nog een relativerende op-

primaire eindpunten (gem. 7,4 jaar follow-up)	N=1.900 placebo		N=1.906 hars		% reductie in risico
	abs.	%	abs.	%	
zekere hartdood	38	2,0	30	1,6	24
zeker niet dodelijk infarct ...	158	8,3	130	6,8	19
totaal	196	10,3	160	8,4	
zekere of suspecte hartdood	44	2,3	32	1,7	30
zeker of suspect niet dodelijk infarct ...	225	11,8	195	10,2	15
totaal	269	14,1	227	11,9	
sec. eindpunten (gem. 7,4 jaar follow-up)	N=1.900 placebo		N=1.906 hars		% reductie in risico
	abs.	%	abs.	%	
positieve ergometrie	345	19,8	260	14,9	25
angina pectoris ..	287	15,1	234	12,4	20
coron. bypass-chirurgie	112	5,9	93	4,9	21
decompensatie ..	11	0,6	8	0,4	28

merking worden gemaakt naar aanleiding van de recente publikatie van Oster c.s. over een kosteneffect analyse van de LRC-studie⁶. De conclusie luidt dat vooral de behandeling van jonge mensen en mensen van middelbare leeftijd met een ernstig verhoogd cholesterol en tevens nog andere risicofactoren (roken, hypertensie, diabetes) de gunstigste kosten-effectverhouding laat zien. Tevens wordt als eindleeftijd van behandeling 65 jaar geopperd, aangezien bij levenslange behandeling de balans tussen kosten en effect aanzienlijk ongunstiger uitvalt.

Mijn conclusie blijft dan ook: opsporing en behandeling van verhoogd cholesterol is zin-

vol, mits ter hand genomen bij de in de Nederlandse cholesterolconsensus genoemde indicaties en cholesterolgrenswaarden. □

H. J. Penn is cardioloog in het St. Jansgasthuis Weert. Hij is lid van de voorbereidingswerkgroep voor de Nederlandse cholesterolconsensus.

Literatuur

1. Boot CPM. Is opsporing en behandeling van hoog serum-cholesterol zinvol? Medisch Contact 1987; 42: 1373-5.
2. Lipid research clinics program. The lipid research clinics coronary primary prevention trial results. JAMA 1984; 251: 351-74.
3. Cholesterolconsensus. Hartbulletin 1987 suppl september 1:1-64
4. Martin MJ, Hulley SB, Browner WS et al. Serum cholesterol, blood pressure and mortality: implications from a cohort of 361662 men. Lancet 1986; ii:993-6.
5. Grundy SM. Cholesterol en coronaire hartziekte. JAMA/ N 1987; 137-45; JAMA 1986; 256: 2849-58.
6. Oster G, Espstein AM. Cost-effectiveness of anti-hyperlipemic therapy in the prevention of coronary heart disease. The case of Cholestyramine. JAMA 1987; 258: 2381-7.

De nonsensus van de cholesterolconsensus

C. P. M. Boot

Graag wil ik collega Penn bedanken voor zijn bijdrage aan de discussie. In zijn betoog komt behandeling van hypercholesterolemie naar voren als een zeer zinvolle zaak. Dat hij het zo gunstig weet voor te stellen heeft de volgende oorzaken:

1. Penn hanteert de 'dubbele telmethode'. Hij acht het nodig dat 100.000 Nederlanders met een serum-cholesterol ≥ 8 mmol/l worden behandeld met een streng cholesterolverlagend dieet in combinatie met medicijnen. Hij berekent 'dat dit jaarlijks zal leiden tot een vermindering van 510 zekere hartdoden en infarcten, 596 zekere en suspecte hartdoden en infarcten, 738 gevallen van angina pectoris en 270 hartoperaties'. De 510 zekere hartdoden en infarcten bevinden zich natuurlijk al volledig in de 596 zekere en suspecte hartdoden en infarcten; ze worden dus dubbel genoemd. Sommige personen zijn zelfs drie of vier keer vermeld, namelijk degenen die achtereenvolgens angina pectoris, een hartoperatie en een infarct hebben gehad en tenslotte zijn overleden. De gevallen van angina pectoris, positieve ergometrie, coronaire bypass-chirurgie en decompensatie heeft Penn gehaald uit een tabel waarbij duidelijk het volgende staat vermeld¹: 'Counts all events for each individual, including events after a non-fatal myocardial infarction'. Zo zullen veel personen met bijvoorbeeld angina pectoris ook reeds in de tabel van de primaire eindpunten zijn vermeld.

2. Penn houdt geen rekening met verschil in kans op profijt tussen mannen en vrouwen. Hij projecteert het behandelingseffect van de LRC-studie¹, waaraan alleen mannen deelnamen, op 100.000 personen met een flink verhoogd serum-cholesterol, zonder te beseffen dat de helft van dit aantal uit vrouwen bestaat. De kans op profijt is voor vrouwen van mid-

delbare leeftijd slechts een derde of minder van die voor mannen. Het aantal personen dat profijt van behandeling zal ondervinden is alleen al hierdoor veel te hoog geschat.

3. Penn vermeldt slechts de relatieve risicoreductie van 15%-30%, maar laat niet uitkomen dat de absolute risicodaling en daarmee de kans op profijt slechts 1,8% is.

4. Hij betreft de tellers, dat wil zeggen de absolute aantallen personen bij wie een coronaire hartziekte wordt voorkómen, niet duidelijk op de extreem grote noemer, dat wil zeggen de 100.000 behandelde personen.

5. Penn verwacht dat een financiële kosten-batenanalyse positief zal uitvallen. Dit is – zoals ik zal laten zien – een illusie, die vooral berust op onvoldoende inzicht in het feit dat er op groeps- of populatieniveau geen sprake is van het voorkómen, maar slechts van een kort uitstel van coronaire hartziekte.

6. Om het effect van serum-cholesterolbehandeling te illustreren past Penn de richtlijnen van de cholesterolconsensus selectief toe op die groep waarvan het hoogste rendement is te verwachten, namelijk personen met een serum-cholesterol ≥ 8 mmol/l. De cholesterolconsensus legt de grens voor behandeling met dieet en eventueel medicijnen veel lager, namelijk bij 6,5 mmol/l². Het aantal personen met een serum-cholesterol ≥ 8 mmol/l maakt slechts 12% uit van het aantal personen met een verhoogd serum-cholesterol volgens de criteria van de cholesterolconsensus.

Op het moment dat de cholesterolconsensus werd gepubliceerd had ik de vraagtekenserie al aan Medisch Contact toegestuurd, zodat ik

er moeilijk aandacht aan heb kunnen besteden. Maar graag ga ik er nu alsnog op in, omdat er belangrijke consequenties aan zijn verbonden, vooral voor het handelen van de huisarts.

LRC-STUDIE

Aan de LRC-studie namen 3.806 mannen deel met een serum-cholesterol $\geq 6,9$ mmol/l, inclusief personen met een semi-cholesterol >8 mmol/l¹. De helft van de deelnemers (1.906) werd gedurende zeven tot tien jaar (gemiddeld gedurende 7,4 jaar) behandeld met cholestyramine. In tabel 1 heb ik de kans op individueel merkbaar profijt vermeld. De totaalaantallen in Penns tabel van primaire eindpunten zijn ook nu weer tot stand gekomen door de 'dubbele telmethode' en verschillen daardoor van de correcte totaalaantallen die in de LRC-publikatie zijn vermeld en die ik in tabel 1 heb gebruikt. Wanneer honderd personen zeven tot tien jaar lang hun serum-cholesterol van gemiddeld 7,55 mmol/l met 8,8% verlagen, zal bij minder dan twee van hen hierdoor een coronaire hartziekte (myocardinfarct of cardiale dood, inclusief niet-zekere, maar suspecte gevallen) worden voorkómen. Meer dan elf van hen zullen een coronaire hartziekte krijgen ondanks behandeling. De kans om een coronaire hartziekte te krijgen is dus meer dan zes keer zo groot als om er een te voorkomen.

In totaal zal meer dan 98% geen profijt hebben van een zeven tot tien jaar durende behandeling.

Ik wil opnieuw benadrukken dat de LRC-studie alleen mannen betrof. Voor vrouwen is

Tabel 1. Kans op profijt voor 1.906 mannen die gedurende zeven tot tien jaar worden behandeld met cholestyramine¹

aantal profijt	kans op profijt	aantal gevallen van coronaire hartziekten ondanks behandeling	kans op coronaire hartziekten ondanks behandeling	aantal geen profijt	kans op geen profijt
34	1,8%	222	11,6%	1.872	98,2%

de kans op profijt nog aanzienlijk geringer, zoals hierna zal worden besproken.

Bij bovengenoemde berekening zijn geen personen betrokken die angina pectoris ontwikkelden zonder een infarct te krijgen. Hoeveel dit er waren kan uit de LRC-publikatie niet worden afgeleid. Hierna zal ik laten zien dat het profijtpercentage niet veel verandert wanneer ook angina pectoris wordt ingecalculleerd.

GROTER RENDEMENT

Hoe groot is de kans op profijt van behandeling als uitgegaan wordt van een hoger serum-cholesterol, een sterkere daling en een langere 'follow-up'? Dit is door Whyte berekend uit de prospectieve Amerikaanse Framinghamgegevens³ (tabel 2). Wanneer men in staat zou zijn twintig jaar lang een initieel serum-cholesterol van 8 mmol/l met 16% te verlagen, zou de kans op profijt (voorkoming coronaire hartziekte inclusief angina pectoris) voor mannen 3%-8% en voor vrouwen 2%-5% zijn, afhankelijk van de leeftijd waarop de behandeling wordt gestart en van het al of niet aanwezig zijn van een andere risicofactor (als voorbeeld hypertensie). Zoals in tabel 3 is te zien, is de incidentie van coronaire hartziekte en cardiale mortaliteit op middelbare leeftijd in Nederland aanzienlijk lager dan in de VS, vooral voor vrouwen⁴. Hierdoor zullen de profijtpercentages voor Nederlanders ook veel geringer zijn (ongeveer 3% voor mannen en 1% voor vrouwen; zie tabel 2).

Bij de berekeningen van Whyte wordt uitgegaan van een aantal optimistische veronderstellingen die niet erg realistisch zijn: a. het risico op coronaire hartziekte daalt direct en volledig tot het niveau van degenen die altijd al het bereikte lagere serum-cholesterolniveau hebben gehad; b. de compliance is zodanig dat de hele behandelingsgroep gedurende twintig jaar een serum-cholesteroldaling van 16% weet te handhaven. In de praktijk zullen de resultaten veel geringer zijn, zeker wanneer alleen dieetbehandeling wordt gegeven. In tabel 4 staat vermeld hoe groot de daling van het serum-cholesterol zal zijn bij een streng cholesterolverlagend dieet. In het Consultatiebureauproject en het Nijmeegs Interventie Project (NIP) werd bij personen met een serum-cholesterol ≥ 8 mmol/l door middel van intensieve begeleiding gedurende een jaar een serum-cholesteroldaling van 8% bereikt^{5,6}. Zodra de begeleiding minder wordt, dreigt ook het resultaat te verdwijnen. In het NIP was het effect van serum-cholesterolverlagende behandeling na drie tot vijf jaar vrijwel volledig verdwenen⁷.

Zelfs de percentages kans op profijt die in de laatste kolom van tabel 2 staan vermeld, zullen dus te rooskleurig zijn. De conclusie kan dan ook zijn dat de kans op profijt van een twintig jaar durende cholesterolverlagende behandeling bij personen met een initieel serum-cholesterol van 8 mmol/l over het algemeen niet

Tabel 2. Kans op profijt van serum-cholesterolverlaging met 16% resp. 8%, uitgaande van een initieel serum-cholesterol van 8 mmol/l³.

	hypertensie?	serum-cholesteroldaling 16%		serum-cholesteroldaling 8%	
		VS	Ned.	Ned.	
♂ 45 jaar ...	-	6%	3 %	1,5 %	
	+	8%	4 %	2 %	
♂ 55 jaar ...	-	3%	1,5 %	0,75%	
	+	4%	2 %	1 %	
♀ 45 jaar	-	2%	0,5 %	0,25%	
	+	4%	1 %	0,5 %	
♀ 55 jaar	-	3%	0,75%	0,37%	
	+	5%	1,25%	0,6 %	

Tabel 3. Mortaliteit coronaire hartziekte per 100.000 personen van 45-54 jaar in de VS en Nederland (1964)⁴.

VS		Ned.	
♂	♀	♂	♀
354	82	162	22

Tabel 4. Serum-cholesteroldaling bij streng cholesterolverlagend dieet en intensieve begeleiding.

studie	initieel serum-cholesterol	observatie- en begeleidingsduur	daling serum-cholesterol
CB-Project ⁵	≥ 8 mmol/l	1 jaar	8%
NIP ⁶	≥ 8 mmol/l	1 jaar	8%
MRFIT ⁸	6,5 mmol/l	5 jaar	7%
Oslo-studie ⁹	8,5 mmol/l	5 jaar	13%

Tabel 5. Toename van levensverwachting ten gevolge van levenslange serum-cholesteroldaling met 8,8% bij mannen met een initieel serum-cholesterol van 7,5 mmol/l¹¹.

startleeftijd	verlenging levensduur
35-39 jaar	7 maanden
45-49 jaar	4 maanden
55-59 jaar	6 weken
65-69 jaar	7 dagen

Tabel 6. Kosten van levensverlenging met een jaar door middel van medicamenteuze serum-cholesterolverlaging (levenslang) onder mannen naar startleeftijd en initieel serum-cholesterol; bedragen in Amerikaanse 1985 dollars¹¹.

startleeftijd	initieel serum-cholesterol	
	6,8 mmol/l	8,1 mmol/l
35-39 jaar	\$ 102.100	\$ 56.100
45-49 jaar	\$ 112.300	\$ 68.800
55-59 jaar	\$ 206.300	\$ 142.400
65-69 jaar	\$ 777.600	\$ 594.300

groter zal zijn dan 1%; bij uitgangswaarden beneden 8 mmol/l zal het rendement nog geringer zijn.

TOENAME LEVENSV ERWACHTING

Taylor c.s. hebben berekend dat de levensverwachting van 'high risk'-personen die levenslang een 'programma van cholesterolreductie' volgen gemiddeld met niet meer dan 18 dagen tot 12 maanden toeneemt¹⁰. In tabel 5 is te zien dat mannen van 35-39 jaar met een initieel serum-cholesterol van 7,5 mmol/l die in staat zijn levenslang hun serum-cholesterol met 8,8% te verlagen, hiermee gemiddeld zeven maanden aan hun leven toevoegen; mannen van 55 jaar en ouder zullen gemiddeld enkele weken ouder worden¹¹.

KOSTEN-BATENANALYSE

Penn verwacht dat een financiële kosten-batenanalyse positief zal uitvallen. Dit is een illusie. Het is om dit in te zien niet nodig ingewikkelde berekeningen te maken: we hoeven slechts opnieuw naar tabel 5 te kijken. Op groepsniveau is er geen sprake van het voorkomen van coronaire hartziekte of cardiale dood, maar slechts van een kort uitstel. Het is niet te verwachten dat een hartinfarct of andere manifestatie van coronaire hartziekte enkele weken tot maanden later minder kosten (of verdriet) met zich mee zal brengen. Miettinen en de Gezondheidsraad zeggen het duidelijk¹²: 'Te gemakkelijk neemt men veelal aan dat preventie van hart- en vaatziekten zal leiden tot besparing van kosten voor de gemeenschap.' 'Wat men uit het oog verliest is dat de dood niet kan worden verhinderd, maar alleen wat kan worden uitgesteld. Hierdoor zal ook een groter beroep worden gedaan op medische voorzieningen voor andere ziekten, zoals kanker. Bovendien neemt de druk op de sociale sector toe: meer mensen zullen langer gebruik maken van de pensioenvoorzieningen. Dat klinkt hard maar het is wel de economische werkelijkheid van onze maatschappij.' Dugdale drukt zich aldus uit¹⁴: 'The main result of a decrease in serum cholesterol for the health services would be a transfer of case loads and resources from cardiac to cancer units ... The benefits of cholesterol lowering would be small and perhaps not liked by the subjects. We all die and heart disease may be preferable to cancer.' Oster c.s. hebben berekend dat verlenging van het leven met één jaar door middel van medicamenteuze cholesterolverlaging in kosten varieert van enkele tonnen tot meer dan miljoen gulden, zelfs nog uitgaande van optimistische veronderstellingen¹¹ (tabel 6).

Eveneens wordt te gemakkelijk aangenomen dat dieettherapie geen kosten met zich meebrengt. Ook dat is niet waar¹⁵: 'Dietary therapy is not cheap either. To achieve a 6.7% lowering of cholesterol levels by diet intervention in the Multiple Risk Factor Intervention Trial, experimental subjects received intensive counseling from behavioral scientists, nutritionists, physicians, nurses and general health counselors during visits that occurred at least every four months.'

Zodra de begeleiding wordt stopgezet, is de

kans groot dat het effect van dieetbehandeling verdwijnt⁷.

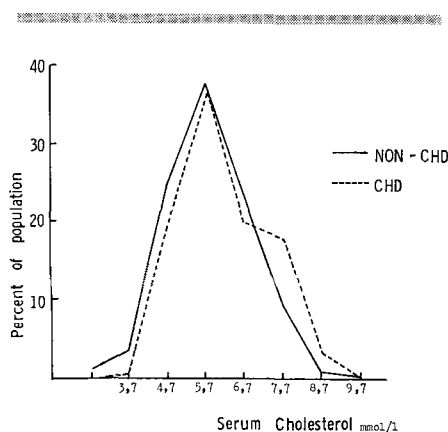
KWALITEIT VAN HET LEVEN

Ten opzichte van placebo's geeft cholestyramine in 25% van de gevallen maagdarmklachten¹. Een cholesterol-verlagend dieet heeft weliswaar geen bijwerkingen, maar is voor velen wel onaangenaam. Katan¹⁶: 'Preventieve maatregelen op het gebied van voeding en hart- en vaatziekten hebben zeer duidelijk hun prijs in levensplezier. Lekker eten is één van de geneugten des levens en veel lekkere dingen bevatten verzadigd vet en cholesterol.' Bij een enquête daarover bleek slechts 30% van personen die een cholesterolverlagend dieet moesten volgen daar geen moeite mee te hebben; bijna de helft van de geënquêteerden vond dat door het dieet hun leven minder aangenaam was geworden¹⁷. Ook al geeft cholesterol-verlaging nauwelijks levensverlenging, er is dus wel één troost: doordat het leven minder aangenaam wordt, lijkt het in ieder geval wel veel langer.

Tot slot moet nog worden vermeld dat het etiket 'hypercholesterolemie' ook zonder behandeling al tot ziektegevoel en klachten kan leiden, zoals ook duidelijk is aangetoond voor het etiket 'hypertensie'¹⁸⁻²⁰. Hypercholesterolemie en hypertensie worden vaak vereenzelvigd met ziekten, niet alleen door de leek maar ook door medici. De Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg geeft in samenwerking met het Voorlichtingsbureau voor de Voeding een dieetbrochure uit ter verlaging van een hoog serum-cholesterol. De titel van de brochure luidt: 'Dieet bij hart- en vaatziekten'. Anderhalf jaar geleden heb ik moeite gedaan om deze titel te laten veranderen, tot nu toe zonder succes.

NIEUWE MIDDELEN

Binnenkort komen nieuwe serum-cholesterolverlagende medicamenten op de markt, 'die het serum-cholesterol sterker zullen verlagen en minder bijwerkingen zullen hebben dan cholestyramine'². Binnen afzienbare tijd zullen deze middelen aan tienduizenden mensen worden voorgeschreven zonder dat zij adequaat zijn getest op veiligheid op lange termijn. Hetzelfde is gebeurd met clofibrat, dat altijd werd beschouwd als een veilig middel totdat het goed was uitgetest op lange termijn effecten. Naar aanleiding van de resultaten van de Europese clofibratstudie schrijven de onderzoekers het volgende²¹: 'Serum cholesterol was to be lowered by the drug clofibrate which was considered to be free from serious side effects . . .'. Na een langdurig onderzoek, waaraan 15.000 mannen deelnamen, bleek het volgende²¹: 'The number of deaths from all causes in the clofibratetreated group significantly exceeded those in the high cholesterol control group.' Nu de veelbelovende nieuwe cholesterolverlagende middelen enthousiast worden aangekondigd hebben we blijkbaar het



Figuur. Serum-cholesterolverdeling van personen die in de toekomst een coronaire hartziekte krijgen (CHD) en personen die daar vrij van blijven (non-CHD)²³.

clofibratdrama al weer vergeten en er weinig van geleerd.

SERUM-CHOLESTEROL

Bij opsporing en behandeling van een hoog serum-cholesterol gaat het niet alleen om een ineffectieve therapie, maar ook om zeer onbetrouwbare diagnostiek. Meer dan 60% van de gevallen van coronaire hartziekte zijn afkomstig uit de groep personen met een serum-cholesterol <6,4 mmol/l²². De verdelingscurve van serum-cholesterolwaarden van personen die in de toekomst een coronaire hartziekte zullen krijgen blijkt de verdelingscurve van personen die daar vrij van blijven zeer sterk te overlappen, zoals heel duidelijk wordt geïllustreerd in bijgaande figuur. Op individueel niveau is er daarom geen betrouwbare selectie mogelijk. Waarom het in de praktijk dan toch gebeurt, is niet helemaal duidelijk.

CONSEQUENTIES

Volgens de cholesterolconsensus moet een serum-cholesterol $\geq 6,5$ mmol/l als te hoog worden beschouwd². Aan personen met dergelijke waarden 'dient een cholesterolverlagend dieet en zonodig medicamenten voorgeschreven te worden'². Wat betekent dit? Meer dan 25% van de volwassen Nederlanders, dat wil zeggen meer dan 2,5 miljoen mensen hebben een serum-cholesterol $\geq 6,5$ mmol/l². Het serum-cholesterol hoeft volgens de Nederlandse consensus gelukkig alleen te worden bepaald op indicatie, bijvoorbeeld bij hoge bloeddruk, familiale belasting en diabetes mellitus. Als we de verdeelsleutel van Penn hanteren, zullen echter nog steeds meer dan 1,5 miljoen Nederlanders voor behandeling en begeleiding in aanmerking komen. Arme 'patiënt', arme huisarts.

Verwonderlijk is in dit verband de uitspraak van enkele consensuscommissieleden (die duidelijk geen huisarts zijn) dat 'getalsmatig

gezien een actieve benadering van mensen met een serum-cholesterol van 6,5 mmol/l of hoger niet op praktische bezwaren stuit'²⁴. We laten het verschijnsel van 'protoprofessionalisering' hier nog buiten beschouwing²⁵: het verzoek van de mensen zelf om het cholesterol te laten bepalen zonder dat er een indicatie voor bestaat. Binnenkort schijnt er een eenvoudig apparaat voor cholesterolbepaling te komen. 'Binnen afzienbare tijd zullen patiënten niet alleen met opgestroopte mouw (voor de bloeddrukmeting) de spreekkamer van de huisarts binnenkomen, maar ook met uitgestoken ringvinger.'²⁶

ABSURD EN INCONSEQUENT

Bloeddruk en serum-cholesterol vertonen 'remarkable similarities in risk relation'. 'The relative risk in the top 15% of the population, by comparison with the bottom quintile, was 3,8 for cholesterol and 2,5 for blood pressure.'²² Volgens de Gezondheidsraad en de Nederlandse Hartstichting is het belangrijk zonder indicatie hoge bloeddruk op te sporen¹³. Het is daarom niet duidelijk waarom opsporing van hypercholesterolemie alleen op indicatie moet gebeuren. Het argument dat bijna de hele bevolking een niet-optimaal serum-cholesterol heeft geldt ook voor de bloeddruk. De Amerikaanse cholesterolconsensus, die opsporing van hypercholesterolemie zonder indicatie voorstaat, is absurd maar in ieder geval consequent. De Nederlandse cholesterolconsensus is zowel absurd als inconsequent.

SAMENVATTING EN CONCLUSIE

De Nederlandse cholesterolconsensus is niet goed onderbouwd. De consensusrichtlijnen hebben tot gevolg dat meer dan 1,5 miljoen Nederlanders voor een verhoogd serum-cholesterol zullen moeten worden behandeld en begeleid. Of zij hier beter van worden is zeer de vraag.

De kans op profijt van een serum-cholesterolverlagende behandeling ligt in de orde van grootte van 1% of minder, zelfs wanneer de behandeling twintig jaar lang wordt volgehouden. 'High risk' personen die hun serum-cholesterol levenslang weten te verlagen zullen gemiddeld slechts enkele weken tot maanden aan hun leven toevoegen.

Preventie van coronaire hartziekten door middel van medicamenteuze serum-cholesterolverlaging is extreem duur: enkele tonnen tot meer dan een miljoen gulden voor elk toegevoegd levensjaar. Nooit zullen de medische en sociale kosten die worden uitgespaard opwegen tegen de kosten van preventieve behandeling. Coronaire hartziekten worden op groepsniveau namelijk niet werkelijk voorkómen maar slechts korte tijd uitgesteld.

De 'bijwerkingen' van diagnose en medicamenteuze of dieetbehandeling zijn niet te verwaarlozen.

Opsporing en behandeling van hoog serum-cholesterol betreffen niet alleen ineffectieve therapie, maar ook onbetrouwbare diagnos-

tiek. Het is onmogelijk door middel van serum-cholesterolbepaling personen die in de toekomst een coronaire hartziekte zullen krijgen, te onderscheiden van degenen die daar vrij van zullen blijven.

Dit alles betekent niet automatisch dat opsporing en behandeling van verhoogd serum-cholesterol zinloos is. Sommigen zullen het zinvol blijven vinden: zij moeten de kans krijgen om hier veel aandacht aan te besteden. Genoeg mensen daarentegen zullen een andere opvatting over gezondheid hebben en bepaling zowel als behandeling van serum-cholesterol weinig zinvol vinden.

Het is duidelijk dat de Nederlandse cholesterolconsensus veel vragen en onzekerheden oproept. Vooral de huisarts, die immers de consensus richtlijnen moet uitvoeren, is benieuwd naar het antwoord van de commissieleden. □

De titel van deze reactie is ontleend aan een artikel van M. F. Oliver: 'Consensus or nonsensus conferences on coronary heart disease' (Lancet 1985; i: 1087-9).

Dr. C. P. M. Boot is huisarts te Wierden.

Literatuur

1. Lipid Research Clinics Program. The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results. I. Reduction in incidence of coronary heart disease. JAMA 1984; 251: 351-64.
2. Cholesterolconsensus. Hartbulletin. Supplement 1. September 1987.
3. Whyte HM. Potential effect on coronary-heart-disease morbidity of lowering the blood-cholesterol. Lancet 1975; i: 906-10.
4. Stamler J et al. Regional differences in prevalence, incidence and mortality from atherosclerotic coronary heart disease. In: Haas JH de et al. (ed). Ischaemic heart disease. Leiden: Leiden University Press, 1970.
5. Styblo K et al. CB Heart Project in The Netherlands. Cholesterol. Hartbulletin 1977; 7: 47.
6. Ree JW van. Het Nijmeegs Interventie Project. Proefschrift Nijmegen, 1981.
7. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial. Risk factor changes and mortality results. JAMA 1982; 248: 1465-77.
8. Hjermann I et al. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Lancet 1981; ii: 1303-10.
9. Ree J van et al. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. I. Resultaten op langere termijn van interventie bij hypercholesterolemie, adipositas en roken. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 21-4.
10. Taylor WC et al. Cholesterol Reduction and life expectancy. Ann Intern Med 1987; 106: 605-14.
11. Oster G et al. Cost-effectiveness of antihypertensive therapy in the prevention of coronary heart disease. The case of cholestyramine. JAMA 1987; 258: 2381-7.
12. Miettinen O. Persoonlijke mededeling.
13. Gezondheidsraad. Advies inzake epidemiologie en preventie van ischemische hartziekten. No 1984/16.
14. Dugdale AE. Serum cholesterol and mortality rates. Lancet 1987; i: 155-6.
15. Fihn SD. A prudent approach to control of cholesterol levels. JAMA 1987; 258: 2416-8.
16. Katan MB. Een consensus over cholesterol? Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 2490-2.
17. Boot CPM. Risicofactoren voor coronaire hartziekten. Screening en interventie in een huisartsenpraktijk. Proefschrift Leiden, 1979.
18. Haynes RB et al. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. N Eng J Med 1978; 299: 741-4.
19. Bloom JR et al. Hypertension labeling and sense of well-being. Am J Public Health 1981; 71: 1228-32.
20. Steward JMcD. Headache and hypertension. Lancet 1953; i: 1261-6.
21. Committee of principal investigators. A co-operative trial in the primary prevention of ischaemic heart disease using clofibrate. Br Heart J 1978; 40: 1069-118.
22. Martin MJ et al. Serum cholesterol, blood pressure and mortality: implications from a cohort of 361662 men. Lancet 1986; ii: 933-6.
23. Rose GA. Relative merits of intervening on whole populations versus high risk individuals only. International symposium on primary prevention in childhood of atherosclerotic and hypertensive diseases. Chicago.
24. Pool J, Schuilenburg RM. Aan wie moet behandeling worden aangeraden? In: Cholesterolconsensus, zie ref. 2.
25. Klinkert JJ. Medicalisering. Medisch Contact 1982; 37: 1657-62.
26. Walenkamp W, huisarts te Amerongen. Persoonlijke mededeling.

J. A. E. Wagenborg. *De effecten van klinische psychotherapie. Een vergelijkend onderzoek naar kenmerken van succesvol en niet succesvol behandelde patiënten.* 215 blz. ISBN 90 70879 57 3. Prijs f 29,—

Een wetenschappelijk-objectief verantwoord onderzoek naar effecten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg moet met vreugde worden begroet, te meer waar het 'in de zachte sector per definitie moeilijk is om dingen hard te maken', zoals de schrijver in een van de stellingen van zijn proefschrift vermeldt.

Dit zeer doorwrochte, goed uitgevoerde boekwerk over de centrale vraag: wie heeft wel en wie heeft geen profijt van klinische psychotherapie in een psychotherapeutische gemeenschap, is een waardevolle aanwinst op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Het omvat de hoofdstukken: 'Probleemstelling', 'Opzet en methode', 'Resultaten' en 'Discussie'. Elk hoofdstuk is weer onderverdeeld in systematisch opgebouwde paragrafen. Wat daarbij opvalt is de nauwkeurigheid van de werkwijze en de omzichtigheid van de conclusies bij de interpretatie van de onderzoeken. Ander onderzoek op therapiegebied kan met vrucht gebruik maken van de hier gepresenteerde gegevens!

Het meetinstrument van de Nieuwkoopse vragenlijst mag welhaast klassiek heten. De inbouw van dit proefschrift in het follow-up-



project van de psychotherapeutische gemeenschap geeft het boek een extra dimensie. Vooral het longitudinale aspect in het onderzoek en de beschouwingen daarover spreken mij aan. Maar ook de warm aandoende objectiviteit waarmee de schrijver zijn gevalsbeschrijvingen kleurt. De auteur maakt het zich ook niet gemakkelijk, door zich moeilijke vragen te stellen en door ingewikkelde vooronderstellingen te poneren. Hij toont bovendien aan dat een psychotherapeutische gemeenschap geen selectief en elitair instituut is (zoals sommige ter zake onkundige politici thans wel beweren!). Hij geeft een goed inzicht in de verschillen tussen psychotherapeutische gemeenschappen voor psychotici en voor neurotici. Interessant en voor de moderne zoekende mens van belang vond ik zijn opmerkingen (p.146) over de relatie tussen succesvolle behandeling en geluk; hier raakt de 'jonge doctor' existentiële waarden.

Zoals elk onderzoek, eindigt deze beschrijving met de vraag naar meer onderzoek. Dit prettig leesbare, wetenschappelijk op hoog peil staande, voor behandelaars, economen, planners en bestuurders waardevolle geschrift, met zijn vele en overzichtelijke tabellen, geeft op een groot aantal vragen antwoord. Maar de schrijver verstaat ook de kunst om in en door 'open

enden' de juiste nieuwe vragen te stellen en zodoende de belangstelling wakker te houden. Het psychiatrisch centrum Sint Bavo, TNO en WVC verdienen alle lof dit onderzoek en de publikatie ervan mogelijk te hebben gemaakt. Van harte aanbevelen aan een ieder, die met de geestelijke gezondheidszorg te maken heeft!

Dr. D. Jacobs

Het hierboven besproken proefschrift kan ad f 29,— per exemplaar worden besteld bij de Stichting Centrum St. Bavo (Mw. T. Witte), Langeveldweg 27, 2211 AB Noordwijkerhout.

'Op dat moment stort je hele wereld in elkaar'; verhalen van mensen met kanker, bijeengebracht en voorzien van een inleiding door Dr. J. P. A. Zuidgeest. De Horstink, Amersfoort. (DICmap nr. 11). 105 blz. ISBN 90 6184 253 0. Prijs f 19,90.

In het boek vertellen mensen over hun ervaringen met kanker, over de moeilijke therapieën en het perspectief dat ze wellicht het leven moeten loslaten in de nabije toekomst. Ook familieleden vertellen over de belevenissen en de zorgen met ziekte en sterven van dierbaren. Zuidgeest vertelt in zijn inleiding waarom

mensen deze ik-verhalen schrijven en willen publiceren. Te vaak blijkt dat hulpverleners en ook familieleden niet echt begrijpen met welke angsten en onzekerheden de patiënten en de familie worstelen, hoe moeilijk het is hierover met anderen te praten, vooral als die anderen laten blijken dat ze dit niet durven of kunnen. Zuidgeest heeft de verhalen in tien hoofdstukken geschikt naar een bepaald thema, bijvoorbeeld: 'Ik heb zelf het heft in handen genomen'. Dat maakt het boek misschien overzichtelijker, maar ieder verhaal is een les op zichzelf.

Ondanks een langdurige omgang met ernstig zieke en stervende patiënten heb ik weer nieuwe dingen geleerd door het lezen van dit boek. Het richt zich tot lotgenoten en ik denk dat deze daar niet alleen troost in vinden, maar ook de moed toch te praten over wat hen bezighoudt, ook al stellen mensen in hun omgeving zich in eerste instantie wat angstig en afwerend op. Familieleden en hulpverleners moeten het boek zeker lezen. Hoewel ieder mens zijn eigen gevoelens en belevenissen heeft, blijft de basis hetzelfde. De meeste patiënten willen in ieder geval de kans krijgen met anderen te praten, ze willen gezien en gehoord worden. De angst te worden uitgestoten is nog erger dan de ziekte zelf.

Hansje Bruining

Dr. Cees A. M. de Wit, *Depressieve kinderen; ontstaansproces, symptomatologie en behandeling van depressie bij kinderen*. Acco, Amersfoort/Leuven 1987. ISBN 90 334 9014 5. 95 blz. Prijs f 22,—.

Dit boekje is geschreven voor een breed publiek. De auteur spreekt in zijn voorwoord over ouders, opvoeders, leerkrachten en hulpverleners, die dienen te worden geïnformeerd 'over de signalen die wijzen op het bestaan van een depressie bij een kind en over wat er te doen staat in het geval dat men bij een kind dit soort klachten aantreft'. Aan de orde komen onder andere: het klinisch beeld van depressie bij kinderen, determinanten van depressie (opvoeding, school, life-events, determinanten in het kind zelf), een transactioneel depressie-ontstaansmodel, prevalentie en classificatie en tot slot een hoofdstuk over preventie, diagnostiek en therapie.

De hoofdstukken zijn wisselend van kwaliteit, maar ook van abstractieniveau. Zo zal het hoofdstuk over classificatie voor niet-psychiatrisch geschoolden nauwelijks toegankelijk zijn. Psychiaters (in opleiding) daarentegen zullen weer een aantal zaken missen: de biologisch-psychiatrische research en therapeutische interventies. Het boek benadrukt de vroegtijdige onderkenning van depressieve symptomatologie (door leerkrachten, huisartsen, jeugd- en kinderartsen) en het belang van een goede verwijzing. Voor hen is dit boekje dan ook aan te bevelen, te meer daar de kenmerkende symptomen van de kinderdepressie

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag.

De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

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

uitgebreid en toegelicht aan de hand van casuïstiek worden beschreven.

J. H. M. Duyx,
Universiteitskliniek voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Academisch Ziekenhuis Utrecht

G. Staats, *De beroerte. Een gids voor hen die ermee te maken hebben*. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht/Antwerpen, 1987. ISBN 90 313 0838 2, 115 blz., Prijs f 19,50.

Dit keurig uitgegeven boekje is het tweede deel uit een reeks 'Mondig ziek zijn' waarin 'eerlijke, verantwoorde voorlichting over de meest voorkomende ziekten' wordt gegeven. Zo staat dat tenminste in de reclamefolder die over de reeks wordt rondgestuurd. Bij lezing ervan blijkt dat ook wel op te gaan. Het boekje scoort hoge cijfers te midden van de andere literatuur die er in Nederland de laatste tien jaar over deze ziekte is uitgegeven. In mijn verzameling zijn dat zes boekjes; vijf ervan zijn uit het Engels vertaald. Voor de gewone dokter is het tegenwoordig geen eenvoudig probleem welke voorlichting hij zijn patiënt moet adviseren: er mag wel voorlichting bedoeld voor voorlichters komen.

Het hier genoemde boekje voldoet aan veel eisen die men tegenwoordig aan dit soort geschriften mag stellen. De opzet van de reeks wordt duidelijk geëxpliciteerd. Ieder boekje krijgt de volgende opzet:

- bouw en werking van het gezonde lichaam en de veranderingen die als gevolg van de ziekte optreden;
- de daarmee samenhangende ziekteverschijnselen;
- de wijze waarop de ziekte zich ontwikkelt;
- de consequenties voor het dagelijks leven;
- de mogelijkheden van behandeling en de beslissingsmomenten die zich voordoen in het verloop van de behandeling; en, ten slotte,

- de ervaringen van de zieke en diens directe omgeving met de ziekte en de behandeling. Een heldere rationele benadering dus, uitgaande van het gangbare ziektebegrip, met alle voor- en nadelen ook van dien. De redactie gaat ervan uit dat 'wie ziek is, graag wil weten wat er aan de hand is met zijn lichaam'. Maar dat is lang niet altijd het geval. Och, zal men zeggen, lees dat boekje dan niet. Maar misschien is het wel niet zo eenvoudig. Zoals gezegd: het is een goed boekje, maar het schiet wat te kort op het punt van de 'gidsfunctie' en de gegeven informatie is duidelijk gericht op de ontwikkelde leek: voor de 'gewone man in de straat' is het boekje te moeilijk. Maar het onderwerp is natuurlijk ook moeilijk. Bouw en werking van de gezonde hersenen beschrijven in minder dan vijf pagina's is zelfs voor een dokter een onmogelijke opgave. Dat de patiënt en/of diens partner ook aan het woord komt, is tegenwoordig een must. Het lijkt mij echter beter enkele aparte hoofdstukken voor hen te reserveren dan hun tekst zo in kleine gedeelten hier en daar tussen de andere tekst te plaatsen.

De auteur heeft duidelijk problemen met de term 'dementie'. Na een beschrijving van de verschijnselen van een CVA volgt: 'Dit alles heeft niets te maken met dementie . . .'

Het paradoxale van voorlichting komt ook hier om de hoek kijken. In Van Dale staat bij 'mondig': 'zelfstandig kunnende beslissen, handelen, oordelen'. Maar wie is er hulpelozer en hulpbehoevender dan een CVA-patiënt met een afasie? Op een van de laatste pagina's staat: 'Liefde, genegenheid en menselijke warmte kunnen het leven verzachten'. Maar wat

'Als liefde niet meer is wat liefde was?

Als er geen liefde meer is?'

zoals een dichter zich eens afvroeg?

G. J. Bremer

LAD

Vacaturebank hielp vorig jaar ruim 340 artsen aan een baan

In 1987 werden voor het eerst meer dan 500 vacatures bij de vacaturebank voor artsen aangeboden. Dit staat in het voorlopig jaarverslag dat de vacaturebank onlangs uitbracht. In totaal 514 aanvragen kreeg de vacaturebank vorig jaar te verwerken. Daarvan werden er 343 via de bank bezet. Dat is een bemiddelingspercentage van rond de 67%. In 1986 bedroeg dit percentage nog 60%.

De bank, die door de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband, samen met het Gewestelijk Arbeidsbureau te Utrecht en de KNMG wordt geëxploiteerd, was daarmee succesvoller dan ooit. In 1986 bedroeg het aantal geslaagde bemiddelingen 285 en dat was weer 32 méér dan in 1985. Voor het eerst werden ook artsen in het buitenland geplaatst, voornamelijk in Groot-Brittannië. Op dit moment is in Engelse ziekenhuizen een tekort aan met name assistent-geneeskundigen. Nederlandse artsen zijn welkom omdat de Nederlandse opleiding in Engeland hoog staat aangeschreven. Bovendien beheerst de Nederlandse arts veelal de Engelse taal en past zich gemakkelijk aan. De verhouding man/vrouw bij het aantal als werkzoekende ingeschreven artsen is zich aan het wijzigen. Vorig jaar was 59% van het aantal ingeschreven werkzoekende artsen man en 41% vrouw. In 1986 bedroegen die percentages nog respectievelijk 65% en 35%. Bij het aantal geslaagde bemiddelingen lag de verhouding man/vrouw op 63% man

en 37% vrouw. Ook hierin een geringe verschuiving ten gunste van de vrouwelijke arts.

Vacaturetelefoonlijn

De vacaturetelefoonlijn, die tweemaal per week (op maandag en donderdag) van nieuwe informatie wordt voorzien, werd gemiddeld per week zo'n 800 maal geraadpleegd. In 1987 stonden gemiddeld 800 werkzoekende artsen bij de vacaturebank ingeschreven. 69% daarvan is basisarts, 23% huisarts en 8% specialist. Vorig jaar werd 8 maal een vacatureoverzicht aan alle ingeschreven artsen verzonden.

Contacten buitenland

Met Groot-Brittannië werden vorig jaar goede contacten opgebouwd. Die hebben er inmiddels toe geleid dat zo'n 25 Nederlandse artsen voor een periode van meestal een half jaar in een Engels ziekenhuis aan het werk konden, over het algemeen als junior- of senior-house officer.

Met Medical Recruitment Services in Veldhoven, het bureau dat de contacten met het Midden-Oosten onderhoudt, bestaat een vorm van samenwerking, waarbij onder andere wederzijdse gegevensvermelding op de vacaturetelefoonlijnen plaatsvindt.

De vacaturebank verwacht dat de opgaande lijn in het aantal bemiddelingen zich ook in 1988 zal voortzetten.

LSV

Medisch specialist en praktijkautomatisering

Per 1 oktober is een onafhankelijk aanspreekpunt praktijk-automatisering opgestart als gezamenlijke activiteit van de KNMG en LSV. Het doel van dit aanspreekpunt is het verstrekken van inlichtingen en adviezen over allerlei aspecten van de automatisering van de medische praktijk.

R. W. Reddingius, arts en automatiseringsadviseur, is sinds november 1987 werkzaam in KNMG/LSV verband en de opvolger van dhr. G. J. Mellema. Na de studie geneeskunde doorliep hij de PION informatica opleiding bij IBM. Het aanspreekpunt automatisering is telefonisch bereikbaar op 030-823370.



De arts die overweegt de praktijk te automatiseren en zich gaat oriënteren wordt al snel geconfronteerd met het huidige onoverzichtelijk en groot marktaanbod.

De informatieverstrekking van de KNMG en LSV betreft de volgende onderwerpen:

- algemene informatie betreffende de op de markt aanwezige software;
- algemene informatie betreffende de op de markt aanwezige hardware;
- leden helpen bij het formuleren en opstellen van eisen en wensen ten aanzien van de automatisering van de praktijk;
- communicatiemogelijkheden met medische databanken.

Sinds kort is het voor leden mogelijk demonstraties bij te wonen in Domus Medica in een speciaal hiervoor ingerichte ruimte. Men kan kennis maken met de drie meest verkochte pakketten voor de medische specialist, te weten Specifak van TeleConnect, ProMed + van VVAA/SDM Praktijkautomatisering en DVA van DVA. Het geven van demonstraties zal plaatsvinden zonder aanwezigheid van leveranciers en alleen op afspraak. Desgewenst kan men zich na afloop opgeven voor een aanvullende demonstratie van de drie leveranciers in de eigen praktijk.

Naast bovenstaande activiteiten heeft de KNMG, in samenwerking met de LSV een platform ingesteld waarin deelne-

UIT DE VERENIGINGEN

mers uit de KNMG, LSV, LHV, LAD, wetenschappelijke verenigingen en de SIG plaatsnemen. Binnen dit platform zal een coördinatiegroep onder andere de volgende taken uitvoeren:

- het coördineren van de ontwikkelingen op automatiseringsgebied in de sector medische specialisten;
- het opstellen van een informatiemodel van de medische praktijk en het formuleren van minimumeisen ten aanzien van hard- en software, alsmede privacy-aspecten;

- het ontwikkelen van toetsingscriteria en het toetsen van pakketten;
- het geven van objectieve voorlichting in automatiseringsaangelegenheden.

In dit artikel is wederom opgenomen een tabel met een overzicht van de op de markt aanwezige programmatuur voor de specialist, welke de situatie per 1 januari 1988 aangeeft (voor het vorige artikel en overeenkomstige tabel zie Medisch Contact nr. 44, blz. 1418-19, jaargang 42).

Tabel I: Overzicht software aanbod ten behoeve van medisch specialisten

no.	naam software	naam bedrijf	in de praktijk sinds	aantal verkocht ¹	boekhouding incl. grootboek	tekstverwerking geïntegreerd	diagnosecodering met statistiek	prijs excl. btw ²
1	Specifak	TeleConnect	1980	A	+	+	+	f 13.950,— ^{3 9}
2	ProMed+	VVAA/SDM Prak.	1980	A	+	+	+	f 12.500,— ^{3 4 5}
3	Medis	Delft/H.P.	1983	B	+	+	+	f 9.700,—
4	MediMate	DataMate	1984	B	+	+	+	f 9.483,—
5	D.V.A.	D.V.A.	1985	A	+	+	+	f 13.850,—
6	Medias	CB Automatis.	1985	B	+	+	+	f 9.000,—
7	Med.Spec.Adm.	Terbo Softw.	1985	C	+	+	+	f 8.950,— ⁶
8	DOK	Deltabron	1986	C	+	+	+	f 15.000,— ⁷
9	Medap	Adcins	1986	C	+	+	+	f 9.748,— ⁸
10	Specialist/PC	Delft/H.P.	1986	B	+	+	+	f 20.000,—
11	Maat	Rodias	1987	B	+	+	+	f 8.900,— ¹⁰
12	MCS	Med.Comp.Supp.	1981	C	+	+	+	f 9.790,—
13	Multipack	Reveal	1982	B	+	+	B	f 7.500,—
14	MBM-Medicom	Medic.Bus.Ma.	1985	B	+	+	beperkt	f 3.500,— ¹¹
15	MRS	Buro Boeien	1983	C	+	+	+	f 8.750,—
16	Medes	Medisoft	1981	C	+	—	+	f 6.500,— ¹²
17	Easy Works	Multisoft	1986	C	+	+	+	ca 6.500,—
18	Medistar	DSA	1987	C	+	+	—	f 4.450,—
19	Remedies	ChipSoft	1986	B	+	—	beperkt	f 7.000,— ¹³
20	Spesys	Faber	1987	C	—	+	+	f 9.000,— ¹⁴
21	SPA	Softworks	1984	C	—	—	—	ca 8.200,—
22	Gyflux	Flux	1984	C	+	—	—	ca 4.000,—
23	MMS-medisch	MMS	1986	C	—	+	—	f 1.750,—
24	Mini-Declamed	de Cleyenburgh	1986	C	—	—	beperkt	f 8.000,—
25	Medicount	Buro v. Autom.	1984	C	—	—	—	f ? ¹⁵
26	Blue Med	HP Systeemhui	1987	C	—	—	—	

+ = aanwezig; — = afwezig; B = binnenkort

Software die niet (langer) actief wordt gevoerd: Naam software: 1. Medisch Adm. Programma; Naam Bedrijf: Audilog

Alle gegevens in bovenstaande tabel zijn afkomstig van de leveranciers.

- Aantal verkocht per 1 januari, 1988. A = meer dan 50 systemen verkocht. B = meer dan 25 maar minder dan 50 systemen verkocht. C = minder dan 25 systemen verkocht.
- Prijs, exclusief B.T.W., inclusief installatie en instructie.
- Wordt aanbevolen door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.
- Wordt aanbevolen voor de grotere maatschappen door de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie en door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie.
- Draait uitsluitend op een HP260 Business Computer System, een mini-computer van Hewlett Packard. Alleen leverbaar als een complete configuratie bestaande uit: computer, 81 Mb harde schijf, 2 terminals, printer, software en instructie. Kosten ca. f 50.000,00.
- Prijs exclusief afschrijving module.
- Wordt aanbevolen door de Nederlandse Vereniging voor Keel-, Neus-, Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-halsgebied. De prijsopgave betreft een multi-user-opstelling.
- Draait alleen op een Vectra personal computer van Hewlett Packard.
- Wordt aanbevolen door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.
- Wordt aanbevolen voor kleinere maatschappen door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie.
- Dit pakket is thans nog in ontwikkeling.
- Dit pakket draait op een Apple McIntosh.
- Voorlopige prijs. In begin 1988 gaat de prijs omhoog.
- Dit pakket is voor twee specialisten verenigingen ontwikkeld om een soort incassobureau te kunnen voeren. Het aantal specialisten dat hier gebruik van maakt is meer dan 180. Het is in deze opsomming enigszins een buitenbeentje.
- Geen informatie ontvangen.

KNMG Contributie 1988

De nota's voor de contributie over 1988 worden in februari 1988 verzonden. Aan de leden wordt verzocht:

- gebruik te willen maken van het aangehechte acceptgiro-formulier; het versnelt de verwerking en de registratie van de betaling;

- indien een machtiging tot automatische afschrijving van de contributie is verstrekt, te willen zorgen voor voldoende saldo op de giro- of bankrekening.
- Voor uw medewerking zeg ik u bij voorbaat hartelijk dank.

J. Diepersloot, secretaris-generaal