Nr. 9 – 2 maart '84 – 39e jaargang

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

MC

Medisch Contact

Het medisch handelen als proces
Prof. Dr. A. J. Dunning – 269

Medische besliskunde en de kwaliteit van het medisch handelen
T. C. G. M. Vissers en Dr. A. F. Casparie – 272

Verantwoord kiezen. Doelen in de gezondheidszorg
Prof. Dr. J. C. van Es – 273

Milieuverontreiniging en gezondheidsklachten. De giftige sfeer van twijfel
H. J. Leliefeld, G. C. Molenkamp en M. Vos – 276

Voedselallergieën. Een databank om allergenen op te sporen
Dr. J. Kamsteeg – 280

Transsexualiteit
S. J. van der Gaarden – 281

Opneming in verpleeghuizen. De gang van zaken in de stad Utrecht
Dr. J. A. Stoop – 284

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam: Geldboete van ƒ 10.000 voor huisarts wegens onzorgvuldige behandeling drugsverslaafden – 286

Colofon 261 – **MC-dubbeldekker** 262 – **Hoofdredactioneel commentaar** 263 – **Brieven** 264 – **Gemengde berichten** 268 – **Boekbesprekingen** 271 en 285 – **Praktijkperikel** 283 – **Notities van een internist in opleiding** 288 – **Colofon officieel** 289



Clinici menen vaak dat het klinisch proces nauwelijks voor analyse toegankelijk is. Prof. Dr. A. J. Dunning van de afdeling Cardiologie in het Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam, deed toch een poging tijdens het symposium 'Medische besliskunde' van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing op 10 februari jl.: (kans)berekening kan, stelde hij, het medisch oordeel aanvullen, ondersteunen en funderen – maar niet vervangen.

Tijdens datzelfde symposium 'Medische besliskunde' toonde de Amerikaanse patholoog-anatoom Dr. J. Beck de aanwezigen hoe de medicus bij zijn individueel patiëntenbeleid gebruik kan maken van een zogeheten 'personal computer'.

Het proces van het medisch handelen begint niet blanco; arts en patiënt nemen geen neutrale startpositie in. Factoren die niet in het beslissingsproces zelf zijn gelegen – reeds aanwezige normen, inzichten, gevoelens, maar ook de maatschappelijke context waarin betrokkenen leven en werken – oefenen daar een niet te onderschatten invloed op uit. Aldus Prof. Dr. J. C. van Es in de openingsvoordracht van het besliskundesymposium.

Milieuhygiënische problemen vragen om een benadering waarin psychologische reacties stelselmatig de aandacht krijgen; te eenzijdig ligt de nadruk nu op somatisch-medische, chemische en juridische aspecten. Aan de hand van drie voorbeelden van milieu-incidenten in eigen land illustreren H. J. Leliefeld, Dr. G. C. Molenkamp en M. Vos de noodzaak van een integratie van medisch-toxicologische, milieuhygiënische, sociaal-psychologische én bestuurlijke deskundigheden.

De Landbouwhogeschool Wageningen beschikt sinds kort over een databank voedselallergieën. Dr. J. Kamsteeg informeert erover.

De beschikbare literatuur over transsexualiteit is vooral medisch gericht; het sociale aspect komt er nauwelijks in tot uiting. Volgens de Groningse arts Sanne van der Gaarde is transsexualiteit vooral een probleem omdat de maatschappij rolpatronen voor mannelijk en vrouwelijk gedrag vaststelt.

MC

MEDISCH CONTACT is het weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

Prof. Dr. J. C. van Es, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris

Mw. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. G. W. van Straten, redactrice
R. A. te Velde, redacteur

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-885411

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname *f* 118,— (inclusief BTW); overige landen *f* 210,—.
Administratie: Tijl Tijdschriften BV,
Jacques Veltmanstraat 29,
1065 EG Amsterdam.
telefoon 020-172829/174855, telex 15230.
Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden tevoren is opgezegd.

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.
Opgave: Tijl Tijdschriften BV,
Jacques Veltmanstraat 29,
1065 EG Amsterdam,
telefoon 020-172829/174855, telex 15230.
Geldend advertentietarief: 15 december 1983

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafisch Bedrijf BV, Zwolle

Omslagfoto: Egbert de Bruijn, Den Haag

Ontwerp: Pieter van Ark GVN

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.

Wenken voor schrijvers van brieven en auteurs van artikelen

Brieven

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.

Artikelen

Als een auteur kopij aanbiedt dient dit in te houden dat deze niet tevens aan een ander tijdschrift ter publikatie is aangeboden of reeds elders is gepubliceerd.

Door het aanbieden van kopij draagt de schrijver de auteursrechten aan de redactie over. Als het artikel niet in Medisch Contact wordt gepubliceerd vervalt de overdracht van de auteursrechten.

De redactie streeft, mede terwille van de leesbaarheid, naar publikatie van artikelen van beperkte omvang. Deze dienen bij voorkeur niet meer dan tweeduizend woorden (= twee bladzijden in Medisch Contact) te bevatten. Een auteur kan een langer artikel ook in twee delen aanbieden ter publikatie in opeenvolgende nummers.

De voorkeur gaat uit naar een zeer beperkt aantal tabellen en figuren: per artikel niet meer dan drie tot vier in totaal. Tabellen en illustraties dienen ieder op een apart vel te worden getekend, bij voorkeur met zwarte inkt. Contrastrijke zwart-witfoto's kunnen daarvoor ook dienen. De literatuurlijst mag niet meer dan tien nummers bevatten; de voorkeur gaat uit naar een opstelling volgens de regels van Vancouver.

Een artikel moet worden voorzien van een korte samenvatting en vergezeld gaan van een summiere beschrijving van de functie van de auteur, alsmede van een recente pasfoto.

Inzenders van artikelen worden verzocht deze op A4-formaat met anderhalf interlinie getypt en voorzien van een brede marge in tweevoud te sturen.

*
**

Niets uit dit tijdschrift mag elders worden gepubliceerd zonder toestemming van de redactie van Medisch Contact.

MC-DUBBELDEKKER 9

a. Inventaris
b. Pilaarhoofd
c. Kerkvorst
d. Joden
e. Eerbiedwaardig
f. Gezagsdrager

a	41	9	25	5	34	47	43	37
b	48	3	28	33	23	42	26	11
c	46	20	24	16	30	22	36	8
d	6	18	31	38	21	1	14	45
e	44	40	19	13	17	10	32	2
f	35	12	4	15	39	27	7	29

Bij juiste invulling van de zes woorden in het linker diagram en na transport van de genummerde letters naar de desbetreffende vakjes in het rechter schema verschijnt daar een constatering die elders in dit nummer nader wordt toegelicht.

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23
	24	25	26	27		28	29
30	31	32	33	34		35	36
37	38	39	40	41	42		43
44	45	46	47	48			

Onder de inzenders van de juiste oplossing wordt een boekenbon verloot.
Die van nummer 7 gaat naar C. J. T. Zegger, Hengelosestraat 157, Enschede.
De goede oplossing was: *'Psychiater in opleiding ziet blijkbaar ook veel somatiek'.*

Medische besliskunde

Vrijdag 10 februari werd door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) een symposium georganiseerd over medische besliskunde. In dit nummer van Medisch Contact treft men de tekst van twee voordrachten die op dit symposium door Prof. Dunning en ondergetekende werden gehouden (blz. 269 en 273) en bovendien nog een kort verslag over een door de Amerikaanse patholoog J. R. Beck gepresenteerde gecomputeriseerd voorbeeld van een besliskundige procedure. Als men het succes van dit symposium alleen al wil afmeten aan de opkomst, dan kunnen de organisatoren tevreden zijn: meer dan zevenhonderd deelnemers maakten deze dag mee.

'Medische besliskunde' is een begrip dat in snel toenemende mate aandacht trekt. De oorzaak hiervan wordt wellicht het meest kernachtig aangeduid in de definitie die Weinstein e.a. van het begrip 'decision analysis' geven[1]: 'a systematic approach to decision making under conditions of uncertainty'. De arts is gewend op grond van onzekere factoren besluiten te nemen. Hij doet dit op grond van overwegingen die berusten op kennis van zaken, interpretatie van gegevens, ervaringen en niet zelden geholpen door een klinische blik waarin kennis, ervaring, vermogen tot observeren zodanig zijn geïnternaliseerd dat de kunde tot kunst wordt verheven[2].

De arts anno 1984 staat echter voor grote problemen: enerzijds biedt de moderne geneeskunde een betrouwbare onderbouwing voor zijn handelen, anderzijds veroorzaakt de snel toenemende kennis, vreemd genoeg, een toenemende onzekerheid. Dit is onder andere een gevolg van het groeiend aantal factoren dat de arts in zijn overwegingen moet betrekken. Maar ook moet oude kennis in een hoog tempo worden vervangen door andere. Onderzoekmethoden worden vaak ingehaald door andere, zonder dat de overbodigheid van de oudere methoden daardoor direct wordt doorzien of erkend. Er sluipt veel traditie in ons denken en handelen; niet voor niets pleit Wulff ervoor gebruikelijke klinische en paraklinische routine-onderzoeken op hun doelmatigheid te toetsen[3].

Overwegingen van de enkeling zijn vaak niet meer toereikend: overleg is nodig, niet zelden ook interdisciplinair overleg, om tot een verantwoorde afweging van die uiteenlopende factoren te komen. Daarom bestaat er behoefte aan de ontwikkeling van protocollen in de geneeskunde die een

J. C. van Es

Normen en waarden centraal in besliskunde

handleiding voor de behandelend arts kunnen vormen. Dergelijke protocollen kunnen vooral worden ontwikkeld wanneer het gaat om keuzes die gebaseerd zijn op wetenschappelijke kennis en inzichten. Als het echter gaat om persoonsgebonden beslissingen kan het protocol niet meer zijn dan een algemene richtlijn.

De toepassing van besliskunde vergt inzicht in de daarbij behorende benaderingswijze en kennis van zaken, onder andere over het berekenen van kansen. Een beslisboom groeit niet, maar moet worden geconstrueerd. De besliskunde zal haar waarde vooral bewijzen wanneer er sprake is van een gecompliceerde problematiek, waarin met vele factoren rekening moet worden gehouden. Dan is het construeren van de beslisboom geen eenvoudige, en een tijdrovende aangelegenheid. De maker van zo'n boom wordt niet zelden geplaagd door het ontbreken van voldoende onderliggende gegevens, waardoor het schatten van kansen geen sinecure wordt. Wil het zover komen, dan zullen, veel meer dan tot dusverre, gegevens dienen te worden geregistreerd en bewerkt. Voor minder gecompliceerde problemen is een uitgewerkte beslisboom vaak niet nodig: de afwegingen zijn te overzien. En dat is maar goed ook; zou voor ieder probleem een beslisboom moeten worden opgezet, dan zou het enthousiasme voor een dergelijke werkwijze al spoedig tot nul zijn gedaald.

De grootste waarde van de besliskunde is vooralsnog gelegen in het stimuleren van een denkwijze waarin aan gegevens van uiteenlopende aard ruimte wordt geschonken. Deze denkwijze vergt en stimuleert bewustwording van het eigen handelen en vergt en stimuleert studie en overleg met anderen.

Wulff onderscheidt verschillende manieren om tot een diagnose te komen. Enerzijds bestaat de methode waarin op basis van waarschijnlijkheden enkele hypotheses worden gevormd, waarna op basis van een zekere bewijsvoering een nadere diagnose wordt gesteld. Daarnaast bestaat wat Wulff de 'minimax strategy' noemt, waarin wordt gepoogd zoveel mogelijk ziekten uit te sluiten: 'Better safe than sorry', wat tot iatrogene schade en onnodig hoge kosten aanleiding kan geven. Wulff wijst dan een derde weg, op basis van de besliskunde, waarin men zich richt op het maximaliseren van het te verwachten nut. Het probleem hierbij is echter, dat de baten en de risico's niet altijd in maat en getal zijn weer te geven en dat de risico's en baten van een verschillende orde kunnen zijn die moeilijk tegen elkaar kunnen worden afgewogen. Niettemin is het maken van besliskundige modellen van grote betekenis, niet in de laatste plaats omdat daarmee overwegingen binnen het gezichtsveld komen die anders gemakkelijk over het hoofd kunnen worden gezien. Een ander, niet gering voordeel van deze werkwijze is dat de werkers volgens waarschijnlijkheden en de minimax-adepten dichter bij elkaar worden gebracht. Het is te verwachten dat daardoor huisartsen en specialisten in hun denken en handelen meer op één lijn kunnen worden gebracht. Bij dit alles dient men voor ogen te houden dat men er in de besliskunde bij het afwegen van ongelijksoortige factoren niet aan kan ontkomen de waarde die men aan die factoren toekent te expliciteren. Aldus komen normen en waarden in het geding. In besliskundige procedures wordt duidelijk dat in het afwegen van ongelijksoortige aspecten keuzes moeten worden gemaakt die in wezen op waardeoordelen berusten. Aldus komt de ethiek op een expliciete manier een schijnbaar technologische procedure binnen – de besliskunde maakt dat zichtbaar. De ethiek krijgt daardoor de plaats die zij verdient: niet een aanhangsel van het medisch handelen, maar een waardetoekennend en daardoor leidend principe voor het medisch handelen. ■

1. Weinstein MC, Fineberg HV. Clinical decision analysis. Philadelphia: Saunders, 1980.

2. Es JC van. Patiënt en huisarts, 2e druk, Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1980.

3. Wulff HR. Principes van klinisch denken en handelen. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1980.

BRIEVEN

WERKVERSCHAFFING A° 1984

Het redactioneel artikel 'Al of niet alternatief' (MC nr. 3/1984, blz. 67) eindigt met een zin die mij als arts-veteraan ten diepste getroffen, om niet te zeggen ietwat geschokt heeft: 'Dit uitwijken naar alternatieven benadrukt nog eens de noodzaak van enerzijds het scheppen van werkgelegenheid voor jonge artsen en anderzijds het vastleggen van het takenpakket voor artsen'. Het, in geven en nemen, combineren van het 'enerzijds' met het 'anderzijds' zal niet eenvoudig blijken te zijn. Het gevaar voor een compromitterend compromis is niet denkbeeldig. Een voorlopig scheiden van beide aspecten van noodzaak met beperking tot het 'enerzijds' lijkt zinvol.
We houden ons in ons denken anno 1984 dan bezig met werkverschaffing voor jonge artsen, een bijzonder trieste en haast uitzichtsloze zaak, die noodzaak blijkt te zijn. Graag bied ik mijn verontschuldiging aan voor het bezigen van het woord 'werkverschaffing' dat in de jaren '30 gebruikelijk was. Toch mag in nuchterheid worden vastgesteld dat het in wezen hetzelfde inhoudt als het veel vriendelijker klinkende 'scheppen van werkgelegenheid.'
Voor een arts-veteraan, die zich in 1931 als huisarts vrij vestigde, komt deze zaak en noodzaak als zeer merkwaardig, als bevreemdend over. Vanzelfsprekend ontstaande vergelijkingen van toen met nu lijken weinig zinvol en vrijwel zeker niet bijdragen in het zoeken naar oplossingen. Het met hypocrisie geladen begrip 'roeping' latend voor wat het was of is, nam het 'geroepen worden' toen een grotere plaats in. Het ruime beschikken over auto en telefoon in de samenleving van nu werkt het op een afspraak 'laten komen' in de hand.
Zou dit 'geroepen worden' iets van een aanwijzing geweest kunnen zijn in de richting van 'de dokter is er voor de zieken', een attitude die soms tot uitdrukking kwam in een 'maar daar bent u toch voor'? En nu ga ik bewust wat provoceren: zou het 'laten komen' iets van een aanwijzing kunnen zijn in de richting van 'de zieken zijn er voor de dokter'?
Alle begrip heb ik ervoor dat deze overweging in edele verontwaardiging ver wordt weggeworpen. Toch mag in nuchterheid worden vastgesteld dat de dikwijls gebruikte slogan 'het belang van de patiënt gaat voor alles' weliswaar geen onwaarheid is, maar toch ook niet meer dan een halve waarheid. En dat het eveneens een hypocrisie getuigt, zowel vroeger als nu, als de arts zich dit aureool aanmatigt of laat aanleunen. Nuchtere realiteitszin dwingt ons wellicht over deze provocerende overweging goed na te denken, met terzijdestelling van begrijpelijke verontwaardiging.
In een interview dat kortgeleden in het dagblad Trouw werd afgedrukt zegt Michel van Hout dat elke (fonds)patiënt in zijn jaarinkomen negentig gulden vertegenwoordigt en dat hij zich niet kan permitteren er één te verliezen na een waanzinnig dure praktijkovername, zodat hij zich wel veelvuldig zal moeten voegen naar de wil van de patiënt. Een arts-patiëntverhouding die grote vraagtekens oproept. In mindere mate maar op gelijke wijze roept het scheppen van werkgelegenheid voor jonge artsen en de noodzaak daarvan vraagtekens op.
Uiteraard kan deze reactie van een arts-veteraan geen oplossing geven in de noodzaak van het enerzijds en anderzijds, naast elkaar of gecombineerd, zoals dat in de aangehaalde zin werd gesteld. Wat zij wél kan doen is vanuit een ver verleden waarschuwen tegen gevaren, in het bijzonder tegen het gevaar van een attitude dat 'de zieken er voor de dokter zijn'.
Geen oplossing? Ja, toch een oplossing. Die echter ongetwijfeld in de samenleving van nu als irreëel ver weggeworpen zal worden: voor de dokter die er voor de zieken is, onvoorwaardelijk en ongelimiteerd, met afwijzen van regelingen voor zijn gemak en dat van zijn collegae, hoeft er geen werkgelegenheid te worden geschapen. Hij zal, met of zonder 'roeping', geroepen worden en komen. En de zieken zullen in steeds toenemende mate komen naar hem die er geheel voor de zieken wil zijn en voor wie hun belang voor alles gaat.
Een utopie?

Swolgen, januari 1984

Dr. D. van Veen, arts-veteraan

NIERSTEENVERGRUIZER ALS KOSTENBREKER

Na lezing van het pleidooi om niersteenvergruizers als goedkopere klinische behandeling van niersteenlijders in Nederland in te voeren (MC nr. 3/1984, blz. 77) veroorloof ik mij enkele kritische opmerkingen.

1. De samenstellers van de 'nota' gaan uit van de incidentie van geopereerde niersteenlijders, met beperking tot de pyelotomieën, eventueel later aangevuld met te vervangen ureterotomieën. Er zou weinig bekend zijn van de epidemiologie van het niersteenlijden. Wel is het aan iedere huisarts bekend dat de incidentie van verwijzingen naar 'niersteenspecialisten' maar een deel is van de incidentie van niersteenlijden. Veel huisartsen houden er een conservatief beleid op na (het bekende touwtjespringen, bierdrinken, spasmolytica en wachten tot de steen wordt uitgeplast) vóórdat bij hardnekkige casus de drempel van hospitalisering wordt genomen.
Door drempelverlaging ten gevolge van de minder traumatische ingreep en kortere ligduur zou het aantal 'vergruiskandidaten' wel eens veel hoger kunnen zijn dan dat van de operatiekandidaten. Daarnaast zal de 'vergrijzing' van de bevolking de incidentie doen toenemen. Per saldo zal het aantal lithotripsieingrepen veel hoger uitkomen dan verwacht. Klopt dan de kosten-batenanalyse ook nog wel?
2. De verkorting van de ligduur zal alleen een kostenbesparing opleveren bij afstoten van overbodig geworden bedden. Bepleiten de schrijvers hiermee indirect een beddenreductie van perifere ziekenhuizen, ten gunste van de uitbreiding der bedden in de vier (?) academische 'vergruiscentra'? Wordt dit beleid in de periferie ondersteund? Wordt deze beleidsfactor in de kosten-batenanalyse meegenomen?
3. Wat doen de perifere internisten, chirurgen en urologen met de vrijgekomen tijd, buiten voorbereiding en nazorg voor de centraal verwezen patiënten? Levert dit ook baten op?

Samenvattend bemerk ik enkele onzekere factoren, waarmee mogelijk in het besparingspleidooi geen rekening is gehouden. Niersteenvergruizers als kostenbreker zouden een doorbraak in de kostenbeheersing van de gezondheidszorg moeten betekenen; echter, het adagium dat de kosten voor de baat uitgaan is inderdaad zelden of nooit bij nieuwe technologische ontwikkelingen in de geneeskunde waar gebleken. Het zou te mooi zijn om waar te zijn.

Roden, januari 1984

A. M. H. Spauwen

DISULFIRAM-IMPLANTATIE

De laatste maanden heb ik tweemaal te maken gekregen met patiënten die zonder overleg met het consultatiebureau voor alcohol en drugbestrijding (CAD) of de psychiater via hun huisarts naar een chirurg waren gestapt om een implantatie van disulfiramtabletten te laten uitvoeren. Uit betrouwbare bron vernam ik dat ook elders in Nederland dergelijke ingrepen regelmatig geschieden na een verzoek hiertoe van de huisarts, die gewoonlijk door de patiënt onder druk wordt gezet.
Ik wil ernstig waarschuwen tegen deze gang van zaken. Implantatie van disulfiramtabletten is lichamelijk geen grote ingreep, maar psychisch zeker wel. Dit wordt in de regel zwaar onderschat. Implantatie kan het begin betekenen van een intensief begeleide ontwenningsperiode, maar moet niet worden gezien als een gemakkelijke oplossing van alcoholproblemen.
De beide ervaringen die ik kort na elkaar opdeed beschrijf ik hier zeer beknopt:

De eerste ervaring betreft een jongen van 23 jaar die in het verleden al eens vier maand alcoholloos had geleefd na een implantatie en na een klinische ontwenningskuur. Hij komt uit een familie met veel potatoren; zijn vader had ik ook al hiervoor behandeld. Hijzelf is te beschouwen als een uiterst labiele, impulsief reagerende persoonlijkheid met slechte affectregulatie. Hij had me al herhaaldelijk gevraagd om een tweede implantatie, waarin ik geen ▶

enkel heil zag. Hij had dit 'gebaar' echter nodig tegenover de ouders van zijn vriendin. Het gevolg van mijn weigering was dat hij buiten mij om naar een waarnemend huisarts liep en een briefje loskreeg voor de chirurg, die de implantatie zonder meer uitvoerde. De jongen kwam me deze stunt niet zonder trots vertellen. Helaas dronk hij er na anderhalve maand al weer doorheen, terwijl het ook nog met het meisje uitraakte.
Mijn tweede ervaring betreft een 33-jarige, eveneens uiterst labiele, getrouwde man, bij wie drie jaar tevoren eenmaal disulfiram was geïmplanteerd waarna hij zes maanden geen alcohol meer dronk. Op zijn eigen verzoek was hij nu zonder overleg met CAD of psychiater via zijn huisarts bij de chirurg beland, die hem opnieuw voorzag van een implantaat met disulfiram. De al bestaande problemen met zijn ex-echtgenote en hun kinderen groeiden hem toen zo boven het hoofd, dat hij in paniek tranquillizers ging slikken en geheel geïntoxiceerd in het ziekenhuis moest worden opgenomen.

Het is bekend dat de meeste alcoholmisbruikers naar de drank grijpen als een soort vluchtreactie op stress. Willen zij echter met hun problemen leren omgaan, dan hebben ze daarbij behalve eigen motivatie langdurig veel deskundige hulp nodig. Bij deze hulp kan disulfiram-implantatie zin hebben. Als geïsoleerde maatregel is de implantatie echter te vergelijken met het chirurgisch laten verwijderen van een jeukende korst op een niet genezen wond.

Arnhem, januari 1984

Dr. Th. B. Kraft, psychiater

ABORTUS NA FOUT MET PIL

Een teken aan de wand

Het berichtje in MC nr. 3/1984, blz. 70: 'Abortus na fout met pil' houdt méér in dan een zakelijke mededeling: het is een teken aan de wand.
Slordigheden met de pil vormen signalen die duidelijk en frequent het karakter hebben van Fehlleistungen. Niet zelden gaat het om ambivalent pilgebruik ten gevolge van ambivalente zwangerschapswensen; de vrouw heeft dan bewust wel gekozen voor vermijding van zwangerschap, maar onbewust wenst ze zwanger te worden; dit resulteert in de hier bedoelde Fehlleistung. kennelijk gaat het om ongeveer een kwart van de geaborteerde vrouwen. Kennelijk kruipt het bloed waar het niet gaan kan.
Overgebracht naar de sfeer van 'abortus op verzoek' betekent dit, dat bedoeld verzoek eveneens ambivalent is. En dit houdt weer extra risico's in voor post-abortieve ellende. Het zijn, naar mij is gebleken[1], met name déze vrouwen die bij de abortus zóveel existentie inleveren dat ze een grote kans lopen op het bestaan van het existentieel-emotioneel stress-syndroom, een bijzonder ernstige psychiatrisch ziektebeeld, waaronder onder meer ook het postconcentratiekampsyndroom valt. Inderdaad lijden enkele duizenden van de ongeveer 1 miljoen vrouwen die sinds 1968 in Nederland zijn geaborteerd aan dit syndroom[2].
De conclusie van dit alles moet zijn dat het vergeten van de pil, of ook andere slordigheden met de pil, als achtergrond van het vragen om abortus steeds een dringende indicatie moet zijn tot extra zorgvuldige en specifieke diagnostische activiteiten, alvorens zelfs maar abortus in overweging te nemen. Uit alle beschikbare gegevens blijkt echter dat een dergelijke diagnostiek vrijwel nooit plaatsvindt. Er is dus in feite sprake van een ernstige medische onzorgvuldigheid. Dit feit is nimmer weersproken of weerlegd. Sterker nog: dit feit is vaak nauwelijks bespreekbaar.

Groningen, februari 1984

H. Blijham

Literatuur

1. Blijham H *Over ja en nee zeggen tegen zwanger zijn.* Amsterdam: Buyten en Schipperheyn, 1976.

2. Blijham H Twee patiënten met het existentieel emotioneel stress-syndroom na abortus provocatus. Ned Tijdschr Geneeskd 36-5-299.

HEROINEPROBLEMATIEK

Relatie lokale overheid-medicus

Enige tijd geleden is in de pers en op televisie uitvoerig aandacht besteed aan het voornemen van de gemeente Amsterdam, aan de kern van hard-drugverslaafden gratis heroïne te verstrekken. Belangrijkste reden hiertoe was, en is nog steeds, de verwachting dat hierdoor de leefbaarheid van de stad Amsterdam zou kunnen verbeteren door mogelijke inperking van de criminaliteit, in zoverre die door de heroïnewereld wordt veroorzaakt. De gemeente Amsterdam liet ons fijntjes weten dat het een experiment betrof, dat de plannen nog in de voorbereidingsfase verkeerden en dat pas besluiten zouden worden genomen als de diverse betrokken instanties de plannen hadden bestudeerd, etc. Stof tot discussie geven deze plannen reeds voldoende, zowel in het binnenland als over onze landsgrenzen. Maar dit is nu niet aan de orde. Wat binnen onze beroepsgroep wel aan de orde dient te komen, is de relatie lokale overheid-medicus.
We stellen vast dat de redenen voor het verstrekken van heroïne of andere opiaten niet in de eerste plaats op medische, maar op anticriminele en/of sociale gronden berusten. Wij merken voorts op, dat deze 'indicatiestélling' niet voortkomt uit de individuele arts-patiëntrelatie. We realiseren ons maar al te goed, dat heroïne en andere opiaten tot de krachtigst werkzame farmaca behoren. Wij weten, dat de therapeutische werkzaamheid van een farmacon in een aantal gevallen samengaat met haar schaduwzijde: de bijwerking in al haar gradaties. Het 'informed consent' maakt doorgaans dat de risico's juridisch gezien aanvaardbaar blijven, omdat de patiënt door het aannemen van de behandeling ook de daaraan verbonden risico's accepteert.
Maar wie geeft hier toestemming om tot behandeling over te gaan? Niet de verslaafde; hij kan helaas niet meer kiezen. Dus de lokale overheid, met haar eigen beweegredenen. Zij wil kennelijk toestemming geven, na eerst over risico's en mogelijkheden te zijn geïnformeerd. Zij zou dus toestemming kunnen geven tot behandeling van personen om andere dan geneeskundige redenen. Waar hebben we dat toch ooit elders vernomen? En wie moet er nu tot behandelen overgaan, om het maar eens eufemistisch te stellen? De arts, in dienst van de lokale overheid, de gemeentearts dus! En als deze eens zou weigeren, indien hij (of zij) daartoe zijn of haar redenen zou hebben?
Beste lezer, u voelt wel waar wij naar toe willen: in een land waar men niet meer zo nodig wil reageren op vervaging van verantwoordelijkheden, op afbakening van terreinen van specifieke deskundigheden, daar verkeert de democratie in een depressie; een land waarin een lokale overheid met de gedachten speelt wantoestanden met geneeskundige behandelingen te verdoezelen, verliest gaandeweg zijn identiteit in democratische zin. Artsen, of in dienstverband, of vrijgevestigd, dienen hetzelfde belang: het waar mogelijk bevorderen van de volksgezondheid, van landelijk tot individueel niveau. Zij dragen hiervoor een eigen verantwoordelijkheid, gedragen door hun gerichte deskundigheid. Dat het zo moge blijven, zulks in het belang van een persoonlijke begeleiding van de patiënt, alsmede in het belang van een gezond functionerende democratische samenleving.

Stein, februari 1984

R. M. F. M. Leclercq, huisarts

SPELREGELS 1

Praktijkperikel 4/84

Met deze brief wil ik reageren op het praktijkperikel 'Spelregels' (MC nr. 4/1984, blz. 74).
De schrijver van dit stukje geeft weinig informatie en trekt dan in de tweede alinea van leer met sterk moraliserende en, wat de laatste drie regels betreft, zelfs aanmatigende woorden. Zijn woordkeus is gebaseerd op de veronderstelling dat zowel de huisarts als de chirurg de patiënte in kwestie alléén maar hebben gerustgesteld en dat geen van beide artsen tegen haar hebben gezegd opnieuw op het spreekuur te verschijnen als er zich ook maar een kleine verandering met betrekking tot de 'knobbel' zou voordoen. Zelfs wanneer beide artsen, ook in mijn ogen, nalatig zouden zijn geweest, vind ik de spelregels die de schrijver voorstelt starre regels die de verantwoordelijkheid van de patiënt tot nul reduceren. ▶

In mijn medisch spel zijn er regels zowel voor de arts als voor de patiënt. Ik zal zeker nooit pretenderen 'spelregels die voor elke arts gelden' te destilleren uit een praktijkvoorbeeld waar zo weinig informatie uit blijkt als uit het verhaal van deze schrijver.

Amsterdam, februari 1984

J. M. L. P. Sieben, huisarts

SPELREGELS 2

Praktijkperikel 4/84

Met enige huivering las ik het praktijkperikel waarin een patiënte met een goedaardige mammatumor werd beschreven (MC nr. 4/1984, blz. 74).
Zeer storend werd door mij gevonden de manier waarop deze collega omgaat met de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Zijn 'spelregels' zijn mij geheel vreemd. Het lijkt alsof de schuld van deze trieste afwikkeling op de schouders van de huisarts komt te liggen.
Wat mij als huisarts niet duidelijk is, is het feit dat een tumor in de mamma niet wordt verwijderd; alleen histologisch onderzoek van de tumor kan zekerheid bieden. Als huisarts kan ik patiënten adviseren, voorlichten, stimuleren tot zelfonderzoek van de mammae, echter de patiënt blijft altijd zelf beslissen of hij/zij hier gevolg aan geeft.
De huidige huisarts in Nederland voert mijns inziens geen *actief* opsporingsbeleid. Naar ik hoop zal dit ook niet gebeuren, of zijn de 'spelregels' inmiddels veranderd?

Den Helder, februari 1984

Frank van Huijstee, huisarts

AOG-RAPPORT

In haar reactie, gepubliceerd in MC nr. 6/1984, blz. 169, is de Stichting Nascholing Huisartsen (SNH) kennelijk voorbijgegaan aan de tweede helft van aanbeveling 9 uit het rapport van de Adviescommissie Opleidingen Geneeskundigen (AOG). Daarin wordt de wijze waarop een nascholingsverplichting moet worden verwezenlijkt volledig ter discussie gelaten. Zelfs de door de SNH onderschreven morele verplichting kan daaronder vallen.
Overigens kan men zich afvragen wat er aan de moraal schort, wanneer er een duidelijke discrepantie bestaat tussen de moraal en de operationalisering daarvan. Het standpunt van het hoofdbestuur der KNMG stoelt mede op de stellingname uit het Rapport PAOG, waarin het moeten volgen van nascholing onder meer wordt gezien als een consequentie van bij intercollegiale toetsing gebleken lacunes. Dit laatste wil zeggen verantwoording af willen leggen over zijn medisch handelen; de plicht daartoe zal ook de SNH de arts niet willen ontzeggen.
Nergens is gesteld dat het tot een wettelijke verplichting moet komen. Verplichting kan in dit verband vele vormen hebben, direct en indirect, en deze beide vormen kunnen via allerlei nuances van verplichting worden gerealiseerd. Nergens wordt ontkend dat de motivatie tot het volgen van nascholing daarvan niet de grondslag behoort te vormen.
Wat de financieringswijze, zoals voorgesteld, betreft ligt er een eerste verantwoordelijkheid bij de LHV en de LSV om het in het rapport voorgestelde in overleg met de ziektekostenverzekeraars en het Orgaan PAOG te realiseren.
Tenslotte de stellingname, dat eerder aan de SNH geen kans werd geboden om haar opvattingen over verplichtstelling en financiering van de nascholing van huisartsen kenbaar te maken. Gesteld moet worden dat hier tenminste van een misverstand sprake moet zijn. De KNMG heeft er, als representatieve artsenorganisatie, van meet af aan voor gezorgd dat zowel in het Overlegorgaan PAOG als in het binnenkort op te richten Orgaan PAOG huisartsen in haar delegatie zijn opgenomen, en dit in overleg met de SNH, die in dezen optreedt als representant van LHV en NHG.

Utrecht, februari 1984

J. Diepersloot,
secretaris-generaal der KNMG

WIE WIL IN NEDERLAND PRIMARY HEALTH CARE?

Hoe je aankijkt tegen verantwoordelijkheid (voor de eigen gezondheid) lijkt af te hangen van de vraag of je ziek of gezond bent, stelt Jozien Bensing (MC nr. 5/1984, blz. 141). Zou het niet eerder zo zijn dat je minder vaak, minder erg en minder langdurig ziek wordt als je zelf de verantwoordelijkheid voor je gezondheid blijft dragen? Je behoort dan vaak niet tot de groep der zieken, niet-actieven en spreekuurbezoekers, die Jozien Bensing gebruikt in haar stelling.

Muiderberg, februari 1984

J. H. Wijers

BEROEPSOPLEIDING TOT HUISARTS

(Herplaatsing wegens miszetting in MC nr. 7/1984, blz. 202)

Graag wil ik deels mijn instemming betuigen met, deels enkele kanttekeningen maken bij de brief betreffende de beroepsopleiding tot huisarts, ingezonden door de staf van de afdeling Specifieke Beroepsopleiding tot Huisarts aan de Universiteit van Amsterdam (MC nr. 4/1984, blz. 105)

Mijn instemming geldt het plaatsen van grote vraagtekens bij de duur en de opzet van de drie-jarige beroepsopleiding tot huisarts, zoals naar buiten gebracht door het College voor Huisartsgeneeskunde (CHG) in zijn gelijknamig rapport (MC nr. 48/1983, blz. 1503). Een duur van die beroepsopleiding van anderhalf jaar, gevolgd door een periode van zelfstandige maar ook begeleide beroepsuitoefening, zoals door De Groot c.s. in hun brief bepleit, lijkt realistisch en zinnig. Aldus wordt ook de door het CHG bepleite stageperiode van anderhalf jaar en de intramurale gezondheidszorg vermeden, een opzet waaraan uit het oogpunt van opleiding tot *huisarts* géén behoefte lijkt te bestaan.
Kanttekeningen zou ik willen maken bij het gestelde, dat een – ook door mij noodzakelijk geachte – permanente na- en bijscholing beslist *verplicht* zou moeten zijn. Verplichting bevordert zeker niet de motivatie tot actief participeren in de nascholing: motivatie die onmisbaar is om adequate nascholingseffecten te bereiken.
De verantwoordelijkheid voor organisatie en invulling van beroepsopleiding en nascholing berust inderdaad bij de universitaire huisartseninstituten (UHI'en) en de beroepsorganisaties. Mede door gebrek aan geld en mankracht hebben de UHI'en zich tot nu toe slechts in geringe mate beziggehouden met de nascholing. Gelukkig hebben de beroepsorganisaties LHV en NHG via hun joint-venture, de Stichting Nascholing Huisartsen (SNH), intussen kunnen zorgen voor organisatorische en inhoudelijke invulling van de huisartsennascholing, die niet tussen aanhalingstekens hoeft te worden geplaatst en die zeker een hechtere structuur vertoont dan de lappendeken waar De Groot c.s. de nascholing vóór en dóór huisartsen mee vergelijken.
Nu de oprichting van het Orgaan Postacademisch Onderwijs Geneeskunde (PAOG) nabij lijkt, zal de zeer wenselijke samenwerking tussen UHI'en en regionale commissies SNH (als vertegenwoordigers van de derden) via de zogenaamde doelgroepcommissies PAOH gestalte kunnen krijgen; doelgroepcommissies waarvan de oprichting op verschillende plaatsen aan initiatieven van de regionale SNH-organen te danken is geweest.

Utrecht, januari 1984

Dr. J. A. E. van der Feen, huisarts
centraal coördinator SNH

NOODWET GENEESKUNDIGEN

Hierbij deel ik u mede mijn medewerking te weigeren met betrekking tot het invullen van het enquêteformulier in het kader van de Noodwet Geneeskundigen.

Een gewapend nucleair conflict zal catastrofale gevolgen hebben; nadien nog medische hulp te kunnen bieden is een illusie. Registratie van geneeskundigen suggereert dat de gevolgen van een dergelijk conflict te minimaliseren c.q. acceptabel te maken zijn. Aan het creëren van dit vals gevoel van veiligheid wil en kan ik in geweten niet meewerken.
Bij een enquête aangaande andere calamiteiten zal ik zeker mijn medewerking verlenen.

Amsterdam, februari 1984

S. P. J. J. Bijvoet

SCHRIJFACTIE AMNESTY

Verdwijningen van artsen en studenten

Na de coup van 1973 in Chili heeft Amnesty International kennisgenomen van 600 goed gedocumenteerde gevallen van verdwijningen na arrestatie door al dan niet geuniformeerde politie, militairen of veiligheidstroepen. Deze verdwijningen hebben plaatsgevonden tussen 1973 en 1977. De Chileense autoriteiten zijn in gebreke gebleven wat het verschaffen van opheldering over deze 'verdwijningen' betreft. De Verenigde Naties hebben dit in gebreke blijven diverse malen veroordeeld (rapporten 1979 en 1983; resoluties 37/183 en 1983/38). Onder de honderden verdwenen personen bevonden zich negen artsen en vijf geneeskundestudenten. Het betreft:

Dr. Jorge Klein Pipper, psychiater, werkzaam als adviseur van het secretariaat van de volkspartij;
Dr. Enrique Paris Roa, psychiater en lector filosofie aan de Universiteit van Chili;
Dr. Eduardo Gonzalez Galeno, ziekenhuisdirecteur, gearresteerd samen met zijn zwangere vrouw;
Dr. Arturo Hillerns Larranaga, chirurg, gearresteerd door geuniformeerde politie en hierna spoorloos;
Dr. Bautista van Schowen Vasey, chirurg; zijn detentie werd aanvankelijk toegegeven, later ontkend;
Dr. Carlos Lorca Tobar, psychiater, op straat gearresteerd samen met een maatschappelijk werkster met getuigen nabij;
Dr. Carlos Godoy Laggarigue, hoofd van de afdeling plattelandsgeneeskunde van het ministerie van Volksgezondheid;
Dr. Iván Sergio Insunza Bascunan, chirurg, werkzaam in de Ambtenaren Gezondheidsdienst; en
Dr. Gabriel Castillo Cerna, neuroloog en hoogleraar aan de Katholieke Universiteit van Santiago.

Uitvoeriger informatie zowel over hen als over de vijf geneeskundestudenten is opvraagbaar. De geneeskundestudenten zijn:

Pablo Aranda Schmied;
Hernán Sarmiento Sabater;
Jorge Ortiz Moraga;
Renato Alejandro Sepulveda Guajardo; en
Gilberto Patricio Urbina Chamorro.

Bij verschillende gelegenheden werd het Colegio Médico de Chile, de zusterorganisatie van de KNMG, recentelijk door de autoriteiten gedwarsboomd in haar pogingen deze problematiek en het betrokken zijn van medici bij folteringen te onderzoeken.
U wordt verzocht in een in het Engels gesteld schrijven uw bezorgdheid uit te spreken over deze verdwijningen en over het falen van de autoriteiten in het verschaffen van opheldering en u kunt vragen om nader onderzoek en onderstrepen het recht van de familie op informatie. Een voorbeeldbrief en nadere informatie (in de Engelse taal) is desgewenst bij mij verkrijgbaar.

Gaarne ontvang ik ook een kopie van uw schrijven: CJF Kemperman, arts, medische beroepsgroep AI, p/a Amnesty International, 3e Hugo de Grootstraat 7, Amsterdam.

Amsterdam, februari 1984

C. J. F. Kemperman.

Adressen:
Sr Sergio Onofre Jarpa
Ministro del Interior
Palacio de la Moneda
Santiago, Chili

Dr. Winston Chinchón
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Monjitas 689
Santiago, Chili

Sr Jaime del Valle
Ministro de la Justicia
Ministerio de la Justicia
Augustinas 1401-1419
Santiago, Chili

Kopie naar de onafhankelijke krant:

Revista Análisis
Manuel Montt 425
Santiago, Chili

Portokosten: f 1,25

DiVeRsEn

Medische besluitvorming – De Stichting voor Sociale Gezondheidszorg, Leidseweg 83, Utrecht, zal op 2 april in het stichtingsgebouw een studiedag houden over 'Medische besluitvorming en evaluatie'. De problematiek wordt vanuit de economie benaderd. Kosten *f* 100,— inclusief lunch. Inlichtingen: secretariaat van de Stichting, Mw. A. W. van Gameren, tel. 030-941541.
Toxicologie – De KNMP, in samenwerking met de Sectie Farmacochemie van de KNCV, organiseert op 3 april een wetenschappelijke voorjaarsdag, thema: 'Toxicologie in opmars' in het Jaarbeursgebouw te Utrecht, aanvang 10.15 uur. Informatie: KNMP, Den Haag, Dr. C. J. de Blaey, tel. 070-655922.
Zwakzinnigenzorg – De sectie medici van het Nederlands Genootschap ter bestudering van de zwakzinnigheid en de zwakzinnigenzorg (NGBZ) houdt op 6 april haar voorjaarsvergadering in de Sterrenberg te Huis ter Heide. Inschrijfformulieren en inlichtingen: NGBZ-secretariaat, Postbus 415, 3500 AK Utrecht, tel. 030-321131.
Psychiatrie – De 13e algemene ledenbijeenkomst van de Vereniging van Polikliniekmedewerkers van Psychiatrische Instellingen (VPPI) vindt dit jaar op vrijdag 6 april plaats in het Psychiatrisch Ziekenhuis Rosenburg te Den Haag, aanvang 10.30 uur. Thema: 'RIGG, een goede zaak, voor wie?'. Inlichtingen en aanmelding: VPPI-secretariaat, Alexander Gogelweg 30, 2517 JJ Den Haag.
Fysiotherapie – Het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie organiseert op 6 en 7 april een congres over het thema 'Voetenwerk' in het Nederlands Congresgebouw te Den Haag. Informatie: Centraal Bureau NGvF, Postbus 248, 3600 EA Amersfoort, tel. 033-622400, toestel 27.
Huisartsenbijscholing – Het Kempler Instituut Nederland organiseert op 7 april, 12 mei, 16 juni en 1 september van 10.00 tot 18.00 uur een bijscholingscursus in het verlenen van kortdurende hulp door huisartsen aan patiënten, die met individuele klachten komen, maar waarvan de klachten te maken hebben met de wijze waarop het gezin van de patiënt functioneert. Inlichtingen: Roel en Sonja Bouwkamp. Marktstraat 5, 5371 AC Ravenstein, tel. 08867-2321 of bij Sjef de Vries, tel. 08874-1917.
Verloskunde – De Nederlandse Huisartsen Genootschap-werkgroep 'Verloskundige Hulpverlening door de Huisarts' organiseert op 7 april in Motel Bunnik het vierde verloskundige symposium 'Samenwerken beter, beter samenwerken'. Kosten: *f* 75,— voor NHG-leden, arts-assistenten, en leerlingverloskundigen; niet-leden *f* 100,—. Nadere informatie: NHG-bureau, Wil Nijderwijk, tel. 030-516741.
Eerstelijnshulpverlening – Op vrijdag 13 april a.s. zal in Utrecht een workshop over hometeams worden gehouden. Kosten *f* 150,— inclusief werkboek, lunch en koffie. Inlichtingen: ISPA, KU Nijmegen, Postbus 9103, 6500 HD Nijmegen, tel. 080-512146.
Voeding – De Nederlandse Antilliaanse Stichting voor Klinisch Hoger Onderwijs organiseert van 5 t/m 10 mei een Internationaal Voedingscongres in Willemstad op Curaçao. Inlichtingen: Prof. Dr. J. Fernandes, afd. Kindergeneeskunde, AZ Groningen, Oostersingel 59.
Onderzoek – De Werkgroep Epidemiologisch Onderzoek Nederland (WEON) houdt op 10 en 11 mei in Rotterdam weer een studiebijeenkomst, waarop voordrachten over eigen onderzoek zullen worden gehouden. Informatie: WEON, Erasmus Universiteit, J. W. W. Coebergh, tel. 010-634452 en A. Hofman, tel. 010-634464.

Voorzitter Nationale Raad voor de Volksgezondheid:

Kostenstijging gezondheidszorg lijkt niet te stoppen

De voorzitter van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de heer J. P. M. Hendriks, betwijfelt zeer of het mogelijk is financiële grenzen vast te stellen voor de gezondheidszorg. Het plan van de regering om de stijging van de kosten van de gezondheidszorg in 1986 terug te brengen tot nul lijkt hem eveneens – voor 1986 en vele jaren daarna – onhaalbaar.

De heer Hendriks meent overigens dat zonder meer moet worden doorgegaan met bezuinigen daar waar er nog wat rek in zit. Maar hij constateerde ook dat gezondheidszorg bij de bevolking prioriteit nummer één lijkt te zijn. 'De kosten moeten worden beheerst, maar die beheerste kosten zullen tenslotte toch moeten worden opgebracht'. Hendriks zou het maatschappelijk onaanvaardbaar vinden als nieuwe, dure en levensreddende behandelingen en technieken alleen beschikbaar zouden komen voor mensen die ze zelf kunnen betalen, een soort 'elitaire gezondheidszorg' dus.
De heer Hendriks zei voorts dat planning op wat langere termijn bijzonder moeilijk is. Zo zijn er voor verschillende aandoeningen nieuwe behandelingsmethoden en -technieken in ontwikkeling die voor de patiënten minder belastend zijn dan de huidige en die ook tot minder opnamen in ziekenhuizen en verpleeghuizen kunnen leiden.
In dit verband noemde hij eenvoudiger en goedkopere apparatuur voor thuisdialyse door nierpatiënten, een voedingsmethode die een ommekeer kan betekenen voor patiënten die lijden aan de ziekte van Crohn, nieuwe en minder belastende chemotherapeutische behandelingen van bepaalde soorten kanker die de patiënten zelf of in ieder geval thuis kunnen toepassen, een nieuwe methode voor het toedienen van insuline aan suikerzieken en de ontwikkeling van preparaten waarmee het probleem van de dementie kan worden verlicht of misschien zelfs uitgebannen.
Dergelijke ontwikkelingen kunnen de gemiddelde levensduur verlengen. Dat werkt aan de andere kant weer kostenverhogend, omdat oudere mensen nu eenmaal veel meer gezondheidszorg 'consumeren' dan jongere. Maar de heer Hendriks denkt dat er een tijd komt, waarin de mensen ook tot op hoge leeftijd minder te kampen zullen hebben met belastende ziekten en dat die ziekten zich dan vooral zullen voordoen in de allerlaatste levensfase.
Ook stelde hij vast dat er in de opzet van gezondheidszorg – ondanks allerlei nieuwe ontwikkelingen – de laatste tientallen jaren nauwelijks iets is veranderd en dat het hier en daar misschien zelfs wel nodig is om 'de weg terug' in te slaan. Als voorbeeld noemde hij het enorme aantal verpleeghuizen in Nederland. 'Ze doen veel goeds, maar ze veroorzaken ook enorm veel leed.' Volgens hem zou alleen al het (weer) toestaan – en financieren – van goed uitgeruste ziekenboegen in bejaardenhuizen veel van dit leed kunnen voorkomen.

Kennemerland moet 741 bedden inleveren

De ziekenhuizen in de regio Kennemerland moeten voor 1989 741 ziekenhuisbedden afstoten. Er blijven na de inkrimpingsoperatie 1774 bedden in de regio over. De reductie gebeurt door het opheffen van ziekenhuisafdelingen. Dat heeft staatssecretaris Van der Reijden (Volksgezondheid) de provincie Noord-Holland laten weten.
De ziekenhuizen die afdelingen moeten sluiten zijn: het St. Josefziekenhuis en het Diaconessenhuis in Heemskerk, het Rode Kruisziekenhuis in Beverwijk, het Zeewegziekenhuis in Velsen, het St. Johannes de Deo-ziekenhuis, de Mariastichting en het Elisabethgasthuis in Haarlem. Bij het Marinehospitaal in Overveen worden de daar aanwezige 'burgerbedden' opgeheven. Over de uiteindelijke positie van het marinehospitaal zal de staatssecretaris nog overleggen met het ministerie van Defensie.
De provincie Noord-Holland moet de staatssecretaris binnen vier maanden laten weten wat ze van de plannen vindt. Daarvoor moet de provincie de ziekenhuizen raadplegen. De reductieplannen komen volgens het ministerie in grote mate overeen met de adviezen die het provinciaal bestuur in mei vorig jaar had uitgebracht.

Tandartsbezoek toegenomen

Het aantal mensen dat de tandarts bezoekt, is tegenwoordig groter dan tien jaar geleden. Volgens een CBS-enquête onder personen van 18 jaar en ouder in 1974 ging toen 39% van de ziekenfondsverzekerden naar de tandarts, nu is dat ongeveer 51%. Bij particulier verzekerden nam het tandartsbezoek toe van 57% naar 64%. Het recente onderzoek van het CBS toont ook aan, dat onder ziekenfondsverzekerden het percentage van personen met een volledig kunstgebit hoger is dan bij particulier verzekerden. Bij de personen van 18 jaar en ouder die nog wel een eigen gebit hebben, gaat per jaar 82% naar de tandarts voor zover het de particulier verzekerden betreft. Bij ziekenfondsverzekerden is dat 75%. Vooral onder de wat oudere mensen zijn er aanzienlijke verschillen tussen beide groepen. Bij de kinderen beginnen particulier verzekerden meestal op wat jeugdiger leeftijd met tandartsbezoek dan ziekenfondsverzekerden, maar voor het overige zijn er bij de kinderen weinig verschillen tussen beide categorieën. Van de kinderen op de lagere school gaat per jaar bijna 95% naar de tandarts. Van de daarop volgende leeftijdsgroep is dat ongeveer 92%.

Geneesmiddelen – Er komt vooralsnog geen prijzenbeschikking voor geneesmiddelen. Dit blijkt uit een brief van staatssecretaris Van Zeil van Economische Zaken aan de Tweede Kamer. Deze beslissing is genomen tegen de achtergrond van een uitspraak van het Europese Hof van Justitie.

OLMA-fractiewaarde

De Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen sluit verzekeringen in de vorm van fractieverzekeringen én in de vorm van guldensverzekeringen. Voor deze fractieverzekeringen wordt eens per kwartaal – berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo laatstverstreken kalenderkwartaal – een fractiewaarde berekend. Voor het 1e kwartaal 1984 bedraagt deze fractiewaarde *f* 1,815.

Kostenverschillen per ziekenfondsverzekerde

De bedragen die de ziekenfondsen per verzekerde uitgeven liepen ook in 1982 sterk uiteen, zo blijkt uit een overzicht van de Ziekenfondsraad. De Amsterdamse fondsen waren het duurst en het Ziekenfonds Westelijke Zuidhollandse Eilanden in Brielle het goedkoopst.

In Amsterdam betaalden de ziekenfondsen per verzekerde 2.100 gulden, in Brielle 1.135 gulden. Andere grote steden kwamen goedkoper uit de bus dan Amsterdam: Utrecht en Den Haag ongeveer 1.700 en Rotterdam 1.590 gulden per verzekerde.

Van de provincies was Noord-Holland het duurst en Drenthe het goedkoopst. Het landelijk gemiddelde per verzekerde kwam uit op 1.466,50, ruim 122 gulden meer dan in 1981.
Ook per verstrekking zijn de verschillen groot. Zo betaalden de Amsterdamse fondsen per verzekerde 1.120 gulden aan ziekenhuisverpleging bij een landelijk gemiddelde van 687 gulden; in Brielle bleven de uitgaven voor ziekenhuisverpleging zelfs beneden de 500 gulden. De kosten voor geneesmiddelen varieerden van 134,33 (Ziekenzorg, Utrecht) tot 234,40 gulden (Amsterdam) per verzekerde.



Prof. Dr. A. J. Dunning

'Medische besliskunde'

Het medisch handelen als proces

Clinici menen vaak dat het klinisch proces nauwelijks voor analyse toegankelijk is. Prof. Dr. A. J. Dunning van de afdeling Cardiologie in het Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam, deed toch een poging tijdens het symposium 'Medische besliskunde' van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO), 10 februari jl. Berekening, ook van kansen, kan, vindt hij mét Blois, het medisch oordeel aanvullen, ondersteunen en funderen – maar niet vervangen.

Toen Adam in het paradijs de dieren namen gaf, stichtte hij vanaf de eerste dag orde in de verwarrende hoeveelheid van de schepping. Het boek Genesis vermeldt erbij dat elk levend wezen zou heten zoals het door de mens was genoemd. Die naam was geen definitie, maar een etiket of afspraak waardoor Adam en Eva met elkaar konden communiceren. Dat later de Toren van Babel voor spraakverwarring zorgde, kwam na de beslissing om van de boom van goed en kwaad te eten en vormt een ander hoofdstuk.

De schepping van de moderne geneeskunde begon met naamgeving, van Morgagni over Laennec naar Virchow, de naamgeving van ziekteproces, ziekteverschijnsel en ziekteoorzaak. Hun eigennamen dolen nog in ons vocabularium, zo goed als sommige van hun denkbeelden. Zo is ook de geneeskunde in naamgeving afspraak, beschrijving eerder dan definitie, beeldspraak eerder dan verklaring. Wat wij 'koliek', 'gastritis' of 'schizofrenie' noemen, ruikt elders even zoet onder een andere naam.

Dit is geen droog scholastiek probleem: het proces van ons medisch handelen wordt er diepgaand door beïnvloed. De fundamentele scheidslijn of het wazige niemandsland tussen gezond en ziek, normaal of afwijkend, heeft eerder met afspraak of mening dan met definitie te maken, terwijl Wulff zelfs schrijft dat ons diagnostisch etiket niet meer betekent dan een kwestie van opinie[1], al is het dan ook communis opinio. Zelfs als er ziektes zouden bestaan die kunnen worden gediagnostiseerd, vindt Murphy dat het nodig blijkt na te gaan hoe tot die diagnose wordt gekomen[2].

De clinicus gebruikt voor dat diagnostisch proces drie methoden, te weten waarnemen, vastleggen en analyseren. Het zoeken naar een diagnose is de eerste, essentiële stap in de beslissingsstrategie van het medisch handelen en als die top is veroverd, komt er uitzicht naar alle kanten.

Feinstein postuleert[3], dat de diagnose het kernpunt van ons denken is bij de behandeling van een patiënt. De klacht of kwaal wordt benoemd en vandaar wordt in de tijd teruggekeken naar oorzaak en pathogenese en vooruitgezien naar behandeling en prognose.

Onze ervaring met, en kennis van ziekte is geborgen in pakketten met een diagnose als opschrift en de wijze van verpakken heeft betekenis voor ons denken, waarnemen en communiceren, waar de taal het voertuig van dat denken is. Wie de diagnostische etiketten bekijkt ontwaart oud handschrift, want veel van onze diagnostiek wordt beheerst door de pathologie van de vorige eeuw. Hartinfarct, levercirrhose, multipele sclerose of pneumonie worden niet waargenomen of als schaduwbeeld op perfusiescintigram, in het microscopische biopt, uit een combinatie van neurologische afwijkingen of op een thoraxfoto, maar de morfologie wordt ons pas getoond bij een obductie.

Die taxonomie van ziekte is een systeem van steeds verfijndere diagnostiek, en stoelt op één zelfde wortel als de botanische classificatie van Linnaeus. Een dergelijke classificatie moet natuurlijk allesomvattend en onderscheidend zijn en daarnaast nog hanteerbaar en redelijk eenvoudig, maar de flora van ons geneeskundig determineren voldoet zelden aan al die eisen tegelijk.

Diagnostiek heeft betrekking op patiënten en niet op planten. Het diagnostisch proces is niet een kansrekening volgens het theorama van Bayes, maar een sequentieel proces waarin de gegevens niet onafhankelijk van elkaar worden verkregen, ongelijkmatig zijn verspreid en meestal groepsgewijs worden verzameld. Het klinisch beslissingsproces wordt bovendien nog gemarkeerd door haast, de wensen van de patiënt, de kosten en de overvloed aan beschikbare informatie. Het diagnostisch proces laat zich dan ook maar ten dele omschrijven en structureren door besliskundige modellen, al dwingen deze tot verheldering en mogelijke kwantificatie van de genomen beslissingen.

Benjamin Franklin van de bliksemafleider deed veel proeven met elektriciteit, waaronder het slachten van kippen, waardoor hij menige schok opliep; hij schreef dan ook dat elektriciteit maar één nut had: het nederig maken van een ijdel mens. Clinici menen vaak dat het klinisch denken een proces is dat uniek is, moeizaam door ervaring en naar voorbeeld wordt verkregen en nauwelijks voor analyse toegankelijk is – een soort logica van de witte magie, die geneeskunde en geneeskunst onder één schedeldak samenbrengt. Als het gebruik van de computer in de medische besliskunde enig nut heeft, ligt dat in het nederig maken van een ijdel mens, aan wie letterlijk rekenschap wordt gevraagd. Osler kwam er in zijn aforismen het dichtst bij[4], toen hij geneeskunde omschreef als 'a science of uncertainty and an art of probability'.

Diagnostische strategie

Alle diagnostische strategie begint bij de waarneming aan de patiënt, zijn klachten, symptomen en afwijkingen. Dat totaal van waarnemingen, zintuigelijk en waar nodig aangevuld met laboratoriumonderzoek, volgt impliciet een patroon en een strategie.

Het eerste patroon is dat van de kansberekening. Een patiënt die zijn huisdokter bezoekt wegens bloed in de urine zal als oudere Nederlander worden verdacht van blaaskanker, als jonge Marokkaan van schistosomiasis van de blaas, beide alledaagse ziekten met ongelijke kanshebbers. In onze eerste strategische stappen speelt die kansberekening een belangrijke maar geen overheersende rol. De huisarts die een patiënt bezoekt die in volle gezondheid acuut ziek wordt met koorts, malaise, angina tonsillaris, opge- ▶

zette halsklieren, een lymfocytose en een positieve reactie van Paul-Bunnell, zal de diagnose klierkoorts stellen omdat hij een patroon herkent zoals dat in leerboeken staat beschreven. Een derde patiënt met spierzwakte en overmatig diureticagebruik blijkt een laag plasmakalium te hebben en hier wordt een causale diagnose gesteld. De eerste benadering berust op voorwaardelijke waarschijnlijkheid, de tweede op groepering van gegevens, de laatste op analyse van een causaal proces – medisch een betrekkelijke zeldzaamheid. Bovendien worden deze benaderingen zelden geïsoleerd toegepast, maar in wisselende mate gecombineerd.

Zowel de mathematische aspecten van de kansberekening als het detectivewerk van patroonherkenning of oorzakelijkheid doen ieder op zich geen recht aan de ingewikkeldheid van het diagnostisch proces. In het gebruik van diagnostische middelen is er altijd de keus tussen specifiek onderzoek, dat wil zeggen de jacht naar het echt-positieve, zoals bij patroonherkenning en causale diagnostiek (in de voorbeelden de bepaling van de Paul-Bunnell-test en het plasmakalium) en het sensitieve onderzoek naar het echt-negatieve.

Waar in onze gezondheidszorg de drempel tot de eerste lijn laag is en vele klachten van onbehagen, onvrede of overbelasting worden gepresenteerd in lichamelijke verbeelding, zal de uitsluitingsdiagnostiek met een sensitieve methode die betrouwbare negatieve resultaten oplevert vaak de voorkeur genieten. Dat leidt tot een defensieve geneeskunde, die moet uitsluiten wat a priori al niet waarschijnlijk was om de onzekerheid van arts en patiënt weg te nemen door objectieve gegevens. Wulff omschrijft deze strategie ook als de minimax-strategie[1], ontleend aan de speltheorie. De bedoeling is maximaal verlies, bijvoorbeeld van gezondheid of leven, te vermijden met een benadering die het kleinste kwaad biedt. Zo zal bij een forse roker die klaagt over een hardnekkige prikkelhoest een thoraxfoto worden gemaakt om een eventueel operabel longcarcinoom uit te sluiten: een redelijk sensitieve test; de thoraxfoto met weinig lasten of kosten, heeft hier een hoog diagnostisch rendement.

De sensitiviteit zal waar mogelijk, in zogeheten objectief laboratoriumonderzoek, worden gezocht. Geen arts vertrouwt in 1984 zijn handen, ogen of oren vóórdat een laboratoriumonderzoek zijn onzekere diagnostiek aan het ziekbed heeft bevestigd. Steeds minder patiënten kleden zich uit voor hun dokter; men geeft zich slechts bloot in röntgenkamer of laboratorium, waar afwezigheid van ziekte moet worden vastgesteld in maat, getal of beeld. Een uiterste vorm van dat minimax-principe zijn sommige bevolkingsonderzoeken die de speld in de hooiberg proberen te vinden, aangenomen dat hij daar is. Het is ook een poging om het lijden dat de patiënt vreest uit te sluiten met matig sensitieve diagnostiek, in plaats van geruststelling te geven waar dat in redelijkheid kan worden verwacht.

Wie naar pure waarschijnlijkheid handelt – het zwaktebod van de medische besliskunde – gaat van groepsgemiddelden uit, negeert de individuele patiënt en weegt gebrekkig de gevolgen van dit handelen. Wie de minimax-strategie volgt, doet veel en onnodig onderzoek en creëert onziekte of 'non-disease', waarbij het systolische geruis naast het borstbeen, de T-topafwijkingen op het ECG, de verhoogde bezinking, de eenmalige bloeddrukverhoging of het verhoogd plasmacholesterol tot ziekte wordt verzelfstandigd, om maar bij mijn eigen vak te blijven.

Fundamentele onzekerheid in het diagnostisch handelen heeft te maken met de overvloed aan diagnostische middelen die een médicine à la mitrailleuse mogelijk maken, maar ook met de patiënt die het lijden vreest en evenzo een minimax-strategie kiest. Hij nadert de forten van de gespecialiseerde geneeskunde nadat hij met weinig moeite de versperringen van de eerste lijn is gepasseerd met een klacht die maximale onrust aan minimale pathologie paart. Om zijn angst en de onzekerheid van de diagnost uit te bannen wordt alle hulp van sensitieve onderzoeken ingeroepen om aan te tonen dat al die vrees ongegrond was. Het feit dat dit als regel tot kortdurende tevredenheid van beide partijen en van de producent van al deze verrichtingen leidt, is een zaak waar vooreerst budget noch dienstverband een einde aan zullen maken.

Wat ons gebrekkige, dat wil zeggen weinig specifieke, diagnosten maakt is ziektevrees in een samenleving die niet alleen kwaal en gebrek genezen of gebannen wil zien maar ook gezondheid, het hoogste goed, blijvend gegarandeerd wil zien. Dat is een opgave die geen geneeskundige zorg kan waarmaken, al roept ze zelf bij wijlen die illusie op.

Therapeutische strategie

Waar de diagnostiek ophoudt, begint de behandeling of wordt besloten deze na te laten. Dat nalaten is een eenvoudig besluit bij simpele, ongevaarlijke aandoeningen die vanzelf genezen, ook al krijgt geen acute, koortsige ziekte een kans op natuurlijk beloop door farmacotherapeutische interventie van aspirine of antibioticum. Ditzelfde nalaten van behandeling is een moeilijke beslissing bij onzekerheid inzake lot en lijden en de verlichting ervan. Veel behandeling aan het eindpunt van ziekte en gebrek heeft matig effect en aanzienlijke schade en de roep om kwaliteit van leven gaat boven die van *levensverlenging tot elke prijs*.

Vele beslissingen tot behandeling, zowel bij onschuldige als bij ernstige ziekte, van milde hypertensie tot maligne melanoom, zijn vrijwel indifferent, dat wil zeggen men kan het doen of laten. Dat laat de keus dan veelal over aan de persoonlijke voorkeur van arts of patiënt, de beschikbaarheid van middelen of het toeval. Het moment waarop wordt besloten een waarschijnlijk aanwezige aandoening wel of niet te behandelen dan wel eerst verder onderzoek te doen, vormt een belangrijke drempel in het klinisch beslissingsproces.

Pauker heeft die alledaagse drempel nauwkeurig afgemeten met de besliskundige maatlat[6]. Wanneer een patiënt een bepaalde ziekte heeft waarvoor één welomschreven, effectieve behandeling bestaat, moet op enig moment tot behandelen of afwachten worden besloten dan wel verder onderzoek worden gedaan. Behandeling schaadt wanneer de ziekte niet aanwezig blijkt, maar kan tegen de baat worden afgewogen wanneer de diagnostische kansrekening juist was. De kans kan tenslotte waarschijnlijker worden gemaakt door aanvullend diagnostisch onderzoek, al geeft dat risico's en fout-positieve of fout-negatieve uitslagen. De nauwkeurigheid van aanvullend onderzoek en de waarschijnlijkheid van ziekte beïnvloeden het besluiten tot nader onderzoek.

Een voorbeeld is de patiënt met een bloedend maagulcus dat ook een carcinoom kan zijn. De vraag is dan, of afwachten van herstel, medicamenteuze behandeling, gastroscopie of proeflaparotomie de beste strategie vormt. Omdat gegevens uit diverse bronnen beschikbaar zijn, kan een aantal beslissingsbomen worden geconstrueerd dat tenminste het bos weer doet zien en de drempelbenadering sluit het eigen oordeel niet uit. Daar waar nieuwe diagnostische methoden in het geding zijn of de therapeutische winst beperkt lijkt, is het formeel wegen van kansen een verheldering van inzicht. Deze benadering is te verkiezen boven een protocollaire geneeskunde die vaak niet meer is ▶

dan de samengestelde verlanglijst van alle diagnosten en behandelaars.
Niettemin hebben kansberekeningsstrategieën in de behandeling de beperking dat ze uitgaan van één ziekte met één, effectieve behandeling. De verwarrende, multipele pathologie van de bejaarde patiënt en het grillige beloop door interactie van diagnostiek, behandeling en natuurlijk beloop, laten zich moeilijk tot rechte stammen buigen waaruit besliskundig hout kan worden gesneden. Anderzijds kan besliskundige analyse van een betwiste behandeling duidelijk maken dat verschillende therapeutische strategieën geen verschil maken en dat verhitte debatten niet meer dan schijngevechten zijn. Als eenvoudigste voorbeeld moge het klinisch geneesmiddelonderzoek met blindheid, willekeurige verdeling en placebo-behandeling van een controlegroep gelden, waarbij zoveel behandeling om het even is gebleken. Dat een zelfde benadering in de heelkunde of bij toepassing van medische technologie nog zo weinig ingang heeft gevonden, pleit eerder voor de zekerheid van heelmeesters dan de kans op resultaat

Besliskunde: prijs en waarde

Ingewikkelde klinische problemen worden veelal intuïtief opgelost, afhankelijk van kennis, ervaring en persoonlijkheid van de clinicus. Besliskundige analyse probeert die kennis en ervaring in maat en getal weer te geven voor de strategie van onderzoek en behandeling en de clinicus weet zijn probleem verhelderd en blijkbaar geobjectiveerd. De beslissingsstructuur leidt tot een besluit, want maar één weg is beter, korter, veiliger of goedkoper dan de andere. Wie zou die weg niet kiezen?
Besliskunde leidt echter niet tot wetenschappelijke waarheid maar tot rationeel handelen wanneer er keuzen moeten worden gemaakt. Die keuzen zijn gebaseerd op kansen. Die kansen zijn afkomstig van groepsgemiddelden en schattingen die een betrekkelijke geldigheid hebben. De winst van de ene strategie boven de andere is daarbij betrekkelijk en niet in gebruikelijke statistische betekenis te vergelijken. De uitkomsten van schattingen en gemiddelden in patiëntenpopulaties van alle tijden en plaatsen hebben vaak geen werkelijke betrekking op de patiënt bij wie moet worden besloten en zelf wordt hij zelden in die keuze gehoord. De aantrekkelijke prijs van een behandelingsstrategie kan voor hem van geringe waarde zijn, omdat een individuele keus op iets anders dan de beste keus kan zijn gebaseerd.
Berekening, ook van kansen, kan het medisch oordeel aanvullen, ondersteunen of funderen maar niet vervangen[7]. Besliskunde helpt waar aan klinische situaties vorm en structuur kan worden gegeven die kansberekening toelaat, maar het rekentuig kan aan het ziekbed de clinicus niet vervangen, al lukt dat wel bij de schaker aan zijn bord. Besliskunde helpt ook het diagnostisch proces te ontdoen van magisch handelen op intuïtie en ontleedt ons denken tot een keten van besluiten, gebaseerd op verworven informatie[8]. In die spiegel kunnen wij ons dagelijks medisch handelen herkennen.
Die confrontatie is nuttig en nodig, want het geeft ons de kans onszelf te zien in een beroepsuitoefening die weinig tot introspectie geneigd is, omdat er altijd in haast gehandeld lijkt te moeten worden. De dichter Dryden verzuchtte: 'Who shall decide when doctors disagree?' De boom van de besliskunde kan dat niet voor ons doen, maar wie zijn takken beklimt krijgt wat meer kennis van goed en kwaad en bereikt zeker een beter uitzicht. ■

Literatuur

1. Wulff HR. Rational diagnosis and treatment. Oxford: Blackwell Scientific publications, 1976.
2. Murphy EA. The logic of medicine. Baltimore: John Hopkins University Press, 1976.
3. Feinstein AR. Clinical judgment. Baltimore: Williams and Wilkins, 1967.
4. Osler W. Aphorisms. New York: Henry Schuman Inc, 1950.
5. Meador C. The art and science of non-disease. N Engl J Med 1965; 292: 92-4.
6. Pauker SG, Kassirer JP. The treshold approach to clinical decision making. N Engl J Med 1980; 302: 1109-17.
7. Blois MS. Clinical judgement and computers. N Engl J Med 1980; 303: 192-6.
8. Taylor TR, Aitchison J, McGirr EM. Doctors as decision makers: A computer assisted study of diagnosis as a cognitive skill. Br Med J 1971; II, 35-40.

BOEKEN

Jan Moors en Hetty Wemekamp (red.), **Handen thuis: opstellen voor hulpverleners over geweld.** *Van Loghum Slaterus, Deventer 1983.*

Dit boek verscheen in de reeks 'Relatie en Seksualiteit' onder auspiciën van het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO). Het bevat 37 korte opstellen door 47 auteurs, welke werden geschreven ter voorbereiding op het congres in november 1983 van het Nederlands Huisartsen Genootschap over het onderwerp: 'Geweld, gezin en huisarts'.
De omstandigheid dat het hier een groot aantal korte opstellen betreft van auteurs die er slechts sporadisch blijk van geven van elkaars bijdragen op de hoogte te zijn, maakt de sterkte Mén de zwakte uit van dit boek. Wat mij aanvankelijk irriteerde aan de onderlinge onsamenhangendheid van de vele bijdragen bleek na ongeveer 60 bladzijden lezen juist uitermate te gaan boeien: het boek geeft een kleurrijk beeld van hoe verschillend deskundigen in Nederland van velerlei professie vanuit hun specifieke ervaring en maatschappelijke positie denken over geweld en mogelijke hulpverleningsstrategieën. Zo zijn er opstellen geschreven vanuit onder andere Blijf van m'n Lijf-huizen, het JAC, politie en Justitie, de kinderbescherming, vertrouwensartsen, ombudsvrouwen, huisartsen, de Verenigingen tegen sexuele kindermishandeling binnen het gezin; deze geven ieder vanuit de eigen visie heel verschillende (en soms onderling tegenstrijdige) informatie en tal van (ook soms tegenstrijdige) adviezen aan de huisarts.
De opstellen bewegen zich veelal op het praktische niveau van het zichtbaar maken van geweld in *intieme relaties* en de mogelijke manieren om dit geweld te verminderen. Daarbij is het verhelderend kennis te nemen van de opvattingen van personen die van heel andere uitgangspunten vertrekken dan men als huisarts gewend is.
De opstellen verschillen nogal van opzet: sommige bevatten meer meningen en beweringen, andere doen verslag van gegevens, werkwijzen of persoonlijke ervaringen, en een enkel opstel munt uit doordat het een theoretisch kader geeft dat bevorderlijk is voor een ordelijk en helder denken over een ingewikkelde problematiek. Bovendien bevat het boek een landelijke adreslijst van verwijs- en opvangmogelijkheden voor slachtoffers van vrouwen- en kindermishandeling.
In de lijst van aanbevolen literatuur ontbreekt H. C. Halberstadt-Freud, Het sadomasochisme: Proust en Freud, Arbeiderspers, Amsterdam 1977. Dit boek verschaft inzicht in relaties waarin kwellen en vernederen in morele of in fysieke zin bepalend zijn voor de manier van leven.

Samenvattend: een zeer lezenswaardig boek voor iedere huisarts die zich op de hoogte wil stellen van de denk- en werkwijzen van eerstelijnswerkers op het gebied van de hulpverlening aan slachtoffers van geweld in intieme relaties.

M. van der Burg-van Walsum

Medische besliskunde en de kwaliteit van het medisch handelen

Het symposium 'Medische besliskunde', van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO), gehouden op 10 februari 1984, waaraan ook elders in dit nummer aandacht wordt besteed (zie blz. 269 en 273), werd afgesloten door een Amerikaanse gastspreker. De patholoog-anatoom Dr. J. R. Beck toonde de aanwezigen op welke wijze de medicus bij zijn individueel patiëntenbeleid gebruik kan maken van een zogeheten 'personal computer'. Hoe belangrijk de deelnemers een dergelijke onderbouwing van de medische besluitvorming vonden, blijkt uit hun antwoorden op een aantal evaluatievragen.

In zijn voordracht ging Dr. Beck uit van de volgende patiënt: een 50-jarige buitenlander die 's avonds laat op de eerste hulp van een ziekenhuis werd gepresenteerd met ernstige buikklachten, die waren ontstaan enkele uren na de avondmaaltijd. Anamnestisch kwamen alleen hypertensie en een mogelijk doorgemaakt myocardinfarct naar voren. Verdere gegevens werden niet verstrekt. Als differentiaaldiagnose werd een mesenteriaaltrombose of een gastro-enteritis overwogen. Dr. Beck confronteerde de zaal met de volgende vraag: 'Is op basis van deze gegevens een acute operatie geïndiceerd of kan men afwachten en verder onderzoek doen?' Deze vraag vertaalde hij vervolgens in: 'Wat denkt u dat, op basis van deze gegevens, de kans is dat deze man gastro-enteritis heeft en wat is de kans dat deze man een mesenteriaaltrombose heeft?'
Met behulp van de computer liet Dr. Beck zien hoe zeker de arts moest zijn van de diagnose mesenteriaaltrombose alvorens een operatie zinvol te overwegen viel. Hierbij waren de volgende gegevens nodig: het operatierisico en het waardeoordeel van de patiënt zelf ten opzichte van de twee behandelingsmogelijkheden (wachten of opereren) en hun mogelijke uitkomsten; eveneens toonde Dr. Beck, door het operatierisico te laten variëren van 0% tot 100%, welke consequenties variatie in deze factor voor de beslissing wel of niet opereren had. Via deze zogenaamde sensitiviteitsanalyse toonde hij hoe de medicus zelf kan nagaan hoe en of de beslissing wordt beïnvloed als men de onzekere factoren die volgens hem een rol spelen in de te nemen beslissing (zoals voorafkans op ziekte, operatierisico, etc.) in grootte laat variëen.
Tevens toonde Dr. Beck dat de zogenaamde 'threshold value' voor een diagnostische test kan worden berekend; de 'threshold value' van de diagnostische test geeft aan bij welke voorafkansen op ziekte deze diagnostische test inzicht vergrotende informatie kan opleveren. Met andere woorden: bij een kans van 0% of van 100% op ziekte heeft het geen zin een diagnostische test te doen, daar het resultaat van de testuitslag de medicus geen nieuwe informatie oplevert; afhankelijk van de eigenschappen van die diagnostische test zal het gebied waarin het testresultaat inzicht toevoegt aan een reeds vooraf bestaand inzicht in de kans op aanwezigheid of afwezigheid van de ziekte, dichter of verder verwijderd van die 0% en/of 100% voorafkans op ziekte liggen.

Evaluatie

Dat de deelnemers aan dit symposium dergelijk onderbouwen van hun beslissingen belangrijk vonden, zou kunnen worden afgeleid uit de antwoorden op de evaluatievragen die tijdens deze dag werden gesteld.
Op 93% van de geretourneerde enquêteformulieren (275 in totaal, bij 700 inschrijvingen) werd bevestigend geantwoord op de vraag of men met behulp van beslisbomen en het kwantificeren van onzekerheden in de dagelijkse medische besluitvorming tot meer overwogen besluiten en adviezen zou komen. Tevens beaamden bijna alle geënquêteerden dat het werken met beslisbomen hun van pas zou komen bij het ontdekken van lacunes in hun eigen kennis en medisch handelen.
Opgemerkt werd wel, dat voor het werken met beslisbomen op dit moment voor zowel de huisartsgeneeskunde als de specialistische geneeskunde onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om de medische beslissingen kwantitatief te kunnen onderbouwen.
Voorts, dat het werken met beslisbomen aanleiding kan zijn tot een versimpeling van de werkelijkheid; bij het nemen van beslissingen in het medisch handelen spelen immers ook talrijke andere minder grijpbare factoren een rol (zie de inleiding van Prof. Van Es op bladzijde 273).

Kwaliteitsbewaking

Desondanks is er een duidelijke relatie aan te geven tussen de medische besliskunde en de kwaliteitsbewaking en -bevordering van het medisch handelen:

In de eerste plaats is er de werkwijze van de besliskunde. Immers, het definiëren van het probleem en het opzoeken van de juiste gegevens uit de literatuur die noodzakelijk zijn om de beslisboom te kunnen invullen zal, zij het op indirecte wijze, al kwaliteitsverhogend kunnen werken.

Ten tweede: het is bij de medische besliskunde noodzakelijk dat het medisch handelen expliciet wordt gemaakt; zodoende wordt dit handelen bespreekbaar en voor toetsing toegankelijk.
Ten derde is het door gebruik te maken van medisch-besliskundige technieken mogelijk een probleem in deelproblemen op te splitsen; dit zal op directe wijze een verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen kunnen geven en past daarom binnen het aandachtsgebied in brede zin van het CBO.
Daarmee samenhangend, ten vierde: de medische besliskunde kan steun verlenen bij het structureren van diagnostische en therapeutische strategieën bij een bepaald medisch probleem; op deze wijze kan meer afgewogen worden geprobeerd onnodige diagnostiek en therapie te vermijden; daarbij gaat het om het afwegen van kansen op het missen van de juiste diagnose of het niet instellen van de goede behandeling, tegenover de kansen dat onnodig onderzoek en behandeling optreedt met alle risico's en bezwaren van dien.
Ten vijfde kan bij een gestructureerde aanpak van een probleem duidelijk worden waar noodzakelijke gegevens ontbreken om een goede beslissing te kunnen nemen; dit kan aanleiding geven tot betere registratie van het medisch handelen en/of klinische research.
Ten zesde kan met behulp van deze technieken ook het waardeoordeel van de patiënt, ten opzichte van de mogelijke behandelwijzen en de daaraan gekoppelde te verwachten resultaten, in de beslissing worden betrokken.
Tot slot: met behulp van beslisbomen kan worden nagegaan hoe medisch verantwoord de reeds bestaande richtlijnen zijn; in dit opzicht is de medische besliskunde te vergelijken met methodieken van consensus en de Delphi-techniek om tot richtlijnen te komen.

Vooral het laatste verklaart het directe belang dat het CBO bij de medische besliskunde heeft. In deze zin kan de medische besliskunde zowel op lokaal niveau, binnen de medische staf, en op centraal niveau, binnen de wetenschappelijke verenigingen en dus ook binnen de Wetenschappelijke Raad van het CBO, waarin deze verenigingen zijn vertegenwoordigd, worden gebruikt om onderbouwde en dus kwalitatief *verantwoorde richtlijnen* op te stellen. ■

T. C. G. M. Vissers
Dr. A. F. Casparie

Prof. Dr. J. C. van Es



Verantwoord kiezen

Doelen in de gezondheidszorg

Het proces van het medisch handelen begint niet blanco; arts en patiënt nemen geen neutrale startpositie in. Factoren die niet in het beslissingsproces zelf zijn gelegen – reeds aanwezige normen, inzichten, gevoelens, maar ook de maatschappelijke context waarin betrokkenen leven en werken – oefenen daar wel een niet te onderschatten invloed op uit. Verantwoord kiezen houdt in, dat men zich dit bewust is, zoals men er zich ook van bewust dient te zijn dat genoemde factoren het uiteindelijke doel van de hulpverlening meebepalen. Aldus Prof. Dr. J. C. van Es in de openingsvoordracht van het symposium: 'Medische besliskunde', dat het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) op 10 februari jl. had georganiseerd. Hier de tekst van zijn voordracht.

Kiezen, het maken van een keuze, is altijd de meest beslissende activiteit in de geneeskunde geweest. Moet er wel of niet worden geopereerd? Moet er wel of niet worden behandeld? Wel of niet pluis? Er zijn echter verschillende redenen waarom het onvermijdelijk is zich thans bewust met het kiezen, het nemen van beslissingen, bezig te houden. Daarvoor bestaan reeds lang professionele, medische redenen; deze redenen worden sterk geactualiseerd en gestimuleerd door de thans aanwezige economische crisis, of, wat positiever gezegd: het besef dat er grenzen zijn aan de groei.

Het is nu goed ons te realiseren dat het proces van het medisch handelen niet blanco begint. Er is een groot aantal preexistente factoren dat het beslissingsproces beïnvloedt. Beslissen overeenkomstig de besliskunde is een proces van bewustwording van ons handelen, een afweging van motieven. Dan is het goed ons ook bewust te worden van de factoren die niet in het beslissingsproces zelf gelegen zijn, maar die er van buitenaf wel een grote, niet zelden doorslaggevende, invloed op uitoefenen. Over die factoren wil ik het nu verder hebben.

Verschil tussen specialist en huisarts

Binnen de geneeskunde heeft zich een immense groei van mogelijkheden op diagnostisch en therapeutisch gebied voorgedaan. Het blijkt voor een arts buitengewoon moeilijk te zijn op een rationele wijze tot een juiste keuze te komen, alleen al door de grote hoeveelheid tests en behandelingsmethoden die kan worden toegepast.

De keuzen die door artsen worden gemaakt hangen onder andere samen met de setting waarin zij werkzaam zijn.

Huisartsen, die in de eerste lijn van de gezondheidszorg werkzaam zijn, zijn er noodgedwongen op gericht een eventueel aanwezig ziekteproces zo snel en zo zeker mogelijk te ontdekken. Zij moeten immers in eerste instantie de vraag beantwoorden of een patiënt al of niet aan een ziekteproces lijdt; de huisarts is dus gebaat met methoden die met een zo groot mogelijke zekerheid op deze vraag antwoord geven. Daarbij komt dat de huisarts een relatief beperkt arsenaal van middelen ter beschikking staat, hetgeen zijn keuze limiteert. Toch bestaat binnen die gelimiteerde mogelijkheden een grote variatiebreedte in het gebruik ervan: afhankelijk van zijn eigen opvattingen en inzichten zal een huisarts bijvoorbeeld veel of weinig röntgenonderzoek laten verrichten.

Bij specialisten ligt dit anders: zij krijgen patiënten onder ogen bij wie de huisarts is gestrand. Internisten bijvoorbeeld zullen er daarom veel meer dan huisartsen op gespitst zijn ziekten uit te sluiten. Aan deze doelstelling wordt vaak toegeschreven dat specialisten meer volgens bepaalde routines te werk gaan en, voor een deel dat zij veel meer onderzoek verrichten dan huisartsen. Vanzelfsprekend wordt hun handelen mede bepaald door een groter arsenaal van onderzoek- en behandelmethoden en hun vertrouwdheid daarmee. Het is echter niet onwaarschijnlijk dat ook de organisatiestructuur waarin wordt gewerkt van invloed is op het professioneel handelen; gebleken is[1], dat in Amerikaanse groepspraktijken van internisten patiënten met hypertensie tweemaal zoveel laboratorium- en röntgenonderzoeken ondergaan dan vergelijkbare patiënten van internisten in een solo- of kleine groepspraktijk.

Uit het onderzoek van Gerritsma en Smal[2], waarin de werkwijze van huisarts en internist werd vergeleken, bleek dat er zeer grote individuele variaties in de door huisartsen en specialisten gemaakte keuzen bestaan, zowel in anamnestische vragen en in het onderzoek als in de hypothesevorming. Behalve deze onderzoekresultaten van Gerritsma en Smal is over het verschil tussen huisarts en specialist nog meer te zeggen. Beiden hebben een verschillend kennisarsenaal tot hun beschikking, dat hun diagnostisch proces voor een niet onbelangrijk deel bepaalt. Een voordeel van de huisarts is dat hij gewoonlijk veel voorkennis over een patiënt bezit: over vroeger doorgemaakte ziektes, ziektes op verschillende specialistische gebieden, over milieu, gezin van herkomst, werksituatie, reacties op klachten en op ziek-zijn en nog meer. Al deze kennis draagt – vaak slechts half bewust – bij tot het genereren van hypothesen. Ook bij het opstellen van een behandelingsplan houdt de huisarts vaak reeds bij voorbaat rekening met de beperking van de mogelijkheden die in de patiënt en diens omgeving zijn gelegen. Een specialist kan met deze factoren ook rekening houden, maar hij beschikt gewoonlijk over anders gerichte kennis, een diepergaande kennis van ziekteprocessen voor zover deze binnen zijn gezichtsveld vallen.

Er is dus geen sprake van uniforme beslissingen. Langs paradoxale weg wordt dat geïllustreerd door het feit dat een experimenteel diagnostisch computerprogramma in diagnostische kwaliteit ver achterblijft bij de klinische overwegingen van deskundigen[3]: alleen als het om ongecompliceerde gevallen gaat functioneert het programma 'Internist-I' wel goed. De onderliggende veronderstelling dat er een goed omschreven, monolithisch diagnostisch proces bestaat, is simplistisch en misleidend (Barnett).

Arts en patiënt

De diagnostiserende en behandelende arts bezit een grote mate van autonomie in het beslissingsproces; hij zal zich laten leiden door persoonlijke kennis, inzicht, ▶

ervaring en impliciet door zijn plaats in de gezondheidszorg, of, anders gezegd, door de verwachtingen die ten opzichte van hem door collegae en door patiënten worden gekoesterd. Naarmate die autonomie binnen samenwerkingsverbanden kleiner wordt lijkt het erop dat dit eerder tot een uitbreiding dan tot een beperking van het diagnostisch handelen aanleiding geeft.

Niet alleen de arts is autonoom geworden in zijn denken en handelen: hetzelfde geldt voor een groot aantal patiënten. De neiging zich onafhankelijk van deskundigen op te stellen, zelf beslissingen te willen nemen, de autoriteit van artsen slechts op een beperkt terrein te erkennen, heeft tot gevolg dat artsen hun beslissingen vaak slechts in een dialoog met de patiënt kunnen nemen. Dit is een gevolg van de toegenomen mondigheid. Waar patiënten ook de financiële gevolgen van medische beslissingen moeten dragen, gaan ook deze in hun overwegingen meetellen.
Niet iedere arts is gelukkig met de vrijheid die patiënten in dit opzicht hebben genomen. Sommigen zien in deze invloed van patiënten zelfs een bedreiging van medische waarden[4]. Hierover zou zeer veel te zeggen zijn. Ik wil me nu slechts beperken tot de constatering dat het zelfbeschikkingsrecht van patiënten steeds verder de grenzen van het medisch handelen gaat bepalen en dat artsen in hun beslissingen met het oordeel en besluit van hun patiënten rekening moeten houden.
Dit feit onthult tevens een belangrijk motief voor het ontwikkelen van een medische besliskunde: als een patiënt moet kunnen beslissen, dan moet hij ook zodanig op de hoogte worden gebracht van de inzichten en opvattingen van de behandelend arts dat hij in staat is een verantwoord besluit te nemen. Een arts kan dan niet meer het hele beslissingsproces impliciet laten, maar zal zijn overwegingen bij de verschillende stappen moeten kunnen verklaren. Langs deze weg komen de gevoelens en inzichten van de patiënt, diens normen en waarden, het besliskundige proces van de arts binnen. Als een arts zijn patiënt goed leert kennen, zal hij daarop ook kunnen anticiperen. Daarbij komt dat het handelen van een arts mede kan worden beïnvloed door de dreiging van eventuele 'aanklachten over 'malpractice', hetzij voor het tuchtcollege, hetzij voor de burgerlijke rechter; deze dreiging bevordert een defensieve geneeskunde.

Invloed samenleving

De normen en waarden van de patiënt staan echter niet op zichzelf. Deze normen en waarden komen voort uit, en worden ontleend aan de kring waartoe men behoort, aan de opvoeding, aan ervaringen, aan de talloze invloeden waaraan men bloot staat. Op een analoge manier brengt ook de arts zijn normen en waarden in: hij ontleent ze niet alleen aan zijn professie, maar ook aan eigen, persoonlijke opvattingen, die op hun beurt mede door subculturen, familie, vrienden en vele anderen zijn gevormd.
Het is goed zich te realiseren dat dit proces tot autonome opstellingen binnen de beroepsbeoefening kan leiden. Dit wil zeggen, dat verschillende artsen wanneer zij met gelijke problemen worden geconfronteerd tot zeer uiteenlopende beslissingen kunnen komen. We hebben te maken met autonome patiënten en autonome artsen, die met elkaar het beslissingsproces moeten ingaan. Geen wonder dat de noodzaak dit bewust te maken groeit.
Het is nog niet zo lang geleden dat het handelen van arts en van patiënt vrij duidelijk in een wederzijds verwachtingspatroon was vastgelegd. Toen kon een Parsons nog een vrij scherpe omschrijving geven van de complementaire sociale rollen die arts en patiënt vervullen[5]. Deze stelligheid werd al aangetast toen men niet alleen maar, als Parsons, van een harmoniemodel uitging, maar van een conflictmodel[6]. Rolgedrag is tot op zekere hoogte comfortabel: men kan het gedrag van de ander voorspellen. Maar het blijkt in de praktijk dat, mede door de snelle verandering van de onderlinge verhoudingen in de samenleving, het rolgedrag niet meer toereikend is om werkelijk hulp te bieden, waardoor het persoonlijke gedrag, het persoonlijk gekleurde antwoord op hulpvragen, een grotere diversiteit van beslissingen veroorzaakt[7]; men zie slechts de discussie over de actieve euthanasie[8]. Reden te meer om er bewust van te worden gemaakt welke feiten en overwegingen bepalend zijn voor de beslissingen in een hulpverleningsproces.

Arts: verschillende rollen

Het voorgaande wordt gecompliceerder wanneer wij daarbij betrekken dat een arts, al dan niet als adviseur van zijn patiënten, al dan niet paternalistisch, niet alleen de eenduidige rol van genezer van zijn patiënten vervult. Er is meer aan de hand.
Er zijn minstens twee andere taken, rollen zo men wil, die met de rol van genezer kunnen interfereren.
De geneeskunde is ook betrokken bij de sociale controle van onze samenleving; artsen bepalen onder andere bij hun patiënten het vermogen om te werken. Weliswaar bestaat in Nederland de vrij unieke situatie van scheiding van behandeling en controle, maar impliciet beïnvloedt de behandelend arts wel degelijk beslissingen over wel of niet werken. Dit is een simpel voorbeeld van sociale controle.
Veel vérdergaand is de rol die het medisch circuit speelt in het al dan niet definitief uitrangeren van mensen die in de samenleving uit de boot vallen, bij gratie van het bestaan van dat medische vangnet[9]. Opvattingen hierover zullen het beslissingsproces beïnvloeden. Daarnaast worden, door aldus het patiënt-zijn ook als sociaal deviant gedrag te beschouwen, andere vormen van deviant gedrag binnen het gezichtsveld van de arts gebracht[10]: geestelijke onvolwaardigheid, zelfmoord, verslaving, sexueel gedrag, agressie.
Men kan tussendoor verzuchten: hoe moeilijk is het om een clean beslissingsproces te formuleren . . . Dat wordt nog moeilijker als een arts ook betrokken is bij klinische research; dan zullen overwegingen ten behoeve van de research mede van invloed zijn op de beslissingen die worden genomen. Juist ter wille van het clean-zijn van de processen is het ontrafelen van overwegingen van verschillende aard juist van het grootste belang.

Waardeoordeel over ziekte

Uit het voorgaande moet duidelijk geworden zijn dat het een illusie is te denken dat een medisch beslisproces waardenvrij, blanco, begint. Het beslissingsproces staat echter ook niet los van het waardeoordeel dat ziekte en ziek-zijn in een cultuur ten beste valt en evenmin van de vraag wat in een cultuur onder ziekte wordt verstaan.
Om te beginnen is de betekenis die ziekte bezit in de loop van de geschiedenis geleidelijk aan verschoven: in een Middeleeuwse samenleving kon ziekte een straf betekenen, zowel individueel als collectief, maar in de Romantiek kon ziekte worden verheerlijkt: Susan Sontag beschrijft hoezeer een ziekte als tuberculose werd gezien als een gevolg van een te veel aan hartstocht, zodat het sterven daaraan heel 'mooi' kon zijn, kon worden geïdealiseerd[11]; Novalis ziet ziekte als in- ▶

teressanter dan gezondheid, want '. . . die behoort tot de individualisatie'. Met dergelijke beelden voor ogen zal de therapietrouw van toen niet altijd even groot zijn geweest; een fenomeen overigens dat in sommige voor- en naoorlogse sanatoria nog narommelde. Evenzo kon melancholie worden verheerlijkt als iets moois, iets superieurs. Nú is tuberculose een infectieziekte die wordt bestreden en melancholie een depressie die medicamenteus moet worden behandeld.
Het ergst zijn ziekten waaraan je dood kunt gaan. Immers, in een tijd waarin het voortbestaan na de dood wordt ontkend of waarin met betrekking tot de dood geen troost bestaat, is de dood een diepe vernedering, een nederlaag. Het is dan ook geen wonder dat een zeer groot deel van de huidige research is gericht op de twee grote 'killers': kanker en hartziekten; voor de bestrijding van deze twee ziekten wordt ook onder de bevolking het meeste geld opgehaald. Ziekten als dementie, verslaving, depressie en sterk invaliderende ziekten brengen tijdens het leven minstens zoveel leed teweeg. Deze toestanden noemen we nú ziekten, waar ze vroeger buiten het gezichtsveld van de geneeskunde vielen.
Deze waardeoordelen, die bij patiënt en arts leven, zijn van invloed op de aard van de hulpvraag evenals op de gerichtheid van de hulp die wordt geboden. Dan komen onder andere vragen op, of de levensduur het allesbepalende criterium voor het handelen is of dat de kwaliteit van leven in toenemende mate de doorslag zal geven. Het handelen van de arts, de beslissingen die worden genomen, zullen in sterke mate door deze grondgedachten worden bepaald.

Sociaal verzekeringsstelsel

Tenslotte wordt het hulpverleningsproces, waarbinnen voortdurend keuzes moeten worden gemaakt, in sterke mate bepaald door de regels van het verzekeringsstelsel. Niet voor niets wint de besliskunde aan populariteit, nu de economische omstandigheden dwingen tot een bezinning op het handelen.
Het lijdt geen twijfel dat de mogelijkheden in het handelen van artsen op financiële gronden zullen moeten worden beperkt. Het zal van het toekomstige verzekeringssysteem afhangen op welke wijze dit invloed heeft op beslissingen. Om enkele voorbeelden te noemen: bij een budgetfinanciering zal de arts globaal een zuinig beleid moeten voeren, omdat hij anders aan het eind van het jaar voor grôte financiële problemen kan komen te staan. Het is ook mogelijk dat bepaalde gelden worden ge'earmarked'. Dan zal een cardioloog bijvoorbeeld honderd pace-makers kunnen laten inbrengen, en niet meer. Hoe verdeelt hij deze? In de beslissingen die de arts moet nemen wordt dus ook de noodzaak voor andere patiënten ingevoerd. Deze overwegingen gelden eveneens bij andere vormen van schaarste, bijvoorbeeld bij orgaantransplantaties: 'One man's provision is another man's deprevation'.
Als echter het verzekeringsstelsel zou uitdraaien op een basispakket en bij te verzekeren additionele paketten, dan kan een situatie ontstaan waarin bij een patiënt zonder bijverzekering een ander beslissingsproces op gang wordt gezet dan bij een patiënt die deze verzekering wél heeft afgesloten. Daarmee wordt het onderscheid tussen verschillende klassen patiënten, dat definitief voorbij leek te zijn, opnieuw ingevoerd. De structuur van de gezondheidszorg zou hierdoor grondig veranderen. Dat kan ook op andere punten. Zo staat bijvoorbeeld in de VS ter discussie of de gezondheidszorg meer op regulatie of meer op competitie moet worden gebaseerd[12 13]. Bij ons stelde Hendriks dit onlangs aan de orde toen hij de suggestie deed dat ziekenhuizen ten opzichte van elkaar concurrerend zouden moeten zijn en winst zouden moeten kunnen maken[14]. Dergelijke basale structurele veranderingen zouden op het beslissingsproces een grote invloed kunnen krijgen.

Besluit

Het bovenstaande kaleidoscopische beeld overziend kan men tot de volgende conclusies komen:

In de eerste plaats is het duidelijk dat een arts en een patiënt die een hulpverleningsproces aanvangen waarin diagnostiek en therapie tot een reeks van beslissingen moeten voeren, geen neutrale startpositie innemen. Hun toekomstige beslissingen hangen af van reeds aanwezige waarden en normen, inzichten, gevoelens, maar ook van de maatschappelijke context waarin zij leven en werken.
In de tweede plaats bestaat er ook reeds van de aanvang af een door die zelfde factoren mede beïnvloed complex, dat het uiteindelijke doel van de hulpverlening bepaalt. Daarin spelen globale, algemene culturele factoren een rol, maar de doorslag zal worden gegeven door autonoom bepaalde doelen. Deze bieden een grote variatiebreedte, waarbij het behoud van leven en de kwaliteit van leven de belangrijkste polen vormen. Een gevolg hiervan is, dat het besliskundige proces niet alleen gebaseerd is op in maat en getal uit te drukken feiten.

Tenslotte nog het volgende: Men kan menen dat door deze veranderingen, vooral door de financiële restricties, de 'clinical freedom' is aangetast. Terecht echter stelt Hampton [15] dat de medische professie er vaak de voorkeur aan heeft gegeven '. . . to travel hopefully rather than to arrive, because arrival is often so disappointing'. Deze gewoonte voert tot wisselende remedies, met een geneigdheid aan het nieuwe de voorkeur te geven. Déze vrijheid wordt thans ingeperkt, en dat kan op zich ook positieve effecten hebben, namelijk bijdragen tot een bewust handelen. Dat betekent ook dat de tijd van dwepen met de technologie voorbijgaat. Het klinisch denken kan kwalitatief vooruitgaan als we de relatie tussen arts en technologie opnieuw creatief doordenken: 'Machines foster poor medical judgement through intellectual entropy'[16]. ■

Literatuur

1. Epstein AM, Begg CB et al. The effects of group size M test ordering for hypertensive patients. N Eng J Med 1983; 309: 464-8.

2. Gerritsma JJM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist. Dissertatie. Utrecht, 1982.

3. Miller RA, Pople HE et al. Internist-I, an experimental computerbased diagnostic consultant for general internal medicine. N Eng J Med 1982; 307: 468-76.

4. Clements CC, Sider RC. Medical ethics assault upon medical values. JAMA 1983, 250: 2011-5.

5. Parsons T. The social system. Glencol, 1974.

6. Merton R, Barber E. Sociological ambivalence. In: Tirya-Kiam (ed). Sociological therapy. Glencol, 19863.

7. Es JC van. Patiënt en huisarts. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.

8. Kenter EGH. Euthanasie in een huisartspraktijk. Medisch Contact 1983; 38, 1179-83.

9. Es JC van. Maatschappelijk bepaalde belasting van hulpzoekenden in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneeskd 1981; 125: 1641.

10. Illsley R. Professional of Public Health? London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1980.

11. Sontag S. Ziekte als spookbeeld. Utrecht, 1980.

12. Pollard MR. Compitition or regulation. JAMA 1980; 249: 1860-3.

13. Concil on medical service. Effects of compitition in medicine. Concil Report. JAMA 1983; 249: 1864-8.

14. NRC-Handelsblad 13 december 1983.

15. Hampton JR. The end of clinical freedom. Br Med J 1983; 287: 1237-8.

16. Crawshaw R. Technical real or therapeutic purpose - how to decide? JAMA 1983; 150: 1857-9.

H. J. Leliefeld, G. C. Molenkamp en M. Vos



Milieuverontreiniging en gezondheidsklachten

De giftige sfeer van twijfel

Milieuhygiënische problemen vragen om een benadering waarin psychologische reacties stelselmatig de aandacht krijgen. Te eenzijdig ligt de nadruk nu op somatisch-medische, chemische en juridische aspecten. Al wie beroepsmatig bij het beleid ter zake is betrokken zou faciliteiten moeten helpen creëren om deze nieuwe aanpak mogelijk te maken. Aan de hand van drie voorbeelden van milieu-incidenten in eigen land illustreren H. J. Leliefeld, Dr. G. C. Molenkamp en M. Vos de noodzaak van een integratie van medisch-toxicologische, milieuhygiënische, sociaal-psychologische én bestuurlijke deskundigheden. De auteurs zijn respectievelijk sociaal-geneeskundige, tak algemene gezondheidszorg, directeur Stichting voor Sociale Gezondheidszorg/opleider algemene gezondheidszorg; scheikundige, inspecteur van de volksgezondheid in dienst van de regionale inspectie van de hygiëne van het milieu in Zuid-Holland; en arts, inspecteur in algemene dienst verbonden aan de Hoofdinspectie Milieuhygiëne, speciaal belast met medische milieuzaken.

Met grote frequentie verschijnen in de pers berichten over gevallen van verontreiniging van bodem, water of lucht. De rekening van de verontreiniging van het milieu wordt in hoge mate gepresenteerd via het medisch kanaal.
De toename van het gebruik van 'natuurlijke' voedingsmiddelen en het ontstaan van actiegroepen, onder pakkende namen als Vereniging Nederland Gifvrij, geven aan dat brede lagen van de bevolking zich bewust zijn van de gevaren die schuilen in een sluipende vergiftiging van het milieu.
De vraag doet zich voor, of gezondheidsklachten geassocieerd met verontreiniging van bodem, water of lucht kenmerken vertonen van collectieve psychogene reacties.

Incidenten

Aan de hand van drie voorbeelden willen wij een gang van zaken aangeven die zich bij veel milieu-incidenten kan voordoen en waardoor in de bevolking latent aanwezige angst voor vergiftiging massaal kan worden gemobiliseerd.

Casus 1: Koolmonoxidevergiftiging?

Begin 1982 vertonen 3 jonge meisjes op een nijverheidsschool met 250 leerlingen een patroon van aspecifieke klachten: hoofdpijn, duizeligheid, benauwdheid en misselijkheid. Twee kinderen worden na verwijzing door de huisarts met spoed opgenomen in het ziekenhuis onder de diagnose: 'koolmonoxidevergiftiging'. Kort tevoren had in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een tweetal indringende publikaties gestaan over voorkomen van koolmonoxidevergiftiging [1,2]. Ook een ouderpaar ondersteunt deze diagnose op grond van eigen vroegere ervaringen. De kinderarts bevestigt de diagnose. De volgende dag volgt ontslag.
Inmiddels zijn het schoolbestuur, de burgemeester, de geneeskundig inspecteur, de inspectie van het gasbedrijf, de schoolartsendienst, de regionale milieudienst en TNO bij de zaak betrokken. In de school wordt geen koolmonoxideconcentratie van betekenis aangetroffen. De burgemeester geeft opdracht een aantal schoollokalen te sluiten.
Een dag later opent het schoolbestuur, dat de autoriteit van de burgemeester om tot sluiting over te gaan betwist, de lokalen weer. De pers wordt ingeschakeld. Nu worden 5 kinderen, onder wie de eerste 3, onwel; op advies van de behandelend kinderarts worden zij zonder tussenkomst van huisarts of GGD onmiddellijk naar het ziekenhuis gebracht; twee van de kinderen worden tenslotte per brancard het ziekenhuis binnengedragen.
Opnieuw wordt de school gesloten, nu op advies van de schoolarts. Onderzoek van de ruimten door het gasbedijf levert opnieuw geen koolmonoxideconcentratie van betekenis op. De geneeskundig inspecteur schakelt het RIV in. De internist-toxicoloog van het RIV onderzoekt 14 kinderen die klachten presenteren, van wie 12 uit één klas. Hij vindt geen medisch-biologische verklaring. De patiëntjes herstellen vlot. De geneeskundig inspecteur schakelt op advies van de schoolarts het RIAGG in. Er wordt een positieve, eerste diagnose gesteld; het RIAGG constateert een gespannen groepscultuur in de desbetreffende klas en een hoog streefniveau[3]. Ook worden enkele ouderparen geïnterviewd; deze stellen hoge normen en vertonen extreem conflictvermijdend gedrag. Met succes verzet het RIAGG zich tegen ambivalenties in de aanpak. Even dreigt bijvoorbeeld één klaslokaal gesloten te blijven voor nader milieuhygiënisch onderzoek. Geleidelijk raken alle betrokkenen overtuigd van de voorgestelde strategie.
Door middel van intensieve groepsdynamische interventies, gericht op leerlingen, leerkrachten en anderen verdwijnen de klachten in zes weken. De betrokken RIAGG-medewerker beschrijft in een afsluitend verslag de situatie als een voorbeeld van signalen van kinderen over problemen binnen de schoolorganisatie, die dan ook op dat niveau dienen te worden opgelost.

Casus 2: Binnenbrand

In 1976 vat onder een huishoudschool een isolatielaag van kunststof vlam ten gevolge van laswerkzaamheden; de laag brandt geheel uit en de verbrandingsgassen dringen de school binnen. Wegens vakantie is de school op het moment van de brand nog niet geopend. Na een grondige schoonmaak, waardoor de aanvang van het nieuwe schooljaar een week is uitgesteld, wordt de school op advies van de GG&GD weer geopend. Spoedig doen zich bij de 350, overwegend vrouwelijke, leerlingen en de 37 docenten klachten over een moeilijk te omschrijven reuk, prikkelende ogen, hoofdpijn en vermoeidheid. De GG&GD schakelt TNO in voor het uitvoeren van een luchtonderzoek; de lucht blijkt kwalitatief niet te verschillen van de normale buitenlucht.
De klachten blijven echter aanhouden. Na een jaar is het absenteïsme onder de leerlingen tot het vijfvoudige opgelopen, 10 docenten zijn vrijwel doorlopend afwezig. Op advies van de GG&GD gaat men over tot het treffen van verdere maatregelen, zoals het aanbrengen van een bodemafsluiting, geforceerde ventilatie onder de school en het met ozon behandelen van de binnenlucht. Dit heeft overigens geen invloed op de klachten. Onder docenten en leerlingen groeit de vrees dat bij de brand een onbekende chemische stof is ontstaan die ernstige schade aan de gezondheid zou kunnen aanrichten. Bij poliklinisch internistisch onderzoek van 20 personen worden bij enkele personen lichte afwijkingen in het witte bloedbeeld gevonden en bij één persoon een verhoogde schildklierfunctie; herhaling van het ▶

onderzoek geeft volstrekt normale uitslagen van het bloedbeeld te zien. Voor gezondheidsschade ten gevolge van blootstelling aan toxische stoffen worden geen aanwijzingen gevonden.
De onrust bij leerlingen, ouders en docenten groeit sterk. Zij hebben het gevoel geen gehoor te vinden voor hun klachten: 'Wij kunnen hier doodgaan en niemand doet wat'. Een poging van de GG&GD om een wetenschappelijke instelling van psychosociaal onderzoek te laten instellen mislukt; docenten en leerlingen accepteren niet dat er een andere dan een fysieke oorzaak is en blokkeren deze aanpak. Regionale en landelijke dagbladen publiceren artikelen over de 'mysterieuze hoofdpijnschool'. De problemen escaleren zodanig dat het bestuur overweegt de school te sluiten.
De regionale inspectie van de Volksgezondheid stelt als onafhankelijke instantie zelf een onderzoek in naar de luchtsamenstelling in de school. Dit leidt echter niet tot nieuwe gezichtspunten. Door de toepassing van geavanceerde apparatuur worden zeer geringe concentraties van allerlei chemische stoffen gevonden; de aanwezigheid daarvan wordt teruggevoerd tot het gebruik van boenwas, deodorant, luchtverfrissers, bakolie en dergelijke. De aanwezigheid van deze stoffen in de lucht roept echter bij leerlingen en docenten nieuwe vragen op met betrekking tot de gezondheidsrisico's.
Er volgt een lange reeks van gecompliceerde interacties tussen schoolbestuur, ouders en leerlingen, docenten, gemeente en Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Anderhalfjaar na de brand wordt de school gesloten. Het formele argument hiervoor luidt dat de psychohygiënische situatie in de school niet anders dan door sluiting is te saneren. Nadat leerlingen en docenten elders zijn ondergebracht verdwijnen de klachten. De school wordt na een periode van leegstand ingrijpend gerenoveerd en vijf en een half jaar na de brand weer in gebruik genomen.
Direct doen zich weer dezelfde problemen voor als vóór de sluiting. Bestuur en docenten dringen bij het Staatstoezicht aan op een nieuw onderzoek. Een in opdracht van de inspectie van de Volksgezondheid uitgevoerd onderzoek met inmiddels nog verder ontwikkelde onderzoektechnieken geeft vergelijkbare uitkomsten als eerder uitgevoerd onderzoek. Ook wordt een relatie vastgesteld tussen de kwaliteit van de lucht in de school en de stookolie voor de centrale verwarming. De gevonden concentraties liggen op hetzelfde, lage niveau als de in het vroegere onderzoek aangetoonde huis-, tuin- en keukenmiddelen. Voor alle zekerheid inspecteert TNO de stookinstallatie, die goed wordt bevonden.
De docenten schakelen een eigen deskundige in. Deze heeft kritiek op het tot nu toe uitgevoerde onderzoek en de interpretatie daarvan en dringt aan op een nieuw onderzoek. Het schoolbestuur verzoekt de inspectie het gerenoveerde gebouw te sluiten, tenzij kan worden gegarandeerd dat het verblijf in de school geen schadelijke gevolgen heeft voor de gezondheid. De inspectie ziet geen aanleiding om de school te sluiten. De docenten beklagen zich bij de Nationale Ombudsman over de handelwijze van het Staatstoezicht. Er is sinds de brand inmiddels zeven jaar verlopen.

Casus 3: Wonen op gif

Omstreeks 1960 richt een gemeente in een polder een vuilnisstort in. Men leeft aanvankelijk in de veronderstelling, dat hiervoor geen Hinderwetvergunning nodig is. De stortplaats wordt door een particulier geëxploiteerd. Als in 1965 een tweede lokatie in gebruik is genomen, wordt wel een aanvraag gedaan. Vanaf eind 1968 beheert de gemeente zelf de stortplaatsen. Hoewel de provincie de Hinderwetvergunning weigert, wordt deze na een beroep op de Kroon in 1971 alsnog verleend. De stortplaats is dan al vrijwel vol. Tenslotte wordt het vuil voorzien van een afdeklaag.
In de jaren zeventig verrijzen in de polder tegen de zevenhonderd aantrekkelijke huur- en koopwoningen, alsook een bejaardencomplex. De nabijheid van een chemische industrie vergt om veiligheidsredenen een wijziging van het bestemmingsplan; ten gevolge hiervan wordt een groter aantal woningen op de stortplaats gesitueerd.
Bewoners van de wijk uiten gedurende enkele jaren klachten over stank in huis. Steeds wordt de oorzaak gezocht in verzakte nutsleidingen. Bij een onderzoek naar verzakkingen van de huizen komt in 1981 chemisch afval te voorschijn. De vondst van het afval en de daarop volgende veiligheidsmaatregelen brengen de gemoederen in beroering. Na de vondst van chemisch afval twijfelen de bewoners niet over de oorzaak van hun klachten.
Het gemeentebestuur laat in hoog tempo bodemonderzoeken verrichten. De GG & GD adviseert ook een onderzoek in te stellen naar de lucht in kruipruimten. Onder een aantal woningen vindt men benzeen, tolueen, bifenyl, tetrachlooretheen en dergelijke. Zonder uitbreiding van het onderzoek naar andere milieucompartimenten is de betekenis van deze bevindingen niet goed aan te geven. Besloten wordt het RIV een contra-expertise te doen uitvoeren en de toxicologische betekenis van de in de lucht gevonden verontreinigingen te laten aangeven. Een onderzoek van het RIV in de gehele wijk bevestigt de eerder gevonden resultaten. Omdat de gevonden concentraties laag zijn, kunnen niet zonder meer duidelijke uitspraken over de gezondheidkundige betekenis worden gedaan.
In korte tijd verschijnen zo'n zestig rapportages van diverse instanties. De GG & GD heeft vervolgens de moeilijke taak huisartsen en bewoners voor te lichten. Men steunt in deze fase op de experts van het RIV. Een enkele wat minder gelukkige uitspraak tast de geloofwaardigheid van de gehele GG & GD snel aan: de hoofdboodschap, dat de gevonden waarden laag zijn en dat geen klachten te verwachten zijn, wordt niet aangenomen. De gebruikelijke wetenschappelijke reserve in de rapportages versterkt daarbij de onzekerheid voor de bevolking.
Het provinciaal bestuur, dat de coördinatie van het onderzoek en de voorgenomen sanering inmiddels heeft overgenomen, bericht na een lange periode van onderzoek dat het overweegt de woonfunctie geheel te behouden door de verontreinigingen strikt van het leefmilieu te scheiden. De fundering van 106 woningen in een deel van de wijk zal de hiervoor noodzakelijke maatregelen naar verwacht niet doorstaan; deze woningen zullen dan ook moeten worden gesloopt. De provincie gaat over tot de aankoop van de woningen.
Het nabijgelegen bejaardencentrum kan blijven staan. Dit bevreemdt het bestuur van dit tehuis, dat vervolgens een aantal deskundigen bereid vindt op basis van de bestaande rapportage een onafhankelijke risico-evaluatie op te stellen. De opmerkelijke conclusie van deze deskundigen is, onder meer, dat van de 106 te slopen woningen er slechts 19 verontreinigd zijn, waarvan 10 nauwelijks. Bovendien wijkt in deze 10 woningen de verontreiniging niet of nauwelijks af van die van normale woningen. Een aantal van de getoonde verontreinigingen is niet van de stort afkomstig, maar komt uit bouwmaterialen en de buitenlucht.
De niet-ingewilligde eis een bevolkingsonderzoek in te stellen leidt in oktober 1982 tot bezetting van het gebouw van GG & GD. Uiteindelijk leidt dit tot de toezegging dat bewoners die over hun gezondheid verontrust zijn een toxicoloog van het RIV kunnen raadplegen. Een commercieel laboratorium biedt aan haaranalyses te verrichten. Enkele bewoners gaan daarop in. Bij de minister wordt vervolgens op een haaronderzoek voor alle bewoners aangedrongen. De minister vraagt de Gezondheidsraad een oordeel te geven over de waarde van haaranalyse. Vooruitlopend op het advies van de Gezondheidsraad geven B&W opdracht aan TNO bij een groep bewoners een haaranalyse te verrichten; raadsleden zijn bereid als controlegroep haar ter beschikking te stellen. TNO zegt tevoren zich niet aan een interpretatie van de uitkomsten te zullen wagen. Te oordelen naar de concentraties van sommige monsters wonen de raadsleden op plaatsen die meer verontreinigd zijn dan de polder. Niemand weet raad met de uitkomsten van het onderzoek. Als men nu door de wijken wandelt is de spanning onder de bevolking te proeven. Een groot aantal woningen is inmiddels ontruimd en van binnen deels vernield. Uit graffiti is af te lezen dat alles wat met chemie te maken heeft tot gif is verheven.

Beschouwing

Wetenschappelijk onderzoek

In de drie voorbeelden roept onderzoek meer nieuwe vragen op dan er aan oude vragen wordt beantwoord. Vooral de fixatie op mogelijke fysische oorzaken van klachten valt op. Ook natuurwetenschappelijk onderzoek leidt niet tot zekerheid: de sfeer van twijfel blijft bestaan. Er ontstaat een brede kloof tussen hetgeen het individu met betrekking tot ▶

zijn eigen gezondheid waarneemt en hetgeen hem op grond van complexe en kostbare metingen en berekeningen door onderzoeksinstanties of bestuurderen wordt meegedeeld. Daarbij komt dat een verificatie door de bevolking of door vertrouwensfiguren welhaast onmogelijk is; daarvoor zijn de onderzoeken veelal te kostbaar en te ingewikkeld.
Bestuur en bevolking verwachten van natuurwetenschappelijk onderzoek een absoluut en pasklaar antwoord. Deze verwachting wordt gevoed doordat de analytisch-chemische technieken de afgelopen jaren sterk in ontwikkeling zijn gekomen. Desondanks blijft ieder chemisch onderzoek van een bodem-, water- of luchtverontreiniging gericht op verontreinigingen die men min of meer verwacht aan te treffen. Een volledig beeld van alle verontreinigingscomponenten zal alleen kunnen ontstaan ten koste van onevenredige inspanningen. Daarom blijft de kans bestaan dat in een bepaald onderzoek bepaalde chemische stoffen worden 'gemist'. Een andere vorm van onzekerheid betreft de interpretatie van gegevens van analytisch onderzoek. Door de lage detectiegrenzen komen tal van chemische stoffen die vroeger onopgemerkt bleven onder onze aandacht. Helaas is het het vermogen om de herkomst van tal van stoffen vast te stellen sterk achtergebleven bij het vermogen die stoffen aan te tonen. Bovendien, al heeft men de bron opgespoord, dan nog is het evalueren van de toxicologische betekenis van de aanwezigheid van bepaalde verontreinigingen in het leefmilieu van de mens een weg vol voetangels en klemmen.
Als de chemische/toxicologische benadering onvoldoende houvast biedt, hoopt men door 'bevolkingsonderzoek' harde causale verbanden te vinden. Hier komt de epidemiologie in het beeld. Het uitvoeren van epidemiologisch onderzoek is al evenzeer een gecompliceerde zaak. Wil men conclusies kunnen trekken uit deze vorm van onderzoek, dan stelt de statistiek eisen aan de minimum-omvang van de te onderzoeken groep en dient men veelal te beschikken over een geschikte controlegroep; ook dient de wijze waarop de gezondheidsklachten worden gedefinieerd, gediagnostiseerd en geregistreerd nauwkeurig bekend te zijn. Zelfs als aan deze randvoorwaarden wordt voldaan, leggen deze vaak arbeidsintensieve en tijdrovende exercities meestal slechts statistische verbanden. De betekenis van deze relaties voor bevolking en bestuurders kunnen uiteenlopen.

STUDIEDAG NEDERLAND GIFVRIJ

Medische en psychosociale aspecten van bodemverontreiniging

Op zaterdag 17 maart a.s. wordt in Utrecht een studiedag gehouden over medische en psychosociale aspecten van bodemverontreiniging; motto: 'Word je niet ziek, dan word je er wel gek van'.
Het doel van de studiedag, georganiseerd door de Vereniging Nederland Gifvrij, is tweeledig:

a. het verschaffen van inzicht in medische en psychosociale aspecten van bodemverontreiniging, alsmede in de mogelijkheden en relevantie van onderzoek naar deze aspecten;
b. het bespreken van mogelijkheden ten aanzien van medische en psychosociale problemen.

Wetenschappelijke discussies zullen er tijdens deze studiedag niet worden gehouden. De dag is in de eerste plaats bedoeld voor mensen die rechtstreeks met bodemvervuiling te maken hebben en die zich in bewoners- en milieugroepen hebben verenigd, maar ook ambtshalve geïnteresseerde bestuurders, voorlichters en hulpverleners zijn welkom.
De dag heeft drie delen: een informatief deel (inleidend gesprek, inleidingen over de mogelijkheden die de medische wetenschap biedt om vragen over gezondheidsrisico's te beantwoorden en over oorzaken van psychische en sociale problemen); een discussiedeel (werkgroepen met verschillende thema's en van verschillende moeilijkheidsgraad); en een forumdeel ('Hoewel discussie tussen forumleden wel tot de mogelijkheden behoort zal de voorzitster – Mw. K. Nienhuis (Landelijke Vereniging tot behoud van de Waddenzee) – erop toezien dat er geen discussies op academisch niveau ontstaan die niet meer aansluiten op het niveau van de mensen in de zaal. Een dialoog tussen forum en zaal zal waar zinvol worden gestimuleerd. De voorzitster krijgt de instructie de kwaliteit van de discussie te bewaken; dit betekent, dat discussies met een dogmatisch karakter (en de welbekende stokpaardjes) worden gekapt').
Als voorbereiding op de studiedag wordt een leesmap samengesteld. Daarin komen in elk geval ervaringen aan bod van bewoners, milieugroepen, gemeentevoorlichters, artsen, onderzoekers, bestuurders, beleidsmakers en het Staatstoezicht, terwijl ook aandacht zal worden besteed aan de oorzaken van, en mogelijke oplossingen voor de gesignaleerde problemen. Van de dag zelf zal een uitgebreid verslag worden gemaakt.

Meer informatie geeft F. Loos, stafmedewerker Milieudefensie, tel. 020-221366 (werk)/020-644637 (huis).

Sociaal-psychologische reacties

De drie besproken gevallen illustreren de bovenmatige aandacht voor natuurwetenschappelijke fenomen bij alle betrokkenen. De diagnostiek richt zich zowel ten aanzien van potentiële verontreinigingen als onder de bevolking bij uitstek op fysisch meetbare grootheden. Ook in de aanpak domineert in eerste instantie de voorkeur voor tastbare maatregelen.
Het kon ook anders: in het geval van mogelijke koolmonoxidevergiftiging op een nijverheidsschool werd na uitsluiting van een medisch-biologische verklaring het RIAGG ingeschakeld. Het beschikbare materiaal vermeldde een positieve diagnose ten aanzien van de psychosociale situatie. De interventie op dit niveau was effectief. Van belang hierbij is, dat in de aanpak de aandacht voor deze aspecten niet door technische maatregelen aan het gebouw werd afgeleid; onderzoek naar het nog gesloten ene lokaal had alsnog letterlijk roet in het eten kunnen gooien.
Bij de andere twee gevallen spelen onderzoekinstellingen een belangrijke rol. De wetenschappelijke formuleringen van onderzoekers laten per definitie ruimte over voor interpretatie. Deze formuleringen lijken systematisch verschillend uit te vallen voor bevolking en bestuur. Veelal gaan bij toenemende druk van de bevolking politieke motieven meespelen, waarop het bestuur een daad stelt. Bij de bevolking versterkt dit de indruk dat de gevaren groter zijn dan de bestuurderen eerst aangaven. Het zijn bij uitstek de basisgezondheidsdiensten die bij deze gang van zaken in een klempositie geraken. Door vermenging van rollen (adviseur van de overheid, uitvoerder van maatregelen, professioneel hulpverlener voor de bevolking) worden zij vaak onmachtig tegenover alle betrokken partijen.
Het is opvallend dat in geen van de beschreven gevallen in de beginfase systematisch gegevens over de risicopopulatie zijn verzameld; men kan hierbij denken aan demografische, economische en sociaal-psychologische kenmerken[4 5]. Sociale besmettingspatronen spelen blijkbaar een rol; er zijn zelfs sociometrische instrumenten ontwikkeld (Colligum 1978, Small 1983) om deze patronen vast te stellen[6 7]. Vanuit deze invalshoek dient ▶

men erop verdacht te zijn, dat onderzoek en maatregelen de 'besmetting' kunnen versterken, maar ook verminderen. Dit laatste zou bijvoorbeeld kunnen door de bewoners actief bij de gebeurtenissen te betrekken en onzekerheden en twijfels helder en duidelijk te presenteren. Uitspraken als: 'Er is thans geen gevaar voor de volksgezondheid' zijn niet overtuigend als de hierop volgende reacties van de bevolking niet serieus worden genomen.
Een nog verdergaande aanpak wordt fraai geïllustreerd door de nasleep van het ongeval met de kernreactor op Long Island. Daar onderneemt de overheid een poging om de rust te doen terugkeren door aan de bevolking meetapparatuur en daarvoor vereiste opleidingsfaciliteiten ter beschikking te stellen[8].

Bestuurlijke aanpak

Overheidsinstanties tezamen met belangengroepen, verontruste deskundigen, de pers en onderzoekinstituten vormen een voor de buitenstaander onontwarbare kluwen. Ondanks alle inspanningen voor een systematische aanpak van milieu-incidenten zijn er vooralsnog weinig voorbeelden dat dit in de praktijk werkelijk lukt. De verschijning van de nota 'Bevolkingsonderzoek bij milieu-incidenten' drie jaar na toezegging aan de Tweede Kamer is een eerste stap in de goede richting.
Tegenstelling in de interpretatie van gegevens tussen overheidsdiensten onderling en/of deskundigen van onderzoekinstituten blijft onvermijdelijk bij zo gecompliceerde zaken als milieu-incidenten. Bovendien is niet goed te achterhalen hoe de besluitvorming aangaande maatregelen verloopt. In de hier beschreven casuïstiek doen zich spanningen tussen de bestuurslagen voor. Deze geven voedsel aan geruchten, waar de pers gretig op inspringt. Bovendien worden overheidsfunctionarissen geconfronteerd met rolconflicten: desgevraagd zouden zij zelf niet op afval willen wonen, terwijl van hen wel wordt verwacht dat zij een beleid gericht op handhaving van de woonfunctie op een stortplaats verdedigen.
Het is in dit licht begrijpelijk dat bestuurderen geneigd zijn naar steeds meer wetenschappelijk onderzoek te grijpen teneinde hun gebrek aan overtuigingskracht te compenseren. Hoewel technisch-fysisch onderzoek onmisbaar is, mag niet worden voorbijgegaan aan de minder grijpbare angsten die daarmee niet worden weggenomen of zelfs worden versterkt. De kringloop van de twijfel wordt eerder doorbroken door bezinning van bestuurders op hun visie op milieuhygiënische uitgangspunten dan door een zich afhankelijk maken van technisch-wetenschappelijk onderzoek, al is dat nog zo geavanceerd.

Conclusie

Chemische stoffen in het milieu geven niet alleen chemische reacties. Met name een langdurige blootstelling aan lage concentraties giftige stoffen in de leefomgeving doet vrees ontstaan, een vrees die niet kan worden weggenomen door het verrichten van fysisch-chemisch of medisch onderzoek. Bestuurlijke, wetenschappelijke en sociaal-psychologische processen grijpen op elkaar in. Meer onderzoek leidt niet tot meer zekerheid en soms tot verwarring. De onderzoekresultaten worden bovendien door de verschillende betrokkenen verschillend geïnterpreteerd.
Aan het eind van de reactieketen worden de basisgezondheidsdiensten geconfronteerd met de noodzaak alle signalen om te zetten in voor de bevolking klare taal: een voor hen onbeheersbaar proces, indien een beleidsvisie ontbreekt. Zo'n beleidsvisie vereist een open instelling voor zowel medisch-toxicologische, milieuhygiënische, sociaal-psychologische als bestuurlijke elementen. ■

Literatuur

1. Borst JR. Chronische koolmonoxydevergiftiging. Ned Tijdschr Geneeskd 1982; 126: 46-50.
2. Donze JMC. Koolmonoxydevergiftiging. Ned Tijdschr Geneeskd 1982; 126: 66-7.
3. Berg T van den. Epidemische hysterie; een casusbeschrijving. Niet gepubliceerd rapport. 1982.
4. Water HPA van de. Meten is nog geen weten. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1980; 58: 394-8.
5. Small GW, Borus JF. Outbreak of illness in a school. N Engl J Med 1983; Vol. 308, 11: 632-5.
6. Colligan MJ, Smith MJ. A methodological approach for evaluating outbreaks of mass psychogenic illness in industry. J Occup Med 1978; Vol. 20, 6: 401-2.
7. *Idem 5*
8. Gray Gricar B, Baratta AJ. Bridging the Information Gap at Three Mile Island: Radiation Monitoring by Citizens. J. Appl Behav Sc 1983; Vol. 19, 1: 35-49.

Nota 'Eerstelijnszorg' onduidelijk in uitwerking uitgangspunten

Reactie bestuur Nederlands Huisartsen Genootschap

'De stimulans voor een samenhangende gezondheidszorg is een prijzenswaardige zaak; de bepleite samenhang in de eerstelijnszorg spreekt ons zeer aan.' Aldus het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in een reactie op de nota 'Eerstelijnszorg' van staatssecretaris Van der Reijden. In een schrijven aan de bewindsman zet het NHG-bestuur voor het overige nogal wat vraagtekens bij het voorgenomen beleid: zaken als patiëntenparticipatie, beleid, onderzoek, opleiding, ontwikkeling en ondersteuning komen volgens de briefschrijvers in de nota onvoldoende tot hun recht.

Het NHG-bestuur onderschrijft de grote lijnen van de nota 'Eerstelijnszorg', maar vindt dat de uitgangspunten ervan onduidelijk zijn uitgewerkt. Wat is belangrijker: de beheersbaarheid van de zorg, de financiële bijsturing of het bevorderen van de zelfstandigheid van de bevolking?
De in de nota geschetste denkbeelden over eigen verantwoordelijkheidsgevoel en mantelzorg dienen volgens het genootschap zo spoedig mogelijk te worden onderbouwd met visies en wensen uit de bevolking; zijn die wel zo uniform? Voor het NHG-bestuur is het streven naar mantelzorg aanvaardbaar als het medemenselijkheid en solidariteit als uitgangspunt heeft, niet als vorm van bezuinigen.
Versterking van de eerste lijn, als van overheidswege voorgestaan, vraagt, schrijft het bestuur, niet om méér van hetzelfde; het vraagt om een geheel *ander begrip van zorg*, met het accent op de preventie en op het teruggeven van de eigen verantwoordelijkheid aan het individu.

Eerstelijnsinstituut

Internationaal bezien, zo merkt het NHG-bestuur ten slotte op, leert de ervaring dat het onderbrengen van belangenbehartiging en inhoudsontwikkeling in aparte organisaties het niveau van de discipline ten goede komt.
Om de impulsen voor onderzoek en ontwikkeling die uit het veld komen gestalte te doen krijgen zullen middelen nodig zijn. Als consequentie van het gekozen beleid verdienen onderzoek en innovatie krachtige steun, bij voorkeur vanuit een (ook in de nota genoemd) eerstelijnsinstituut. Taak van zo'n instituut: het verrichten van wetenschappelijk onderzoek ter *onderbouwing* van het eerstelijnsbeleid en ook, 'in een gescheiden constructie van optimale betrokkenheid maar met behoud van distantie', ter *ontwikkeling* van eerstelijnszorg.

Dr. J. Kamsteeg



Voedselallergieën

Een databank om allergenen op te sporen

Aan de Landbouwhogeschool in Wageningen is men sinds kort in staat met behulp van een lijst van voedingsmiddelen waardoor klachten van patiënten die overgevoelig zijn voor bepaalde voedselbestanddelen verergeren, de boosdoener op te sporen, en wel dank zij de databank voedselallergieën. Dr. J. Kamsteeg van de vakgroep Huishoudkunde geeft voorlichting.

Een van de problemen bij patiënten die overgevoelig zijn voor bepaalde voedselbestanddelen is het opsporen van het allergeen. Bij allergieën die zijn veroorzaakt door voedingsmiddelen is het allergeen meestal gemakkelijk te achterhalen, én door de korte tijd tussen voedselconsumptie en reactie én door de diverse klinische testen die beschikbaar zijn. Bij intoleranties en idiosyncrasieën is het aantal voedselbestanddelen dat een overgevoeligheidsreactie kan veroorzaken zeer groot; ook is de tijdsduur tussen consumptie en reactie vaak veel groter. In de praktijk krijgen bestanddelen als kruiden, specerijen, geur- en smaakstoffen maar weinig aandacht*.

De sectie Verzorgingstechnologie van de vakgroep Huishoudkunde aan de Landbouwhogeschool heeft een computerdatabank ingesteld, waarin gegevens opgeslagen zijn over de samenstelling van voedingsmiddelen. Deze databank voedselallergieën 'Combally' is in staat uit een lijst van voedingsmiddelen en/of merkartikelen waardoor de klachten van de patiënt verergeren het allergeen op te sporen; daarbij wordt met bovengenoemde bestanddelen ook rekening gehouden.

Gegevens

De in de databank opgeslagen gegevens zijn onder te verdelen in twee categorieën, te weten:

a. Hulpstoffen (additieven) en contaminanten

Hiervan zijn voor zover mogelijk de volgende gegevens opgenomen:

1. de hoeveelheid in milligrammen per 100 gram voedingsmiddel;
2. de maximaal toelaatbare hoeveelheid volgens de Warenwet, Wet op de publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie (PBO), Benelux-verordeningen en/of EG-harmonisaties;
3. een code waarin opgenomen is de literatuurbron, het instituut dat het voedingsmiddel heeft onderzocht en het besluit of de beschikking waarin volgens de wet het additief of contaminant is toegelaten;
4. de maand en het jaartal van publikatie en/of opname in het bestand.

b. Ingrediënten en natuurlijke bestanddelen

Hiervan is alleen opgenomen of het voedingsmiddel deze bevat dan wel daar geheel vrij van is. Deze bestanddelen zijn bijvoorbeeld sojaeiwit, kippeëiwit, melkeiwit, pinda en salicylzuur.

De gegevens zijn in een beperkt aantal datasets opgenomen; de *tabel* geeft hiervan een overzicht.
Met deze datasets kunnen talrijke gegevens (meer dan 100.000) worden opgevraagd. Voor de meest gevraagde gegevens zijn aparte *hulpprogramma's*, ook wel informatie(zoek)routines genoemd, gemaakt. De belangrijkste programma's zijn:

PROD/PRODK: geeft afhankelijk van de gevraagde categorie alle stoffen of ingrediënten die in een bepaald voedingsmiddel voorkomen.
STOF/KEY: geeft alle voedingsmiddelen die een bepaalde stof of ingrediënt bevatten (positieve lijst) dan wel daar geheel vrij van zijn (negatieve lijst).
COMBI: combineert meerdere merkartikelenlijsten tot één nieuwe, bijvoorbeeld alle merkartikelen die én kippeëiwitvrij én koemelkeiwitvrij zijn.
GEMEEN: bepaalt welke stoffen of ingrediënten in bepaalde voedingsmiddelen gemeenschappelijk voorkomen en hoe vaak. Daarmee kan aan de hand van door de patiënt aangegeven merkartikelen het allergeen (de stof of ingrediënt die de overgevoeligheidsreactie veroorzaakt) worden opgespoord.

Tabel. Datasets 'Combally'.

dataset	bevat gegevens over	aantal*
PROD	voedingsmiddelen, produkten, energie-inhoud	3.500
FAB	fabrikant, importeur	500
STOF	additieven, contaminanten	180
LINK	categorie a	5.500
KEY	ingrediënten, natuurlijke bestanddelen	350
KLINK	categorie b	5.000

* Per januari 1984.

Met deze informatieroutines kan in samenwerking met de specialist het allergeen worden opgespoord, indien een aantal voedingsmiddelen en/of merkartikelen bekend is waardoor de klachten van de patiënt verergeren. De resultaten van de informatieroutine GEMEEN worden naar de specialist gezonden; indien deze dat wenst, kunnen een provocatie- en/of eliminatiedieet worden bijgevoegd. Het opgespoorde allergeen wordt door de specialist bij de patiënt getest met bijvoorbeeld een huidtest, een RAST-test of bovengenoemde diëten. Is het resultaat positief dan kan in overleg met de diëtist een definitief dieet worden vastgesteld.
Door samenwerking met een aantal laboratoria in Nederland is het mogelijk bepaalde verdachte voedingsmiddelen zelf te onderzoeken (Laboratorium Verzorgingstechnologie) of te laten onderzoeken. Door deze samenwerking is thans een lijst van voedingsmiddelen die formaldehyde bevatten beschikbaar.
De verstrekte merkartikelenlijsten zullen in de meeste gevallen positieve lijsten zijn; deze bevatten merkartikelen die voor de patiënt zijn verboden. Getracht wordt zoveel mogelijk negatieve lijsten samen te stellen; thans zijn er goede negatieve merkartikelenlijsten beschikbaar voor koemelkallergiepatiënten (2.200 voedingsmiddelen), kippeëiwitallergiepatiënten (2.100 voedingsmiddelen) en sojaeiwitallergiepatiënten (750 voedingsmiddelen) en combinaties daarvan.
De informatie die in Nederland en daarbuiten beschikbaar is wordt zoveel mogelijk verzameld, gecontroleerd en toegankelijk gemaakt voor andere gebruikers. Daartoe worden onder andere bij diëtisten dieetlijsten, dagmenu's en bereidingstips verzameld en waar nodig aan de verstrekte lijsten toegevoegd.

In het startjaar 1983 bleek de behoefte aan informatie zeer groot. Het aantal aanvragen heeft de verwachtingen ruimschoots overtroffen. Het bleek dat de aanvragen zich niet uitsluitend beperkten tot de allergie- en pseudoallergiepatiënten. De kosten aan computertijd, drukwerk en porto hebben daardoor het begrote bedrag overschreden. Hoewel de dienstverlening gedurende de proefperiode (tot juli 1986) gratis is, zijn wij genoodzaakt een vrijwillige financiële bijdrage te vragen om de onkosten te bestrijden. ■

*Aanvragen **uitsluitend schriftelijk** te richten aan onderstaand adres (wij zouden het op prijs stellen, indien u een kopie van de anamnese wilt bijsluiten; hiervan dient u bij voorkeur de personalia van de patiënt(e) te verwijderen): Dr. J. Kamsteeg, Databank Voedselallergieën 'Combally', Vakgroep Huishoudkunde, Ritzema Bosweg 32a, 6703 AZ Wageningen.*

* Ref. Kamsteeg J. Voedselbestanddelen die intoleranties kunnen oproepen. Lezing bijscholingscursus 'Voedselallergie en dieetbegeleiding', Wageningen 4 oktober 1983 en Utrecht 8 november 1983. Syllabus NVD, Ubbergen 1983, pp. 88-90; *idem* stencil vakgroep Huishoudkunde, Wageningen 1983, 10 pp.

S. J. van der Gaarden



Transsexualiteit

De beschikbare literatuur over transsexualiteit is vooral medisch gericht; het sociale aspect komt er nauwelijks in tot uiting. Aldus de Groningse arts Sanne van der Gaarden in een scriptie over hedendaagse opvattingen omtrent transsexualiteit, die hij als zesdejaarsstudent heeft geschreven en die hij voor Medisch Contact heeft samengevat. In die scriptie introduceert hij de term 'cissexualiteit' als beschrijving van de 'normale' situatie: overeenstemming van gevoel en lichaam wat het geslacht betreft. Zo benaderd is transsexualiteit vooral een probleem omdat de maatschappij rolpatronen voor mannelijk en vrouwelijk gedrag vaststelt.

Transsexualiteit is een verschijnsel waaraan de laatste jaren steeds meer aandacht wordt besteed. Met name in de niet-wetenschappelijke pers verschijnen regelmatig interviews met transsexuele mensen en beschouwingen over transsexualiteit. In de medisch-wetenschappelijke literatuur is ook het een en ander aan artikelen voorhanden. Het meeste daarvan is van Amerikaanse origine; in de Verenigde Staten bestaat sinds het begin van de jaren zestig een speciale 'gender identity clinic', waar men zich bezighoudt met transsexualiteit. Een overzichtelijke weergave van deze artikelen ontbreekt echter.
Met dit artikel wil ik een poging doen wat overzicht aan te brengen. Gedurende ruim drie maanden heb ik mij als zesdejaars co-assistent aan de Rijks Universiteit Groningen beziggehouden met een keuzeproject getiteld: 'Inventarisatie van de hedendaagse opvattingen omtrent de transsexualiteit'. Dit keuzeproject werd gesuperviseerd door het genderteam Groningen, waarin zitting hebben Prof. Dr. A. J. C. Huffstadt, plastisch chirurg, Prof. Dr. J. Kremer, gynaecoloog, en Dr. H. den Daas, psychiater. Ook niet-medisch-wetenschappelijke bronnen zijn door mij geraadpleegd. Zo heb ik gesprekken gevoerd met een achttal transsexuele mensen, al of niet geopereerd. Voorts heb ik een aantal (auto)biografieën van transsexuele mensen bij de literatuurstudie betrokken, alsmede een enkel maatschappijkritisch boek.

Begripsbepaling

Voor een begripsbepaling ben ik uitgegaan van een aantal omschrijvingen van transsexualiteit, waaronder die van Prof. Van Emde Boas en die welke door de Stichting Nederlands Gender Centrum te Amsterdam wordt gebezigd.
Wat opvalt is dat de omschrijvingen erop neerkomen dat het gaat om het *gevoel* te behoren tot een andere sexe dan die welke de uiterlijk waarneembare geslachtskenmerken doen veronderstellen – voor veel mensen een onvoorstelbare sensatie. De problematisering van transsexualiteit is hierop terug te voeren. Ik zal hier later op ingaan.

Etiologie

Wanneer men uitgaat van een medisch model is het logisch dat men zich bij de bestudering van transsexualiteit buigt over de vraag naar de etiologie. In de literatuur waren hieromtrent drie modellen te onderscheiden:

1. het *biologisch model.* Hiermee werken onder anderen de endocrinologen Seymour Levine, Kirkels en De Vaal[1-3]. Zij gaan ervan uit dat aan het ontstaan van de genderidentiteit – het zich man of vrouw voelen – een biologisch mechanisme ten grondslag ligt. Transsexualiteit zou men als een ontsporing van dit mechanisme kunnen beschouwen, waardoor die neuro-endocrinologische structuren welke programmeren voor de geslachtsidentiteit zich ontwikkelen in een richting die 'tegengesteld is aan' de uitwendig waarneembare geslachtskenmerken. De oorzaak van deze ontsporing is onzeker; er wordt gedacht aan hormonale invloeden gedurende de zwangerschap. Ook chimerisme: het optreden van een organisme met weefselmateriaal uit twee of meer zygotes, wordt overwogen.

2. het *psychologische model.* Hiermee werkt de psychiater Stoller[4]. Op grond van onderzoekingen komt hij tot de conclusie dat met name aan de transsexualiteit van man naar vrouw bepaalde gezinsinteractie-patronen ten grondslag liggen; een combinatie van de volgende factoren zou van belang zijn: overaffectieve moeders die zelf sterke transsexuele neigingen hebben en die een slecht huwelijk hebben met de vader, die veel afwezig is. De psycholoog Hessellund is genuanceerder[5]: tot ongeveer de leeftijd van 3 jaar zouden vooral conditioneringsprocessen een rol spelen in de vorming van de geslachtsidentiteit. Op grond van deze reeds gevormde geslachtsidentiteit ontwikkelt het kind vanaf het 3e jaar geslachtsrolattitudes.

3. het *'combinatie'model.* Bij dit model gaat men ervan uit dat in de etiologie van transsexualiteit sprake is van een combinatie van psychologische, biologische en sociale factoren. Dit model wordt gehanteerd door de Nederlandse psychiater Pen[6].

Differentiaaldiagnose

Het volgende punt dat aan de orde komt bij de bestudering van transsexualiteit volgens een medisch model is de (differentiaal)diagnose. Uit de aard der zaak richten transsexuele mensen zich met een verzoek om geslachtsaanpassing tot de plastisch chirurg. Zij beleven immers *dat de realiteit strijdig is met hun gevoel,* en niet andersom. Toch wordt vrijwel altijd een psychiater of een psycholoog ingeschakeld om tot een afgewogen besluitvorming te komen.
Er wordt onderscheid gemaakt tussen 'kern-' en 'pseudo-transsexuelen'. De klacht die beide categorieën uiten wordt *genderdysforie* genoemd, dat wil zeggen onvrede met het eigen biologische geslacht en de daaraan gekoppelde geslachtsrol. Deze onvrede zou een neurotische of psychotische grondslag kunnen hebben, of er zou sprake kunnen zijn van een authentieke wens tot geslachtsverandering. Aan de psychiater de taak om hiertussen onderscheid te maken. Tevens wordt getoetst of de proband (degene die wordt onderzocht) al geruime tijd zonder al te veel moeilijkheden leeft en werkt in de rol van het andere geslacht.

Behandeling

Bij een geslachtsaanpassende operatie van man naar vrouw vinden castratie en penisamputatie plaats. Uit penis- en scrotumhuid worden de labiae gevormd. Er wordt een neo-vagina gevormd met behulp van een vrije-huidtransplantaat om een prothese, die gedurende een half jaar moet worden gedragen. Het verloop ▶

van de urethra wordt aangepast, zodat de straal naar beneden is gericht. Zo nodig wordt het aspect van de borsten verbeterd door prothese-implantatie.
Bij een operatie van vrouw naar man vinden borstamputatie, hysterectomie en eventueel ovariectomie plaats. Het vormen van een kunstpenis verkeert nog in een experimenteel stadium.
De hormonale behandeling wordt meestal al eerder gestart, namelijk in de periode dat men zich sociaal als iemand van het andere geslacht gaat presenteren. Oestrogenen en anti-androgenen worden gebruikt bij de behandeling van man naar vrouw; het effect daarvan is vooral een andere vetverdeling (borstontwikkeling) en een verandering van het beharingspatroon. De libido vermindert. Om de lichaamsbeharing, in het bijzonder de baardgroei, effectief te bestrijden is intensieve elektrische epilatie nodig. Ook op de stem heeft hormonale behandeling geen effect; door logopedische oefeningen kan men een hogere spreekstem ontwikkelen.
Bij de behandeling van vrouw naar man worden androgene hormonen gebruikt. De belangrijkste effecten: stemverzwaring, toename van de lichaamsbeharing, het optreden van baardgroei en een versterking van de libido.

Psychotherapie

Het bovenstaande geeft weer wat op dit moment het meest gevolgde beleid is bij een wens tot geslachtsaanpassing. Tot voor enkele decennia ging men er, ook in Nederland, vanuit dat de wens tot geslachtsaanpassing wees op een psychisch deraillement; het antwoord was dus: psychotherapie. Door het werk van onder anderen Dr. Harry Benjamin, de pionier van transsexualiteit in de Verenigde Staten, in het begin van de jaren vijftig kwam er een kentering in deze benadering: transsexualiteit als aangeboren en authentiek gegeven. In de meeste literatuur die ik heb geraadpleegd wordt zonder meer gesteld dat gebleken is dat psychotherapie geen soelaas biedt.
Er zijn enkele auteurs die dit wat nuanceren. Zo stellen Meyer en Hoopes[8], dat op de kinderleeftijd en in de puberteit een psychotherapeutische benadering zinvol kan zijn in de behandeling van transsexualiteit. Bij volwassenen zou de psychiater slechts een steunende begeleiding kunnen bieden; hierdoor komt een aantal transsexuele mensen toch tot een bevredigende oplossing anders dan een geslachtsaanpassende operatie.

Follow-uponderzoek

Om inzicht te krijgen in de 'prognose' van de mensen die op een of andere wijze zijn behandeld in verband met hun wens tot een geslachtsaanpassende operatie wordt de laatste jaren veel follow-up-onderzoek gedaan. Walinder en Thuwe constateren bij de door hen gevolgde geopereerde personen een subjectieve verbetering[9]; objectief, dat wil zeggen in sociale aanpassing, zien deze auteurs geen verbetering. Laub en Fish concluderen[10], dat de prognose niet zozeer wordt bepaald door de diagnostische categorie (kern- dan wel pseudo-transsexueel) als wel door een succesvol doorlopen van een zeer gestructureerde pre-operatieve proefperiode.
Meyer en Reter betrokken bij hun onderzoek ook mensen die uiteindelijk niet werden geopereerd[11]. Ook hier doorliepen alle personen een pre-operatieve proefperiode. In de loop daarvan zag een aantal van hen af van operatie, hetzij omdat een andere bevredigende oplossing werd gevonden, hetzij omdat zij niet voldeden aan de eisen die in deze periode werden gesteld. Een van de belangrijkste eisen is dat men gedurende tenminste een jaar leeft en werkt in de gewenste geslachtsrol. Veel hangt af van de motivatie van degene die een geslachtsaanpassende operatie wil. Kort en goed luidt de conclusie van Meyer en Reter, dat zich binnen de groep mensen die een geslachtsaanpassende operatie wenst te ondergaan in de loop van de proefperiode een selectie voordoet: één groep besluit door te gaan en daadwerkelijk te worden geopereerd, de andere groep ziet ervan af en komt tot een andere bevredigende oplossing.
In beide groepen zagen de auteurs een verbetering van de leefsituatie. Bij de niet-geopereerde groep is het van wezenlijk belang dat de preoperatieve proefperiode is geslaagd.

Maatschappelijke context

Ter afsluiting heb ik geprobeerd 'het probleem transsexualiteit' in een breder maatschappelijk kader te plaatsen. Kwantitatief is het wellicht geen groot probleem; Walinder en Thuwe noemen getallen van 1:103.000 voor biologische vrouwen ouder dan 15 jaar en 1:37.000 voor biologische mannen ouder dan 15[9]. Kwalitatief is het een levensgroot probleem, niet alleen voor 'de transsexueel' zelf.
Naar analogie van het gebruik van de termen 'trans-' en 'cis-' in de chemie ('trans = aan gene zijde, 'cis' = aan deze zijde) wil ik hier het begrip *'cis-sexualiteit'* introduceren. Cis-sexualiteit staat voor het idee dat bij een mannelijk genitaal (mannelijke geslachtschromosomen) een mannelijke geslachtsidentiteit hoort, terwijl een vrouwelijk genitaal (vrouwelijke geslachtschromosomen) met een vrouwelijke geslachtsidentiteit gepaard zou gaan: de (uitwendig) waarneembare geslachtkenmerken worden als uitgangspunt aangenomen.
In feite is transsexualiteit de keerzijde van cissexualiteit, die algemeen als norm wordt gehanteerd. Aan de authenticiteit van cissexuele gevoelens wordt niet getwijfeld; ze zijn zo vanzelfsprekend dat men ze niet eens als aparte gevoelens onderkent. Het venijn zit hem echter in de praktische uitwerking van dit cissexualiteitsidee: de mannelijke dan wel vrouwelijke geslachtsidentiteit zou in het maatschappelijk verkeer van nature zeer afgebakend zijn: meisjes en vrouwen gedragen zich zus, jongens en mannen gedragen zich zo (dit is cissexisme).
Dit man-vrouwonderscheid is een belangrijke pijler voor onze maatschappelijke ordening. Ons dagelijks leven is doorspekt met al of niet subtiele aanwijzingen hoe vrouwen en mannen zich dienen te gedragen. 'Onmannelijk' dan wel 'onvrouwelijk' gedrag wordt op zijn minst met opgetrokken wenkbrauwen begroet. Er wordt gezocht naar een verklaring voor deze afwijking, er wordt om gelachen, het wordt als randverschijnsel afgedaan; kortom: het wordt niet serieus genomen. Iemand die gedrag vertoont dat niet 'past' bij de uiterlijk waarneembare geslachtskenmerken, wacht onbegrip en vernedering. Dat is te merken. Transsexuele mensen (de meest uitgesproken devianten van de cissexualiteitsnorm) leiden een zeer eenzaam leven, dat wordt gekenmerkt door een voortdurende strijd om erkenning; men leze hun autobiografieën.
Het is dus de maatschappelijke context waarin een transsexueeel persoon zich geplaatst ziet die transsexualiteit tot zo'n enorm probleem maakt. Een duidelijke illustratie van hoe insubordinerend transsexualiteit werkt op de maatschappelijke ordening in Nederland anno 1983 is de strijd die er in het juridische veld om wordt gestreden. Tot op heden is het voor de wet onmogelijk van geslacht te veranderen.

Een bedenkelijke ontwikkeling is de *toenemende medicalisering:* het verschijn- ►

sel dat allerlei zaken die met leven en welzijn te maken hebben – in dit geval transsexualiteit – als ziek/abnormaal of gezond/normaal worden gerubriceerd. Daardoor wordt het probleem uit de maatschappelijke context gelicht en teruggebracht tot individuele proporties. Een reden waarom transsexualiteit niet te veel het terrein van medici moet worden.

Er is nog een reden waarom transsexualiteit niet uitsluitend in het medisch kanaal past, en wel dat anders de suggestie wordt gewekt dat alleen langs die weg een objectieve benadering van 'het fenomeen' mogelijk zou zijn. Men kan zich afvragen of een objectieve benadering van transsexualiteit mogelijk is. In de door mij bestudeerde literatuur bleek meer dan eens – een enkele keer zwart op wit, maar meestal tussen de regels door – dat de auteurs zich in hun man/vrouwbeeld sterk laten bepalen door hun persoonlijke opvattingen; vaak hanteren zij de conventionele, algemeen maatschappelijk aanvaarde geslachtsrolstereotypen.

Het predicaat 'waardenvrij' is dus niet van toepassing. Medici dienen zich hiervan bewust te zijn, aangezien zij doorgaan voor specialisten op het gebied van ziekte en gezondheid (lees: wat abnormaal respectievelijk normaal is).

Samenvattend kan men stellen dat het probleem bij transsexualiteit is, dat de uiterlijke verschijning niet overeenkomt met de ervaren identiteit. Dit leidt tot identiteitsproblemen én tot zeer grote maatschappelijke problemen. Er is dus geen sprake van een ziekte, met een 'etiologie', 'differentiaaldiagnose' en 'therapie', maar van een ernstig lijden waarin door medisch-technisch ingrijpen verlichting kan worden gebracht. De geslachtsaanpassende operatie is een corrigerende ingreep, die zeer noodzakelijk en waardevol kan zijn zolang gedragingen die niet 'passen' bij de sexe – en transsexualiteit a fortiori – nog zozeer worden verguisd.

Het beste antwoord dat men op dit moment kan geven op de vraag om een geslachtsaanpassende operatie is:

1. Steunende begeleiding bieden op weg naar de (eventuele) operatie. Hierbij moet men als hulpverlener voortdurend de maatschappelijke context van 'het probleem transsexualiteit' in het oog houden.
2. Als tot operatie is besloten, wordt deze zonder al te veel terughoudendheid verricht.
3. Bij alle veranderingen in leefwijze die samenhangen met de geslachtsaanpassing dienen de betrokkenen terzijde te worden gestaan door competente maatschappelijk werkenden. ■

De scriptie 'Over sexualiteit', die hierboven in een samenvatting van de schrijver is weergegeven, kan worden verkregen door f 4,— aan hem over te maken: giro 3376978, S. J. van der Gaarden, Groningen; vermelden: 'Scriptie'.

Literatuur

1. Levine S. Sex differences in the brain. 1966.
2. Kirkels VGHJ. Het transsexuele syndroom. Een biologische beschouwing rond de geslachtsdifferentiatie. In: Transsexualiteit, Vreemdeling in eigen lichaam. Juridische en medische opstellen. Boekenreeks NBJ 3, 1976.
3. Vaal OM de. Man of vrouw? Dilemma van de transsexuele mens. Amsterdam: Wetenschappelijke uitgeverij, 1971.
4. Stoller RJ. Parental influences in male transsexualism. In: Transsexualism and Sex reassignment. Baltimore: The John Hopkins Press, 1969, hfdst. 8.
5. Hessellund H. Geslacht, identiteit en rol. Een rol naar gedragspatronen en geslachtsverschillen. Rotterdam: Kooyker wetenschappelijke uitgeverij, 1977.
6. Pen A. Enkele psychiatrische aàpecten van transsexualisme. In: Transsexualiteit, Vreemdeling in eigen lichaam (zie 2).
7. Benjamin H. The transsexual phenomenon. New York: Julian Press, 1966.
8. Meyer JK, Hoopes JE. The gender dysforia syndromes. A position statement on so-called 'transsexualism'. Plastic and reconstructive surgery 1974; 54: 444-51.
9. Walinder J, Thuwe I. A social-psychiatric follow-up study of 24 sex-reassigned transsexuals. 1975.
10. Laub DR, Fish F. A rehabilitation programme for gender dysforia syndrome by surgical sex change. 1973.
11. Meyer JK, Reter DJ. Sex reassignment, Follow-up. Arch Gen Psychiatry Aug 1979, Vol. 36.

PRAKTIJKPERIKELEN

Kinder'bescherming'

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

Een dezer dagen werd ik geconfronteerd met de geboorte van een zogenaamde 'afstandsbaby'. De bevalling vond thuis plaats en voor de eerste opvang van het kindje was een prima gastgezin beschikbaar, waarvan de moeder als verpleegkundige met kinderaantekening ook zeer ter zake kundig was.

Toen de Raad van de Kinderbescherming van de geboorte van deze baby op de hoogte was gesteld en het eerste contact tussen een ambtenaar van de raad en het gastgezin was gelegd, werd toegezegd dat de baby de eerste weken in het gastgezin zou kunnen blijven in afwachting van het vinden van een passend adoptief gezin. Slechts één dag later kwam er echter bericht van de raad, dat de baby 'volgens de regels' voor verdere begeleiding toch in een kindertehuis moest worden opgenomen. En zo werd de baby, nog geen zes dagen oud, door een maatschappelijk werkster opgehaald uit het gastgezin. ER WERD GEEN ENKELE VRAAG GESTELD OVER GEZONDHEID, VOEDINGSSCHEMA OF WAT OOK!

Terwijl steeds meer het belang wordt ingezien van een vaste (24 uur beschikbare) verzorgster voor de baby vanaf de geboorte, ter wille van een harmonische geestelijke ontwikkeling, en bijvoorbeeld in vele ziekenhuizen het contact tussen een vaste verzorgster (ouder) en de pasgeborene zoveel mogelijk wordt bevorderd, negeert de Raad voor de Kinderbescherming de moderne inzichten volkomen en prefereert nog steeds een maandenlange opname in een kindertehuis voor 'afstandsbabies'.

Is dit kinder'bescherming'?

Dr. J. A. Stoop



Opneming in verpleeghuizen

De gang van zaken in de stad Utrecht

Van alle aanvragen voor opneming van somatische patiënten in de verpleeghuizen van de stad Utrecht wordt 80% behandeld via de afdeling Sociaal Medische Zorg van de GG&GD in geregeld overleg met vertegenwoordigers van de verpleeghuizen; urgente situaties kunnen in eigen huis worden opgelost met kennisgeving aan de GG&GD. Voor acute opname van psychogeriatrische patiënten zijn een paar bedden beschikbaar; ook 'gewone' opnemingen zijn voor deze patiënten moeilijker te verwerkelijken dan voor somatische patiënten. Een bericht van Dr. J. A. Stoop, geneesheer-directeur van het centrum voor reactivering en verpleging 'Albert van Koningsbruggen'.

Somatische patiënten

Ten behoeve van een integrale aanpak voor de opneming en plaatsing van somatische patiënten in verpleeghuizen in de stad Utrecht komen de teamleden van de afdeling Sociaal Medische Zorg van de GG&GD en de vertegenwoordigers van de verpleeghuizen in tweewekelijkse zittingen van 1 à 2 uur bij elkaar; aan elke bespreking neemt de adviserend geneesheer van de AWBZ actief deel. De aanmeldingen voor de opneming worden ingediend door de huisarts, specialist of maatschappelijk werker op een zogenaamd AB-formulier. De patiënten worden bezocht door artsen en/of verpleegkundigen en/of maatschappelijk werkers van de SMZ/GG&GD; dit betekent dat deskundigen die onafhankelijk van de verpleeghuizen werken op een uniforme wijze de verpleegbehoeftigheid schatten. Tevens worden de medische en verpleegkundige problemen zoveel mogelijk afgezet tegen de sociale context. Deze gegevens worden gerangschikt op verzamellijsten, waarop onder meer de hoofddiagnose ten behoeve van de opneming en de voorkeur voor een verpleeghuis worden vermeld.

De *verpleegbehoeftigheidsscore* (VBS), door de Utrechtse verpleeghuizen opgesteld naar het voorbeeld van de geriatrische klinieken in Göteborg[1] [2], wordt eveneens genoteerd. De uitkomst hiervan geeft een indicatie van de verpleegbehoefte van de patiënt en laat een grove schatting van de prognose toe. De aangemelde patiënten, die inmiddels enige informatie over het verpleeghuis hebben ontvangen, worden met inachtneming van de eigen wensen voorgedragen voor opneming in een verpleeghuis. Bij de somatische patiënten gelukt het voor veruit het grootste deel (geschat 90%-95%) gehoor te geven aan de wensen van de patiënt, hetgeen doorgaans in overleg met de familie geschiedt. Na deze bespreking wordt de patiënt bezocht door een vertegenwoordiger van het verpleeghuis, doorgaans de maatschappelijk werker, al of niet tezamen met de arts. Zoveel mogelijk wordt de familie daarbij betrokken, waarbij wordt voorgesteld van de mogelijkheid vooraf het verpleeghuis te zien gebruik te maken.
Alle nu verzamelde gegevens worden in de opnemings- en plaatsingscommissie van ieder verpleeghuis afzonderlijk zo goed mogelijk tegen elkaar afgewogen om tot een uiteindelijk plaatsingsadvies te komen.
De *ontslagprocedure* van ieder verpleeghuis verloopt op zichzelf. Zo nodig wordt verwezen naar een dagbehandelingscentrum, een polikliniek, de nazorg in de wijk of de huisarts. De opengevallen plaatsen komen vanzelfsprekend in de volgende tweewekelijkse bijeenkomst van het plaatsingsoverleg ter sprake.

Voor- en nadelen

Door middel van deze procedure zijn er gelijke kansen voor iedere patiënt en voor elk verpleeghuis, in het bijzonder bij de ernstige situaties. Er bestaat de meeste kans dat de juiste patiënt in het juiste bed terechtkomt. Tevens is er een voortgangscontrole in het plaatsingsoverleg, zodat bij dreigende leegstand dan wel schaarste aan plaatsingsmogelijkheden hulp kan worden geboden.

Als nadeel zou men kunnen noemen, dat de opnemingsprocedure minder direct is dan de directe aanmelding. Het kan ook oponthoud betekenen. De gemiddelde tijd tussen het invullen van het AB-formulier en opneming in het verpleeghuis in 1982 was vijftien dagen. De verpleeghuizen hebben ten aanzien van hun eigen opnemingsbeleid een deel van hun zelfstandigheid moeten inleveren en daarmee mogelijk iets van hun eigen gezicht, maar het karakteristieke van ieder verpleeghuis wordt op zich niet aangetast.
Een knelpunt is, dat door deze geheel eigen wijze van opnemen van patiënten in verpleeghuizen, in de ziekenhuizen nog onduidelijkheid bestaat betreffende de procedure. Wanneer kan worden voorzien dat een opneming van een patiënt in een ziekenhuis van lange duur zal zijn dan wel dat de behandeling in het ziekenhuis een lange intensieve nazorg noodzakelijk maakt, dient men al van de aanvang af de mogelijkheid van opneming in een verpleeghuis te overwegen en derhalve een aanvrage voor aanmelding te doen uitgaan. Is de opneming in een ziekenhuis van korte duur of is nazorg niet nodig dan wel kan de patiënt na ontslag extramuraal worden opgevangen, dan zal een aanvraag voor opneming in een verpleeghuis overbodig zijn.
Een ander knelpunt is, dat het niet direct melden aan de SMZ van de GG&GD van een patiënt die is overleden of ontslagen naar huis of elders, een vlotte doorstroming in de weg staat.
Een speciaal probleem met betrekking tot de beoordeling van opneming op een somatische afdeling vormen die patiënten die voornammelijk 's nachts storend gedrag of gestoord-zijn vertonen. Om dit te voorkomen wordt gestreefd naar een integratie van de afdeling Somatische Zorg en de afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de GG&GD.
Tenslotte mag de opmerking niet achterwege blijven, dat het voor een aantal patiënten niet meevalt twee of meer keer hetzelfde verhaal te moeten vertellen alvorens opneming in het verpleeghuis kan plaatsvinden.

Psychogeriatrische patiënten

De afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de GG&GD heeft vaak al jaren contact met bewoners van de stad Utrecht, voor wie door de huisarts of het ▶

maatschappelijk werk of door de familie of gezinsleden hulp wordt gevraagd in verband met iemands psychosociaal disfunctioneren. Door een escalatie van gebeurtenissen of een geleidelijke verergering van de toestand kan het noodzakelijk zijn de afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de GG&GD van de stad Utrecht of de sociaal-psychiatrische dienst (SPD) in de provincie Utrecht (thans RIAGG, regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg) te verzoeken een mogelijkheid tot opneming in overeenstemming met de wensen van de patiënt of de familie te vinden.
Gezien de vaak zeer lange wachtlijst voor opneming, samenhangend met het geringe aantal intramurale psychogeriatrische bedden, kan – anders dan bij somatische patiënten – niet altijd overeenkomstig de wens van de patiënt of diens familie worden gehandeld. Omdat de draaglast van de patiënt snel kan toenemen en de draagkracht van de omgeving afneemt, zal de oplossing van zo'n acuut geworden situatie niet altijd als bevredigend worden ervaren; getalsmatig is hierover weinig bekend.
De aanmelding wordt in het centraal plaatsingsoverleg van de afdeling Geestelijke Volksgezondheid GG&GD gebracht, in overleg met het provinciale centrale plaatsingsoverleg van de SPD (thans RIAGG). Omdat de doorstroming op de psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis veel geringer is dan op de somatische afdelingen, moet er doorgaans enige tijd worden gewacht voordat een geschikte plaats vrijkomt. De plaats van opneming wordt mede bepaald door de maten van begeleidings-, verzorgings- of verpleegbehoeftigheid van de op te nemen patiënt, beoordeeld volgens de beoordelingsschaal oudere patiënten (BOP-schaal). Hoe werkt de BOP-schaal? Om een gedragsbeoordeling te kunnen overbrengen wordt het resultaat van de gedragsobservatie schriftelijk vastgelegd op een vragenlijst. De in Noord-Amerika ontwikkelde 'Stockton geriatric rating scale' is daartoe aan de Nederlandse omstandigheden aangepast. De lijst bevat vijfendertig vragen met betrekking tot hulpbehoevendheid, agressiviteit, lichamelijke invaliditeit, depressief gedrag, psychische invaliditeit en inactiviteit; hiermee wordt een indruk vastgelegd van het gedrag van de oudere mens, zodat een onderlinge vergelijking op verschillende tijdstippen mogelijk is. Nadat het centrale registratisysteem voor de te bezetten psychogeriatrische plaatsen in verpleeghuizen is geraadpleegd en de aanmeldingsformulieren, ingediend door de extramurale zorgverlening, zijn beoordeeld, wordt de opneming geregeld. Uiteraard wordt de patiënt persoonlijk door medewerkers van het betrokken verpleeghuis bezocht.
Ontslag, overplaatsing naar een andere instelling van gezondsheidszorg of overlijden van de patiënten, wordt direct doorgegeven aan het centraal plaatsingsoverleg van de afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de GG&GD.

Voor- en nadelen

De voor- en nadelen zijn ongeveer dezelfde als die bij de opneming van somatische patiënten. Een belangrijk verschil is gelegen in het feit dat de wachttijd voor opneming op een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis door de schaarste aan plaatsen veel langer is dan de wachttijd voor opneming in somatische (afdelingen van) verpleeghuizen.
Een knelpunt vormt de urgentie van de opname bij psychogeriatrische patiënten. Vaak treedt er plotseling en onverwacht een escalatie van gebeurtenissen op. Opneming en plaatsing kunnen dan alleen worden verwezenlijkt indien er 'acute bedden' worden vrijgehouden. Men kan in het verpleeghuis echter alle 'acute bedden' vrijhouden, indien er boven de geplande bezettingsgraad (gemiddeld 98,4% voor de gecombineerde verpleeghuizen in 1982) wordt gewerkt. Voor het direct opnemen van een geestelijk gestoorde patiënt is 2% of iets minder van het totale aantal bedden op psychogeriatrische afdelingen beschikbaar. De ervaring heeft ons in Utrecht geleerd dat bij een verergering van de toestand van psychogeriatrische patiënten opneming in een verpleeghuis, waar observatiemogelijkheden aanwezig zijn, het beste is.
Urgente situaties in de somatische sfeer, bijvoorbeeld in het geval van een alleenwonende die van de trap is gevallen en stijf van de spierpijn en blauwe plekken zich niet meer zelf kan redden, kunnen volgens een versnelde procedure (telefonische melding) met kennisgeving aan de afdeling Sociaal Medische Zorg van de GG&GD in een verpleeghuis worden opgelost.
Van alle aanvragen voor opneming van somatische patiënten in de verpleeghuizen van de stad Utrecht wordt 80% via de afdeling Sociaal Medische Zorg van de GG&GD behandeld. In principe gaan de patiënten uit de stad Utrecht zelf voor, maar dat hangt mede af van de opzet en doelstelling van het betrokken verpleeghuis. Met betrekking tot de opneming van psychogeriatrische patiënten worden alle aanmeldingen behandeld door de afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de GG&GD of door de SPD (RIAGG). ■

Literatuur

1 Hultén A, Kerstell J, Olsson R, Svanborg A. A message to calculate nursing load. Scan J Rehab Med 1969; 1: p 117-25.

2 Gillner A, Hultén A, Kerstell J, Olsson R, Steen B, Svanborg A. Intensive short-term rehabilitation of geriatric patients. Scand J Rehab Med 1969; 1: 133-8.

BOEKEN

Reguliere en alternatieve geneeskunde. *Van conflict naar synthese. Bijdragen van L. J. Menges, P. A. van Dijk, O. G. Meijer, P. A. Vroon en J. J. Klinkert.*

Dit boekje behandelt de relatie tussen de reguliere en alternatieve geneeskunde op dit moment met daaraan gekoppeld de vraag hoe deze relatie in de toekomst gestalte dient te krijgen. Beide vormen van geneeskunde hebben een plaats binnen de gezondheidszorg; de plaats van de alternatieve geneeskunde wordt steeds groter.
In dit boekje wordt beschreven dat de huidige relatie tussen beide vormen van geneeskunde wordt gekenmerkt door conflict. Toenadering tussen de vertegenwoordigers van zowel de alternatieve als de reguliere geneeskunde wordt belemmerd door onder andere de zeer dogmatische opstelling van *beiden,* waarbij men elkaar bestrijdt in de vorm van heilloze schermutselingen op oppervlakkig niveau terwijl de diepere kern van het conflict onaangeroerd blijft. Er worden echter tekenen zichtbaar dat enige toenadering in het verschiet zou kunnen liggen.
Naast de verschillen zijn er ook aspecten die parallel gaan lopen. De schrijvers pleiten voor een samenwerking waarbij de regulieren en de alternatieven wederzijds gebruik zullen maken van de waardevolle elementen in elkaars benadering, zodat ze elkaar op de juiste manier kunnen aanvullen (synthese). De schrijvers verdienen alle lof voor het feit dat het onderwerp van 'conflict' naar 'synthese' wordt behandeld op die manier, waarbij onbevooroordeeld naar beide vormen van geneeskunde wordt gekeken, zonder dat zij zich uitspreken vóór een van beide vormen. Dit boek is daarom waardevol bij de discussie tussen reguliere en alternatieve geneeskunde en zou derhalve dienen te worden gelezen door elke praktizerende medicus, die onvermijdelijk met het onderwerp wordt geconfronteerd.

D. Meijer

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam

Geldboete van *f* 10.000 voor huisarts wegens onzorgvuldige behandeling drugsverslaafden

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam heeft het navolgende overwogen en beslist naar aanleiding van de op 10 juni 1982 ingekomen klacht van: A in zijn hoedanigheid van geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid tegen B, van beroep huisarts.
Kennis is genomen van het klaagschrift met bijlagen, van het verweerschrift d.d. 9 augustus 1982, van het proces-verbaal nr. 10576 van de gemeentepolitie te C, centrale recherche, bureau bijzondere zaken, met bijlagen, van een nadere verklaring van klager, op schrift gesteld en door hem voorgelezen op na te melden terechtzitting, alsmede van de door de raadsman van verweerder op na te melden terechtzitting overgelegde stukken, te weten, een brief van de voorzitter en de secretaris van de C Huisartsen Vereniging, d.d. 28 februari 1983, een discussienota van de Begeleidingscommissie Consultatieve Artsen C van maart 1982 en de Nota drughulpverlening eerstelijnsgezondheidszorg C van december 1982.
De klacht is in aanwezigheid van partijen behandeld ter terechtzitting van het college van 1 maart 1983. Verweerder werd bijgestaan door zijn raadsman Mr. D, advocaat te Amsterdam. Ter terechtzitting is op verzoek van verweerder als getuige gehoord E, arts bij de GG en GD te C, wonende te C.

Door het onderzoek is vastgesteld:
Verweerder is sinds 1953 gevestigd als huisarts. Hij heeft een praktijk in C met ongeveer 1.700 à 1.800 ziekenfonds- en ongeveer 500 particuliere patiënten. Daarnaast behandelt hij ook aan harddrugs verslaafde patiënten. Met deze patiënten is verweerder begin 1981 voor het eerst in aanraking gekomen, na een verzoek van een patiënte om haar aan heroïne verslaafde zoon te willen begeleiden. Verweerder heeft hem Methadon voorgeschreven.
Daarna is verweerder geconfronteerd met een snel toenemend aantal patiënten die drugs gebruikten en Methadon vroegen als vervangingsmiddel. Teneinde overlast voor de andere patiënten te voorkomen heeft verweerder voor zijn drugspatiënten een speciaal spreekuur ingesteld op dinsdag en donderdag van 17.00 tot 18.00 uur. Verweerder heeft zijn patiënten hiervan kennis gegeven in een in vier talen gestelde brief. Deze spreekuren waren al gauw zo druk bezocht dat verweerder vaak pas om 21.30 uur klaar was.
Verweerder wist, naar hij heeft verklaard, in het begin niet veel af van de problematiek en behandeling van drugsverslaafden. De dosering van Methadon heeft verweerder opgezocht in het farmaceutisch repertorium. Hij heeft geen contact gezocht met collegae of met instanties die zich met hulpverlening aan drugsverslaafden bezighielden. Volgens verweerder kon hij vrij snel constateren of iemand wel of niet verslaafd was aan de hand van het verhaal van de patiënt, diens pupillen en de littekens op armen en benen. Voor het afnemen van een uitgebreidere anamnese en het doen van lichamelijk onderzoek was, zeker later, geen gelegenheid. De patiënt kreeg van verweerder een recept voor een hoeveelheid methadontabletten welke in overeenstemming was met de hoeveelheid heroïne die de patiënt zelf opgaf te gebruiken. Verweerder schreef maximaal 180 tabletten – incidenteel 200 – voor, bestemd voor een periode van tien dagen. Per recept vroeg verweerder een bedrag van *f* 25,— of *f* 35,— en soms niets. De medicatie werd, aldus verweerder, zo mogelijk wel afgebouwd.
Tot augustus 1981 heeft verweerder van zijn drugspatiënten geen administratie bijgehouden. Eind 1981, begin 1982, is door de gemeentepolitie te C afdeling centrale recherche, bureau bijzondere zaken/narcoticabrigade, een onderzoek ingesteld naar een mogelijke overtreding door verweerder van art. 2 van de Opiumwet c.q. medeplichtigheid daaraan en mogelijke overtreding van de artikelen 225 en 416 van het Wetboek van Strafrecht. Terzake van dit onderzoek zijn door de politie vele personen, voornamelijk patiënten van verweerder, gehoord. Ook is op 7 december 1981 gehoord de apotheker F. Blijkens diens verklaring, gevoegd bij voormeld proces-verbaal, heeft deze reeds in februari 1981 gemerkt dat verweerder in vergelijking met andere huisartsen zeer veel Methadon was gaan voorschrijven. F heeft gecontateerd dat in de maanden februari tot en met juli 1981 in zijn apotheek in totaal 162 recepten zijn aangeboden voor methadontabletten, methaqualontabletten en vloeibare Methadon, uitgeschreven door in totaal ongeveer 40 artsen, waarvan echter 107 door verweerder.
F heeft verweerder in de loop van 1981 verscheidene malen telefonisch gewaarschuwd omdat in zijn apotheek recepten werden aangeboden die niet waren gedateerd of waren bestemd voor andere personen dan de aanbieder van het recept. Hij heeft verweerder bovendien gewezen op de kans dat de tabletten rechtstreeks de zwarte markt op zouden gaan. Verweerder heeft verklaard niet bekend te zijn geweest met het bestaan van een zwarte markt voor methadontabletten en daar in zijn praktijk in C nimmer mee te zijn geconfronteerd.
Verweerder zou voorts nooit ongedateerde recepten hebben afgegeven, maar sluit de mogelijkheid niet uit dat receptenpapier van hem is gestolen. Verweerder heeft wel incidenteel op verzoek van een patiënt recepten uitgeschreven op naam van andere, hem onbekende, personen.
Verweerder zelf is op 13 januari 1982 door de politie gehoord. Het van dit verhoor opgemaakte proces-verbaal bevindt zich bij de stukken. Het onderzoek heeft niet tot strafvervolging geleid.
Tegenover de politie, alsook in de onderhavige procedure, heeft verweerder naar voren gebracht dat hij met zijn drugsspreekuren is doorgegaan op verzoek van de arts E, en uit bewogenheid met de patiënten, die nergens anders naar toe konden. E is verbonden aan het consultatieproject van de GG en GD te C, dat in juni 1981 is gestart mede naar aanleiding van de in C ontstane onrust na ontvangst van de aan alle artsen verzonden brief, gedateerd maart 1981, van de drie hoofdinspecteurs betreffende de ambulante behandeling van verslaafden aan opiumwetmiddelen. Verweerder heeft deze brief ook ontvangen maar, naar hij heeft verklaard, slechts vluchtig gelezen. Het doel van het consultatieproject was het verlenen van advies aan huisartsen teneinde te komen tot een verantwoorde vorm van hulpverlening aan drugsverslaafden in de eerstelijnsgezondheidszorg.
E heeft in juni 1981 contact gezocht met verweerder van wie, via zijn verslaafde patiënten, ook bij de GG en GD bekend was geworden dat hij vele drugsverslaafden behandelde. Sindsdien heeft E wekelijks – en na december 1981 maandelijks – gesprekken gevoerd met verweerder, waarbij hij voorlichting en advies verstrekte over de hulpverlening aan de verslaafden. Verweerder, die tot dan toe volledig solistisch te werk was gegaan, werd ook gewezen op de mogelijkheden van doorverwijzing. In samenwerking met de afdeling centrale methadonregistratie van de GG en GD heeft verweerder vanaf augustus 1981 een kaartsysteem opgezet en bijgehouden. Vermeld werden de naam en de geboortedatum van de patiënt en de datum en periode van voorschrijven. Door vergelijking met door de GG en GD aan hem verstrekte lijsten kon verweerder vanaf die tijd nagaan of en verhinderen dat zijn patiënten ook via andere kanalen middelen kregen voorgeschreven.
E heeft ter terechtzitting verklaard verweerder te hebben aangeraden een groot deel van zijn drugspatiënten, en daarvan met name de buitenlanders, af te stoten. Dat is, aldus E, pas eind 1981 gelukt na confrontatie van verweerder met de resultaten van een door de inspecteur van de Geneesmiddelen G ingesteld on- ▶

derzoek naar het aantal door verweerder uitgeschreven recepten voor opiumwetmiddelen in de periode van 4 augustus tot en met 23 september 1981. Daaruit bleek dat in deze periode 1.830 recepten voor in totaal 324.578 methadontabletten, 296 recepten voor in totaal 150.400 cc vloeibare methadon en 485 recepten voor in totaal 15.650 methaqualontabletten ten behoeve van in totaal 992 patiënten, uitgeschreven zijn op receptenpapier van verweerder. Tweederde daarvan waren buitenlanders, voor ongeveer de helft Duitsers.

In november 1981 ontving verweerder bovendien een brief van apotheek F waarin werd medegedeeld dat vanaf 12 november 1981 geen opiumwetrecepten van verweerder meer zouden worden geaccepteerd.

Verweerder heeft vervolgens, samen met E, een in vier talen gestelde brief verspreid met de tekst: 'Aan de methadonpatiënten. Op last van de Gezondheidsautoriteiten mag ik geen Methadon of slaapmiddelen meer voorschrijven aan drugsverslaafden. Vanaf heden kunt u hiervoor niet meer bij mij terecht. Dr. B'. E is in december 1981 tweemaal persoonlijk bij een drugsspreekuur van verweerder aanwezig geweest. Verweerder heeft daarna de opzet van de hulpverlening aan drugsverslaafden geheel veranderd; hij behandelt thans nog slechts 35 à 40 drugspatiënten, waaronder enkele Duitsers, die echter in Nederland woonachtig zijn.

De klacht behelst dat verweerder vanaf begin 1981 in sterk toenemende mate aan drugsgebruikers methadon heeft voorgeschreven en hierbij nauwelijks enige anamnese of lichamelijk onderzoek heeft verricht, terwijl geen sprake was van enige medische verslaglegging.

Ten aanzien van de klacht geldt het volgende:

Vooropgesteld dient te worden dat het onderzoek is beperkt gebleven tot de periode van februari 1981 tot december 1981. De periode nadien kan buiten beschouwing blijven nu is gebleken dat verweerder zich daarin op geheel andere en meer verantwoorde wijze heeft ingesteld op en beziggehouden met de problematiek van drugspatiënten en hun behandeling.

Aan de hand van de beschikbare gegevens moet worden vastgesteld dat verweerder in de betreffende periode onvoldoende zorgvuldig heeft gehandeld. Verweerder heeft de behandeling op zich genomen van zeer vele aan harddrugs verslaafde patiënten, terwijl de problematiek van deze verslaving en de behandelingsmogelijkheden en -methoden hem nagenoeg onbekend waren. Verweerder heeft daarbij gedurende geruime tijd nagelaten zich in deze problematiek te verdiepen en serieuze pogingen te ondernemen de vereiste kennis te vergaren. In dit licht is ook tekenend dat hij, zoals hij heeft verklaard, de brief van de hoofdinspecteurs van maart 1981 slechts vluchtig heeft gelezen, hoewel juist daarin de problematiek, waarmede hij toen in toenemende mate werd geconfronteerd, uitvoerig werd behandeld. Dat de in deze brief voorgestelde vormen van hulpverlening aan drugspatiënten niet overeenstemden met de in C in de praktijk bestaande situatie en mogelijkheden, doet daar op zichzelf niet aan af.

Voorts heeft verweerder zich bij de behandeling beperkt tot het voorschrijven van Methadon of vergelijkbare middelen, telkens voor een periode van tien dagen. Het door hem ingestelde lichamelijk onderzoek was in het algemeen zeer beperkt en de anamnese was uitsluitend gericht op verkrijging van informatie over de hoeveelheden drugs die de patiënt gebruikte. Van enige voor de behandeling van drugsverslaafden noodzakelijke begeleiding was nauwelijks sprake en ook de geleidelijke afbouw van de vervangende medicatie, die verweerder beweerdelijk heeft nagestreefd, kan niet mogelijk zijn geweest, daar een, daartoe onmisbare, deugdelijke administratie en verslaglegging aanvankelijk geheel ontbraken, terwijl ook de later bijgehouden, uitsluitend kwantitatieve verslaglegging bij gebreke van bijvoorbeeld gegevens over de sociale achtergronden van de patiënt, daartoe ontoereikend moet worden geacht.

Dat verweerder op verzoek aan patiënten recepten meegaf op naam van andere, hem onbekende, personen, is zeer laakbaar. Onaannemelijk is voorts – mede gelet op hetgeen daaromtrent door F en E is verklaard – dat verweerder niet op de hoogte zou zijn geweest van het bestaan van een zwarte markt voor methadontabletten.

Tenslotte moet verweerder worden verweten dat hij, toen hem in juni 1981 en de daaropvolgende periode door het contact met E duidelijk moet zijn geworden dat zijn aanpak van de zich tot hem wendende verslaafden onverantwoord was, niet zo spoedig als maar mogelijk was tot sanering van zijn drugsverslaafdenpraktijk is overgegaan en daartoe pas bereid was na confrontatie met de resultaten van het door de Geneesmiddeleninspecteur G ingestelde onderzoek en de weigering van apotheker F zijn opiumwetrecepten te accepteren.

Samenvattend wordt verweerder verweten dat hij zonder voldoende kennis, onderzoek, anamnese en verslaglegging de behandeling van drugspatiënten op zich heeft genomen en daarmede, ondanks vele waarschuwingen en de toenemende mogelijkheden tot doorverwijzing, te lang is doorgegaan.

Aldus heeft verweerder het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ernstig ondermijnd.

Bij de beslissing tot oplegging van na te melden maatregel zijn in aanmerking genomen de bijzondere problemen waarmee verweerder zich zag geconfronteerd door de zeer grote toeloop van drugsverslaafden, die zich tot hem wendden en voor wie zeker aanvankelijk onvoldoende andere opvangsmogelijkheden bestonden, alsmede zijn verklaring dat hij heeft gehandeld uit bewogenheid met deze zijn hulp inroepende verslaafden.

Het algemeen belang vergt bekendmaking van de beslissing op na melden wijze:

Legt aan verweerder een geldboete op van f 10.000,— (tienduizend gulden), desgewenst te voldoen in twee halfjaarlijkse termijnen van f 5.000,—

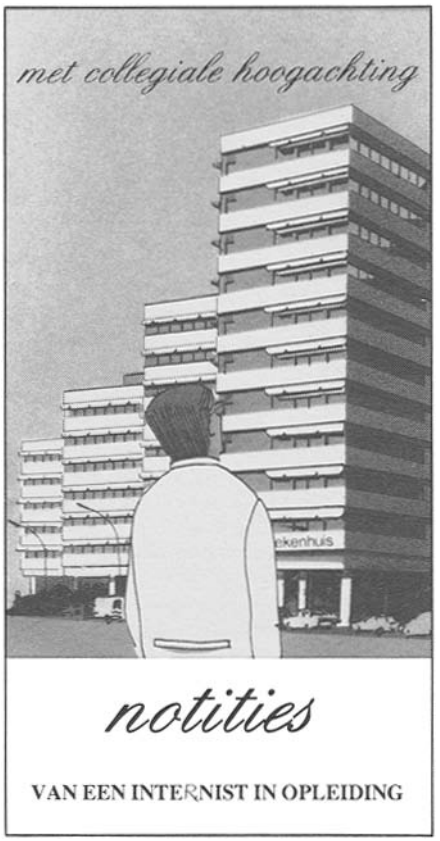
Bepaalt dat deze beslissing op de wijze als voorgeschreven bij art. 13b van de Medische Tuchtwet wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met het verzoek tot plaatsing aan de volgende tijdschriften: Tijdschrift voor Gezondheidsrecht; Medisch Contact; Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Aldus gewezen op 21 maart 1983 onder voorzitterschap van Mr. G. G. van Erp Taalman Kip-Nieuwenkamp, met F. J. C. Westerweel, S. Luitse, Dr. P. Leguit en J. F. W. G. Verheul, leden-geneeskundige, en met bijstand van Mr. L. A. M. van den Berg-Voermans, secretaris. ■



Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

9: Brieven en afval



Deze week voor het eerst sinds tijden weer eens wat gestudeerd. Twee patiënten op de afdeling stellen me voor een raadsel, hun klacht is niet goed te duiden; dus moet ik maar eens gaan snuffelen en puzzelen, kijken of ik voor een van de geopperde gedachten wat steun kan vinden. Bladeren in Cecil Loeb, nog eens in een paar NTvG's zitten zoeken, want ik meen dat ik nog niet zo lang geleden over iets dergelijks wat heb gelezen. Ik kom er toch niet helemaal uit, een aantal dingen is 'typisch' voor het een, een aantal andere weer 'typisch' voor het ander. Of, zoals mijn hoogleraar interne vaak zei: in de geneeskunde kan alles, maar hoeft niets. Ik moet er maandag nog maar eens met Arie over praten.

Ook heb ik weer een paar brieven geschreven dit weekend. Ik had twee statussen mee naar huis genomen om in alle rust en geconcentreerd de ontslagbrief te kunnen schrijven. Bij ons schrijf je die in het eerste jaar van je opleiding met de hand; Arie corrigeert hem dan, waarna de typiste hem netjes typt. We tekenen de brief allebei, waarna hij voor alle betrokkenen wordt gecopieerd; het origineel is voor de huisarts. Arie heeft me een lijstje gegeven van de hoofdstukjes waaruit zo'n brief zou moeten bestaan: opname-indicatie, korte samenvatting van de voorafgaande geschiedenis, anamnese voor deze opname, mijn bevindingen bij lichamelijk onderzoek, en dan het voornaamste laboratorium- en ander onderzoek dat in het ziekenhuis gedaan is; niet-relevante details moet ik weglaten; dan mijn conclusie, de therapie die we wel (en soms ook niet) hebben ingesteld, en wat we op wat langere termijn van plan zijn. Een brief op bloedziekten eindigt altijd met wat je wel en niet met de patiënt en zijn of haar familie hebt besproken. Het kost me zeker een uur voordat ik het allemaal netjes op twee of drie velletjes heb staan. En dan blijkt dat Arie het toch weer te lang vindt: de huisarts is niet geïnteresseerd in al die getallen, die wil gewoon een diagnose weten en wat hij moet doen – maar ja, uit dezelfde brief in de status moet je straks ook de relevante zaken kunnen halen.
Ook al hebben we voorgedrukte briefstramienen, toch dijen de eerste brieven geweldig uit. Arie schrapt en wil af en toe speciale formuleringen: dit moet je zo en zo zeggen. De secretaresse klaagt luid en duidelijk over de lengte van de brief, en iedere keer opnieuw beloof ik dat ik het de volgende keer korter zal maken. Ik heb steeds de neiging op de uitlegtoer te gaan; een beetje is goed, zegt Arie, maar hoe langer de brief, des te minder kans dat iemand hem leest. Al met al duurt het vaak twee, drie weken voordat een brief bij de huisarts op de mat ligt.

Gelukkig schrijven we ook altijd met de hand een 'voorlopig ontslagbericht', waarin de essentie in vier regels moet staan, al was het maar omdat er niet veel plaats is. Soms kijk ik wel eens wat afgunstig naar Ton, de andere assistent met wie ik op de afdeling zit. Hij is al een jaar of wat verder en dicteert zijn brieven in een dicteerapparaat. Dat doet hij zo tussendoor, tussen de middag of als de co-assistent een patiënt aan het nakijken is.

Deze week besloten maar eens wat autoritairder op te treden. Als ik bij een patiënt een infuus moest inbrengen en het hing om elf uur nog niet klaar terwijl de verpleging het had beloofd, ging ik het maar zelf klaarmaken. Dat gaat vaak bijna net zo snel als eerst een zuster roepen. Maar nu is het net of sommigen het erom beginnen te doen. Ik heb me voorgenomen nu maar eens gewoon weg te lopen als ik bij een patiënt kom om de medicatie te spuiten en het infuus niet klaarhangt; dan vraag ik wel om te komen roepen als alles klaar staat. Misschien heb ik daar toch wat meer tijdvoordeel mee. Alleen, de patiënt is er de dupe van, al is dat ook maar relatief. En hoe lang ik dat volhoud . . . Ik raak langzamerhand wat ingeburgerd in het ziekenhuis. Op allerlei afdelingen beginnen ze mijn gezicht te kennen en ik het hunne. Met de namen is het nog wat moeilijker. Toch werkt het veel prettiger als je elkaars gezicht al eens hebt gezien. Langzaam aan weet ik wie ik hebben moet als ik op de röntgen snel een foto gemaakt wil hebben of als ik door de patholoog-anatoom wat preparaten wil laten reviseren. Ik ga de verschillende consulenten op hun waarde schatten: dat is er één waar je wat aan hebt. Ook ben ik maar eens begonnen een lijstje met nuttige telefoonnummers aan te leggen. Zes keer op een dag het lab bellen, eindeloos de bezettoon van de röntgen aanhoren, drie keer per week bij Bacteriologie naar kweekuitslagen informeren: dan heb je die nummers gauw te pakken, maar als ik de wat minder frequente nummers iedere keer weer in het gidsje moet opzoeken . . . ('Bacteriologie: zie Medische Microbiologie').

Volgende week gaan we met de afdeling bowlen, in het kader van het jaarlijkse dagje uit. De directie doet voor iedere medewerker f 25,— in de pot, de rest moeten we zelf bijlappen. 's Morgens is er een puzzelfietstocht gepland, wat er daarna gebeurt wordt nog geheim gehouden, en 's avonds gaan we gezamenlijk een hap eten en een balletje gooien. Het lijkt me leuk alle mensen van de afdeling zo eens bij elkaar te hebben. Over de dagjes uit van vorige jaren gaan de meest enthousiaste verhalen.

Deze maand ben ik maar eens bij de apotheek binnengestapt. Als patiënten worden opgenomen leveren ze de medicijnen die ze bij zich hebben allemaal in. Die worden dan geloof ik eens per week opgehaald en verzameld om in grote kartonnen dozen voor de verbranding in de Rijnmond te worden klaargemaakt. In Tanzania zitten ze te springen om antibiotica en bij tijden om digoxine, diuretica, anti-diarreemiddelen, ijzer en dingen als valium, een enkele keer tabletten voor een diabeet of iemand met hypertensie. Ik mocht een lijstje maken van de belangrijkste groepen middelen waarvoor ik belangstelling had; dan zouden de assistentes op de apotheek die medicijnen er wel uit vissen en voor mij in een doos gooien. Gisteravond een uur lang de eerste oogst zitten sorteren. Een paar verlopen ampullen penbritin en een incompleet kuurtje van een mij niet bekend antibioticum gaan alsnog de vuilnisbak in. Maar de nog vrijwel volle pot met 200 capsules clamoxyl maakt samen met een aantal kleine potjes toch een flink aantal. Voegen we daar de bactrimel en nog wat andere medicijnen bij, dan heb ik zo toch al voor een kleine duizend gulden bij elkaar gesorteerd: vlak voor het stort vandaan gevist.

Arnold Weterings

Nr. 9 – 2 maart '84 – 39e jaargang

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

MC

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht. Telefoon 030-885411 (17 lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

Dagelijks bestuur	Dr. J. J. H. M. Daniëls, voorzitter; F. N. M. Bierens, ondervoorzitter; Mw. G. S. Kraaijenbrink-de Zeeuw, Dr. R. C. Schokker en Th. W. J. Derksen; leden: W. J. de Regt (voorzitter LHV), J. W. H. Garvelink (voorzitter LAD), C. F. A. Heijen (ondervoorzitter LSV) en J. Bosman (voorzitter LVSG), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, secretaris; Prof. Mr. W. B. van der Mijn en Dr. H. Roelink, adviseurs; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken. Onder het secretariaat ressorteren o.a.: De afdelingen Ledenbemiddeling (waaronder het Bureau voor Waarneming), Comptabiliteit, Ledenadministratie, Centrale Verwerking, Buitenland en de Comissies Doktersassistenten en Geneeskundige Verklaringen.
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.
Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)	Mr. H. J. Overbeek en Drs. H. Willems, directie; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)	Mw. Mr. P. Swenker, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)	Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, directeur; Mw. J. M. Mantel-Dusamos, 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. H. Fermin, secretaris; Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur.
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)	Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureautijden 8.30-12.30 uur.
Huisarts Registratie Commissie (HRC)	L. G. Oltmans, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Stichting Nascholing Huisartsen (SNH)	Dr. J. A. E. van der Feen, centrale coördinator; Mw. I. Koers, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (OF)	H. Frese, ambtelijk secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, 2861 CB Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.
Bibliotheek	Prof. Dr. G. A. Lindeboom, bibliothecaris. p/a Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.

De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk

KNMG

Kort verslag van de hoofdbestuursvergadering d.d. 7 februari 1984

Waarneming en vestigingsbeleid

Mededeling wordt gedaan van de impasse waarin de LHV is terechtgekomen mede als gevolg van het feit dat het er steeds meer naar uit gaat zien dat het nog wel enige tijd zal duren vooraleer het vestigingsbeleid van de overheid in het kader van de Wet voorzieningen gezondheidszorg gaat worden gerealiseerd. Immers van een vloeiende overgang van de vestigingsregeling van de LHV naar het vestigingsbeleid ex WVG zal hierdoor geen sprake zijn. Een van de gevolgen hiervan is, dat er nogal wat vestigingen plaatsvinden in gemeenten waar ingevolge de vestigingsregeling van de LHV geen ruimte voor nieuwe vestigingen aanwezig is. Jonge huisartsen die zich wel conform de regels van de beroepsgroep (pas) hebben gevestigd komen hierdoor in de problemen. Voor het HB is daarbij de vraag aan de orde of in die situatie de richtlijnen voor opneming in respectievelijk uitsluiting van waarnemingsregelingen onverkort van toepassing kunnen zijn.
Het hoofdbestuur besluit een voorstel aan de Algemene Vergadering van 23 maart 1984 te doen voor een tijdelijke aanpassing van gedragsregel 56 en van de waarnemingsregeling en wel voor de periode waarin een wettelijk vestigingsbeleid nog niet van kracht is geworden.

Benoemingen

Het hoofdbestuur benoemt tot secretaris-jurist Mevrouw Mr. W. R. Vroom-Kastelein. Tot stafmedewerker voor de public relations op parttime basis wordt benoemd de heer G. J. Eikmans.

Herziening van het stelsel voor de geneesmiddelenvoorziening volgen de Geneesmiddelenwet

Er vindt een bespreking plaats met de KNMG-vertegenwoordigers in de Geneesmiddelencommissie over een eventuele herziening van de geneesmiddelenvoorziening volgens de Wet op de Geneesmiddelen. Aan de orde komen onder meer een uitbreiding van de UR-lijst, de wijze van afgifte van niet-UR-geneesmiddelen en de zelfmedicatie.

Knelpunten in- en uitstroom van medische beroepsopleidingen

Door een kleine werkgroep is een inventarisatie opgesteld van de knelpunten die momenteel bestaan in de in- en uitstroom van de medische beroepsopleidingen. Het hoofdbestuur kan zich in het rapport van de werkgroep vinden en besluit op basis daarvan het gesprek met Colleges en Registratiecommissies voort te zetten.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal.

SNH

Nascholingsagenda voor de huisarts

Kopij voor deze rubriek dient vóór de eerste vrijdag van de maand te worden ingestuurd aan Mw. I. Koers, Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, tel. 030-88 54 11, toestel 358.

NB: Het teken 'R', geplaatst achter de cursusdatum, duidt aan, dat op het bureau van de SNH een ingevuld registratieformulier met nadere gegevens over deze cursus aanwezig is. Hier kan een kopie van dit formulier door geïnteresseerden worden aangevraagd, ook bijvoorbeeld ten behoeve van het opzetten van een soortgelijke cursus elders. Cursusmakers worden aangemoedigd, zowel cursussen, die reeds plaatsvonden, als nog te houden cursussen, in de SNH-registratie te laten opnemen. Blanko registratieformulieren kan men verkrijgen – en weer volledig ingevuld inleveren – op het bureau van de SNH en bij de secretaris en de coördinator van uw SNH-regio.

Landelijk georganiseerde cursussen

27 maart
'Eerste opvang bedrijfs-/huisongevallen', Amsterdam. Inlichtingen: Bureau Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, de heer J. J. E. M. Goetstouwers, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam, tel. 020-5 66 48 08.

28 en 29 maart
'Farmacotherapie', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema-stichting, Postbus 89, 7500 AB Enschede, tel. 053-89 29 22.

7 april
'Samenwerken beter, beter samenwerken.' Verloskundige hulpverlening anno 1984. Symposium Werkgroep Verloskundige hulpverlening door de huisarts van het NHG, Bunnik. Inlichtingen: NHG (Wil Mijderwijk), tel. 030-51 67 41.

5, 6 en 7 april, 11, 12 en 13 oktober
'Echoscopie in de verloskunde en gynaecologie', Amsterdam. Inlichtingen: Bureau PAOG, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam, tel. 020-5 66 48 01.

9 en 10 april
'Maag, darm- en leverziekten.' Plaats: Leeuwenhorst Congrescentrum Noordwijkerhout. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden, tel. 071-14 83 33, toestel 3685.

12 mei
'Voedselallergieën en intoleranties', georganiseerd door het Nederlands Instituut voor de Voeding (NIVV) en de Nederlandse Vereniging

van Diëtisten (NVD). Plaats: Internationaal Agrarisch Centrum, Lawickse Allee 11, Wageningen. Inlichtingen: secretariaat NIVV.

Regionaal georganiseerde cursussen

Amsterdam/Noord-Holland

22 en 29 maart
'Ziekte van Parkinson' en 'Transient Ischaemic Attacks'. Inlichtingen: Bureau PAOG Amsterdam, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam, tel. 020-5 66 48 01.

5 en 19 april
'Huisarts en erfelijkheidsadvies', Amsterdam. Inlichtingen: Bureau PAOG, tel. 020-5 66 48 01.

Leiden en Omstreken

8 en 9 maart
'Handhaving van de bejaarde in eigen omgeving', Leiden. Deze cursus is bestemd voor huisartsen, geriaters, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Inlichtingen: Boerhaavecommissie voor PAOG, tel. 071-14 83 33, toestel 7781.

14 en 21 maart, 11 en 18 april
'Onderzoek van het bewegingsapparaat' (herhaling). Inlichtingen: Boerhaavecommissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden, tel. 071-14 83 33, toestel 3667.

22 maart
Blokcursus 'Nieuwe behandelmethoden van ritmestoornissen'. Inlichtingen: Boerhaavecommissie voor PAOG, Leiden, tel. 071-14 83 33, toestel 3667.

22 en 23 maart
'De rol van voeding bij het ontstaan en de therapie van kanker'. Inlichtingen: Boerhaavecommissie voor PAOG, Leiden, tel. 071-14 83 33, toestel 3680.

12 en 13 april + terugkomdag (31 augustus)
PAC-cursus A: 'Patiënt Arts Communicatie'. Plaats: Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Wassenaarseweg 62, Leiden. Inlichtingen: Boerhaavecommissie Leiden; tel. 071-148333, toestel 3667.

2 en 9 mei
Blokcursus 'Keel-, neus-, oor- en mondheelkunde'. Plaats: Ziekenhuis St. Antoniushove, Leidschendam. Inlichtingen: Boerhaavecommissie Leiden, tel. 071-148333, toestel 3667.

3 mei
Themadag: 'De huisarts en patiënten met erfelijke of aangeboren afwijkingen'. Plaats: Lab. voor Fysiologie, Wassenaarseweg 62, Leiden. Inlichtingen: Boerhaavecommissie Leiden, tel. 071-148333, toestel 3667.

Limburg

21 en 22 maart
'Capita Selecta', bestemd voor huisartsen, specialisten, sociaal-geneeskundigen en arts-assistenten. Inlichtingen: Secretariaat Post Academisch Onderwijs, Medische Faculteit Rijksuniversiteit Limburg, tel. 043-8882681.

11 t/m 14 april, 9 t/m 12 april
'Ardennencursus' volgens Warffum-model. Inlichtingen: Bureau Post Academisch Onderwijs, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel. 043-88 88 88, toestel 294/268.

Nijmegen

7 maart
'Controversen in de jeugdgezondheidszorg', Nijmegen. Inlichtingen: Bureau Post Academisch Onderwijs, Mw. I. Sjakshie, Johannes Wierlaan 1, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, tel. 080-517051.

18 april
'KNO voor de huisarts' (herhaling). Inlichting: Bureau PAOG, Nijmegen, tel. 080-517051.

Rotterdam

15 en 16 maart, 3 en 4 mei, 7 en 8 juni 1984, *R*
Blokcursus 'Interne geneeskunde', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus, Artsencentrum, Mathenesserlaan 333, 3023 GA Rotterdam, tel. 010-772200.

22 en 23 maart
'Nazorg en revalidatie van hartpatiënten', bestemd voor huisartsen, verpleeghuisartsen, bedrijfs- en revalidatie-artsen. Inlichtingen: Bureau PAOG, Dr. Molenwaterplein 50, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, tel. 010-635011.

9 t/m 13 april, 7 t/m 11 mei, *R*
'Warffum-cursus', te houden in het Bungalowpark De Burghstede, Daleboutsweg 4, 4328 PP Burgh-Haamstede, tel. 01115-2110. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus, Mathenesserlaan 333, 3023 GA Rotterdam, tel. 010-772200.

Utrecht

23 en 24 maart; 30 en 31 maart
'Alcoholproblemen in de huisartspraktijk', Utrecht. Inlichtingen: Mw. S. Tonnaer, Bureau PAOG, Catharijnesingel 69, 3511 GL Utrecht, tel. 030-332551.

HRC Nieuw ingeschreven huisartsen

De Huisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in haar register ingeschreven op:

25 oktober 1983, UHI Leiden.
Beurze, Mw. F. M.
Eysink Smeets, J. B. E.
Geus, J. A. de
Kroon-Verhoeve, Mw. J. C.
Lens, P. F.
Mulder, G. R.
Nahuijsen, Mw. M.
Roosmalen, R. M. van
Smid-Oostendorp, Mw. M.
Zaaijer, J. G.

25 oktober 1983, UHI Maastricht
Oosterkamp, Mw. J.

25 oktober 1983, UHI Rotterdam
Baak, H. C.
Beijering, Mw. A. J.
Faber, J. T. N. H. de
Hertogh, P. C. W.
Koster-Mezger, Mw. A. C.
Lange, Mw. A. G.
Lupgens, Mw. L. M.

Peerbolte-Addink, Mw. E. J.
Recourt, H.
Sonneveld-Boonstoppel, Mw. E. J.
Veen, Mw. F. A. J. van der

25 oktober 1983, UHI Utrecht
Feis, W. L.
Hoogenboezem, C. B.
Koole, R.
Overmeer, P. J.
Wirtz, M. E. P. M.
IJff, A.

6 december 1983, UHI Amsterdam UvA
Lemmens, P. H. P. L.

6 december 1983, UHI Amsterdam VU
Boland, Mw. L. W.
Le Duc, C. A.
Dijk, Mw. J. H. van
Gradenwitz, A. G. M.
Kok, Mw. F. J.
Meyer, Mw. M. L.
Plettenburg, Mw. H. M. E.
Ribbens, J. A.
Rijken, A. M.
Faassen, H. W. van

6 december 1983, UHI Maastricht
Hoevenaars, A. M. G. M. F.
Meijer, P.
Pesch, W. H. J.
Rethans, J. J. E.
Rutten, Mw. J. R. M.

6 december 1983, UHI Nijmegen
Adams, A. M. T.
Allard, P. P. M.
Bank, F. L. M.
Boumen, W. M. M. L.
Danen, M. C. J.
Groot, E. H. D. de
Hendriks, H. H. E.
Hertroijs, E. P. W.
Jansen, J. M. D.
Kaathoven, L. G. I. M. van
Klein Lankhorst-Visser, Mw. T. M. M.
Klompmaker, F.
Kros, C.
Nijskens, P. M. G.
Rasing, Mw. J. J. M.
Reichert, W. S. W.
Ronda, Mw. W.
Rutten-Roumen, Mw. Y. A. F.
Rijk, C. M. M.
Schreuders, A.
Smid, S. F. M.
Verjans, J. S. L. M.

6 december 1983, UHI Utrecht
Gils, A. P. G. van
Jong, Mw. G. M. de
Kersemaekers, M. A. J. M.
Kok, W. J. J.
Lamberti, Mw. C. M. J. H.
Loonen, A. G. J. M.
Meeberg, A. G. van de
Moerdijk, M. F. O.
Schra, M. C. H.
Segers, W. G. C.
Vught, Mw. A. A. J. van
Sijthoff-Lemson, Mw. M. ten

8 december 1983, UHI Groningen
Coster, M.
Egmond, G. P. M. van
Herder, Mw. J. A. den
Hoogvliet, G.
Leeuw, K.
Polderman, J. A.
Scholtens, Mw. C. J. E.
Scholtens, J. K.
Slagter-Roukema, Mw. T. M.
Swart, H. M.
Willems, D. L.
Jong, P. A. C. de

8 december 1983, UHI Utrecht
Banus, Mw. G. E. G. M.
Blok, Mw. H.
Brasser-Rebel, Mw. J. J.
Dekker, Mw. M. H.
Koop, R. F. C.
Korsten A. A.
Kramer, Mw. A. W. M.
Martens, Mw. F. M. J. G.
Pigmans, Mw. V. G.
Pilon, Mw. A. B.
Querido, R. A.
Roggeveen, Mw. C. C.
Westerveld, Mw. M. C.

22 december 1983, UHI Nijmegen
Jaspers, P. J. M.

30 december 1983, UHI Amsterdam UvA
Berghoef, W. P. A.
Bosman, J. M. M.
Coester-Stolp, Mw. E.
Glaser, P. C.
Hazel, Mw. Y. E. V. van
Hoekstra, A.
Jongh, A. C. de
Krol, S. J.
Leloup, J. H. N.
Leloup, N. L. J.
Machen, E. T. M.
Post Uiterweer, C. J.
Quak, Mw. A.
Schreiner, K.
Sernee, G.
Simmelink, M. J.
Veldhuyzen van Zanten, M. A. J.
Verhaart, R. V. E.
Wilk, P. J. van der

30 december 1983, UHI Amsterdam VU
Baar, R. A. van
Bruinsma, M.
Dijs, Mw. J.
Hillen, R. J. J.
Vonk, J.
Vries, S. D. de

LAD

Convocatie ledenvergadering d.d. 5 april 1984

Convocatie ledenvergadering, welke gehouden zal worden op donderdag 5 april 1984, aanvang 18.00 uur, in vergadercentrum Hoog Brabant, Radboudkwartier 23 te Utrecht.

Agenda

Huishoudelijk gedeelte
1. Opening en mededelingen;
2. Notulen van de ledenvergadering d.d. 25 oktober 1983;
3. Herbenoeming lid centraal bestuur: J. C. F. M. Aghina;
4. Wijziging artikel 3 lid 2 van de LAD-statuten betreffende het lidmaatschapscriterium;
5. Wijziging salarisrichtlijnen;
6. Rondvraag;
7. Sluiting.

Pauze

Themagedeelte, *aanvang 19.30 uur*

Nota van het centraal bestuur: Arbeidsplaatsenplan door middel van arbeidstijdverkorting.
Het thema zal door een aantal sprekers worden ingeleid, waarna een forumdiscussie plaatsvindt.

INHOUD OFFICIEEL

KNMG:
Kort verslag van de hoofdbestuursvergadering d.d. 7 februari 1984 290
SNH:
Nascholingsagenda voor de huisarts 290
HRC:
Nieuw ingeschreven huisartsen 291
LAD:
Convocatie ledenvergadering d.d. 5 april 1984 292

Nr. 9 – 2 maart 1984
39e jaargang

Medisch Contact

De zorg voor de traumapatiënt
Prof. Dr. R.J.A. Goris en Drs. J.M.Th. Draaisma – 301

Medische opleiding en medische psychologie 1
P.B. Bierkens, I.H. Boersma en H.C.P. van Bakel – 303

Toetsing en nascholing voor huisartsen
Drs. C.J.M. Blanken en E. Schadé – 306

Oncologie voor huisartsen.
E. Schadé, W. Heijbroek-de Clerq en R. Postma – 308

Ontwikkelingen rondom internationale classificatie van ziekten – 310

Internationaal perspectief. Primaire gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden: wie?
S. van der Geest – 311

Medisch beroepsgeheim en misdrijf
Drs. J.H.S. van Herten – 314

Dagbehandeling in verpleeghuizen
Mw. J. J. van der Plaats – 316

Discussie. De toekomst van de verpleeghuisgeneeskunde
Dr. H. ten Have – 318

Kostenbeheersing in de gezondheidszorg. De rol van de huisarts
Prof. Dr. F. J. A. Huygen – 320

Werkgroep Uiterst Medisch Handelen rapporteert: Mogelijkheden van zelfdoding na een kernramp – 321

Colofon 294 – MC-dubbeldekker 294 – Wenken voor schrijvers van brieven en auteurs van artikelen 294 – Hoofdredactioneel commentaar 295 – Voorzitterskolom KNMG 296 – Brieven 297 – Gemengde berichten 300 – Boeken 313 – Notities van een internist in opleiding 322





Ongevalsletsels vormen de belangrijkste doodsoorzaak onder de 35 jaar. Als de situatie zoals die voor de Verenigde Staten geldt met betrekking tot de kleinere ziekenhuizen zonder specifiek traumacentrum ook voor Nederland geldt, zou door verbetering van de traumazorg de mortaliteit in ziekenhuizen met meer dan 20% kunnen dalen. Dit concluderen de traumatoloog Prof. Dr. R. J. A. Goris en arts-assistent Drs. J. M. Th. Draaisma uit pas verschenen vakliteratuur en eigen onderzoek. Zij bieden met kracht van argumenten steun aan het pleidooi van de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid om meer financiële middelen ter beschikking te stellen voor de traumazorg.

Welke plaats neemt de medische psychologie in binnen het medisch curriculum? Deze vraagstelling werd in het kader van een onderzoek aan de Katholieke Universiteit Nijmegen voorgelegd aan een aselecte steekproef van driehonderd semi-artsen en artsen. Prof. P. B. Bierkens, Drs. I. H. Boersma, en H. C. P. van Bakel, rapporteren erover in drie artikelen.

Het is realistisch enigszins toe te geven aan de commerciële geneigdheid van de persoon die de functie van primaire gezondheidswerker in de ontwikkelingslanden moet gaan vervullen. Een commerciële prikkel kan een solidere basis vormen voor de primaire gezondheidszorg aldaar. Dat is althans de mening van de cultureel antropoloog S. van der Geest, die ter zake gedurende enige jaren onderzoek heeft gedaan in Kameroen.

Moet een arts altijd aangifte doen van een misdrijf dat via dader of slachtoffer te zijner kennis komt of desgevraagd aan Justitie hierover inlichtingen geven? De jurist Drs. J. H. S. van Herten geeft zijn persoonlijke visie op dit knelpunt binnen het medisch beroepsgeheim weer.

In berichten in kranten en in periodieken van de farmaceutische industrie over de voordracht van Prof. Dr. F. J. A. Huygen op een symposion over kostenbeheersing zijn nogal grote journalistieke vrijheden geslopen. In dit nummer van Medisch Contact de tekst van die voordracht.

MC

Nr. 10 – 9 maart '84 – 39e jaargang

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