MEDISCH CONTACT

Nummer 24 – 16 juni – 44e jaargang

Sinds kort lijkt men de volksgezondheid in ons land anders te willen gaan besturen: het begrip 'planning' ontbreekt in het ontwerp-'Kerndocument Gezondheidsbeleid'. Het beleidsproces dat nu wordt ingeluid, kenmerkt zich onder andere door maatschappelijke betrokkenheid, een integrale benadering, doelzoeken. Plus dialoog en discussie. Een beschouwing van Drs. A. van Elzakker, beleidsmedewerker volksgezondheid bij de gemeente Den Haag.

Bij innovatie in de gezondheidszorg denken we vooral aan medisch-technische vooruitgang en minder aan zorginhoudelijke aspecten. Voor een evenwichtige ontwikkeling is evenwel een gelijktijdige vernieuwing op materieel en immaterieel gebied noodzakelijk, betoogt de internist Dr. J. L. A. Boelen.

In de serie 'Kwaliteit van zorg' komen de eerste tijd de wetenschappelijke verenigingen aan bod. De Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie opent de rij.

Een strategisch plan voor de kankerbestrijding, dat voorziet in een structuur om de beschikbare middelen zo goed mogelijk te besteden met een minimum aan 'overhead'-kosten, wordt ontvouwd door Drs. S. Terpstra, lid van de scenariocommissie Kanker van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg.

Bij een groep huisartsen in opleiding werd in het kader van de éénjarige opleiding tot huisarts supervisie ingevoerd. Uit de evaluatie bleek dat supervisie een zinvolle aanvulling is op de gestructureerde onderwijsprogramma's van de terugkeerdag. Een bericht uit het Instituut voor Huisartsgeneeskunde, afdeling Beroepsopleiding, te Groningen.

Een drie jaar geleden uitgevoerd onderzoek bracht aan het licht dat van drie groepen alternatief gevoede peuters de groep die macrobiotisch werd gevoed het meest afweek van de gangbaar gevoede controlegroep. Met steun van het Praeventiefonds is nu een uitgebreider onderzoek verricht bij macrobiotisch gevoede kinderen, waarvan verslag (ook) in Medisch Contact.

INHOUD

Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie: Zorgen over de kwaliteit van de thuiszorg – *806*

Na de planning. Een nieuwe beleidsvoering in de volksgezondheid
A. van Elzakker – 807

Innovatie in de gezondheidszorg. Bevordering gezondheid dient uitgangspunt van het beleid te zijn
Dr. J. L. A. Boelen – 810

Kwaliteit van zorg. Kwaliteitsbewaking in de radiotherapie
Prof.Dr. W. A. J. van Daal – 813

Kankerbestrijding: voorwaarts, volgens plan terug op de tweede lijn
Drs. S. Terpstra – 815

Supervisie in de beroepsopleiding tot huisarts
J. Schuling, J. C. Gal en L. H. Brokke – 819

Macrobiotische kindervoeding. Helemaal zonder vet en dierlijke produkten kan het niet
Dr. Ir. P. C. Dagnelie c.s. – 821

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam: Anesthesist nam onverantwoord veel risico – *825*

Buitenland. Euthanasie – *829* Minder prikaccidenten door beter materiaal – *831*

Colofon *802* – Colofon officieel *802* – Hoofdredactioneel commentaar *803* – Voorzitterskolom LSV *804* – Brieven *805* – Praktijkperikel *818* – Dagboek *828* – Buitenland *829* – Officieel *832*

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

Bestuur Medisch Contact

Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter
R. Bekendam, secretaris
Wipstrikkerallee 115, 8023 DX Zwolle
Mw. G. A. E. Kreek-Weis
Dr. H. W. M. Anten
Dr. R. J. E. A. Höppener

Redactie Medisch Contact

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

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

Mw. C. M. Schouten, secretaresse

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

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

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname ƒ 141,50 (inclusief BTW); overige landen ƒ 249,25
Administratie: Wegener Tijl Tijdschriften Groep BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230,
fax 020-170377.
Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.
Opgave:
Wegener Tijl Tijdschriften Groep BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Geldend advertentietarief: januari 1989.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Offset Zwolle

Bij de voorplaat:

Arts, die de pols voelt van een patiënte. Assistenten bereiden medicijnen uit planten. Het tafereel speelt zich af in een Perzische tuin. Uit: De Canon van Avicenna (1632).
Welcome Institute for the History of Medicine, Londen.

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht, telefoon 030-823911.
Postgironummer 58083-AMRO banknummer 45 64 48 969.
KNMG-informatielijn 030-823339; KNMG-antwoordapparaat 030-823201; telefax 030-823326.

Dagelijks bestuur	W. H. Cense, voorzitter; Prof. Dr. W. J. Schudel en P. C. H. M. Holland, ondervoorzitters; P. B. L. Attema en J. J. van IJssel.
Secretariaat	W. van Hof, secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretaris; Prof. Mr. W. B. van der Mijn, adviseur; G. J. Eikmans, p.r.-adviseur; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:
De afdelingen Ledenbemiddeling, Comptabiliteit, Ledenadministratie, Centrale Verwerking, Buitenland en de Commissies Doktersassistenten en Geneeskundige Verklaringen.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Adres: Australiëlaan 16 a-b, 3526 AB Utrecht. Postbus 20056, 3502 LB Utrecht. Telefoon: 030-813713. Drs. C. R. J. Laffreé, directeur; Mw. G. J. M. Venneman, informatrice.
Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)	Mr. H. J. Overbeek en Drs. H. Willems, directie.
Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)	Mr. A. W. J. M. van Bolderen, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)	Mw. Mr. H. M. H. de Bruijn-Van Beek, directeur; Mw. J. A. van Walderveen-van der Louw, secretaresse.
Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC)	Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.
College voor Sociale Geneeskunde (CSG) **College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)**	A. L. J. E. Martens, arts, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (SRC)	Dr. J. A. van Wijk, secretaris; Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur.
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)	Mw. Mr. P. A. van Tilburg-Hadders, secretaris; Mw. D. Hennevelt-Wolters, secretaresse. Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.
Huisarts Registratie Commissie (HRC)	L. G. Oltmans, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Bibliotheek	Prof. Dr. D. de Moulin, bibliothecaris, p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.
Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen	E. Iwema Bakker, voorzitter; bureau-adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

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

Kwaliteit van gezondheidsonderzoek

In 1983 kwalificeerde de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid (RAWB) het patiëntgebonden onderzoek als zwak[1]. De RAWB beschouwde de 'zeer tekortschietende' kwaliteit hiervan als één van de kernvraagstukken van het gezondheidsonderzoek en noemde als oorzaken hiervoor[2]: de relatief aanzienlijke tijd die klinische onderzoekers aan de normale patiëntenzorg besteden; het soms ontbreken van kwalitatief goede leiders van onderzoek met ervaring in daadwerkelijk onderzoek en management van onderzoek; het ontbreken van voldoende opleiding en carrièremogelijkheden; en de afwezigheid van voldoende tijd, mankracht en middelen om überhaupt klinisch onderzoek te kunnen verrichten. Wat is er sindsdien gebeurd om de kwaliteit van gezondheidsonderzoek te verbeteren?

Voor de minister van O & W en de staatssecretaris van WVC was de sombere constatering van de RAWB aanleiding om in juni 1986 de Adviesgroep Stimulering Gezondheidsonderzoek (Adviesgroep SGO) in te stellen. Deze adviesgroep heeft inmiddels gerapporteerd de zorg voor bepaalde categorieën, vrijwel altijd chronische aandoeningen, te willen optimaliseren door én het klinische, patiëntgebonden onderzoek te stimuleren én de kennisoverdracht, het klinisch handelen en het inzicht te verbreden[3]. Een uitstekend initiatief van de adviesgroep is de vorming van onderzoekgroepen met voldoende 'kritische massa' om als vliegwiel voor deze ontwikkelingen te dienen geweest. De Adviesgroep SGO besteedt veel aandacht aan het samen met potentiële onderzoekers formuleren van onderzoekprogramma's. Tevens houdt ze voeling met het onderzoek'veld' door regelmatig rechtsreeks met de onderzoekers te overleggen. Naar haar ervaring is dit niet overbodig, omdat het voor onderzoekers soms moeilijk is om naast een goed verloop van het onderzoek aspecten als het opleiden van nieuwe onderzoekers voor ogen te houden. Door haar weinig orthodoxe wijze van werken probeert de adviesgroep een veranderingsproces aan te brengen in het denken over gezondheidsonderzoek, dat nu eenmaal plaatsvindt in een dienstverlenende sector met een grote reikwijdte, een complexe structuur en een bijzonder grote omvang.

Ook het vakdepartement (WVC) zelf heeft willen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van het gezondheidsonderzoek. Zo werd in de nota 'Onderzoekbeleid Volksgezondheid' een integrale beleidsvisie uitgedragen op het universitaire en niet-universitaire onderzoek naar die aspecten waarvan men verwacht dat ze de gezondheidszorg van de bevolking kunnen verbeteren[4]. Ging het bij de SGO vooral om gezondheidsonderzoek door universiteiten, in de departementale nota werd aangekondigd dat men het onderzoek van de door WVC gefinancierde onderzoekinstituten (IRV, NcGv, NIVEL, NISSO, NKI, NZI, RIVM) en het onderzoek onder auspiciën van het Praeventiefonds, de Ziekenfondsraad en het departement zelf, op basis van een duidelijk programma beter op elkaar wil afstemmen. Tevens werd de Raad voor Gezondheidsonderzoek opgedragen een rol te spelen bij het beoordelen en bewaken van de kwaliteit van gezondheidsonderzoek. De staatssecretaris van WVC

Dr. C. Spreeuwenberg

heeft de raad gevraagd het onderzoek van de genoemde instanties in kaart te brengen, te adviseren over de toekomstige organisatie en het vraagstuk van de kwaliteitsbeoordeling van het gezondheidsonderzoek in brede zin te bezien; bij dit laatste zou ook het universitair onderzoek op dit gebied moeten worden betrokken.

Op 24 april jl. heeft de Raad voor Gezondheidsonderzoek zijn advies 'Kwaliteitsbewaking in het gezondheidsonderzoek' uitgebracht[5]. In dit advies merkt de raad op, dat kwaliteitsbeoordeling en kwaliteitsbewaking verschillende activiteiten zijn. Bij *beoordelen* gaat het om een momentopname waarbij op basis van specifieke criteria een bepaalde waardering wordt uitgesproken. *Bewaken* heeft een meer continu karakter en houdt in dat op gezette tijden de noodzakelijke kwaliteitstoetsing ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Als men de kwaliteit wil *bevorderen* probeert men het bestaande niveau te verhogen, bijvoorbeeld door de opleiding te verbeteren, systematisch te evalueren en deskundigheid van elders aan te trekken.

De raad besteedt tevens aandacht aan criteria als wetenschappelijke relevantie en maatschappelijke relevantie. Bij *wetenschappelijk relevant* onderzoek gaat het om het genereren van nieuwe kennis en het verleggen van grenzen. *Maatschappelijk relevant* onderzoek poogt bij te dragen aan de oplossing van relevante vragen binnen de gezondheidszorg. Maatschappelijk relevant onderzoek behoeft weliswaar niet persé wetenschappelijk relevant te zijn, maar dient wel wetenschappelijk verantwoord te zijn, dat wil zeggen aan de criteria van wetenschappelijk onderzoek voldoen. Het enige onderzoek dat telt, is het wetenschappelijk verantwoorde onderzoek.

De raad heeft ervan afgezien een kwaliteitsoordeel over het onderzoek van de betrokken instituten te geven; dit was ook niet gevraagd en zou een veel diepgaander evaluatie vereisen. Hij acht het in eerste instantie de taak van de leiding van de instituten ervoor te zorgen dat een maximaal haalbaar resultaat wordt bereikt. Wel behoort het tot de taak van de overheid te zorgen voor voldoende prikkels, gericht op het realiseren van een zo hoog mogelijke kwaliteit. De raad stelt hiertoe voor, de onderzoekinstituten op termijn te verplichten deel te nemen aan een periodieke evaluatie door zogeheten visitatiecommissies, bemand met onafhankelijke externe deskundigen. De beoordeling zou moeten gaan over de kwaliteit en omvang van de produktie, de doelmatigheid, het management, de kwaliteit van de onderzoekers, de positie van de betrokken groepen in de wetenschappelijke wereld en de wijze van rapporteren. De financierende instanties moeten in de optiek van de raad kennis mogen nemen van de resultaten en hieraan consequenties kunnen verbinden. De raad beperkt zich niet tot de speciale onderzoekinstituten; ook voor het universitair gezondheidsonderzoek beveelt hij een systematische evaluatie aan.

Nu er op het gebied van het gezondheidsonderzoek zoveel initiatieven worden ontplooid, zijn we benieuwd naar het oordeel van een externe instantie als de RAWB. Zo'n oordeel wordt immers geveld tegen de achtergrond van de stand van zaken in het overige onderzoek. Niet denkbeeldig is, dat het gezondheidsonderzoek weliswaar kwalitatief is vooruitgegaan, maar dat de achterstand ten opzichte van het fundamenteel onderzoek uiteindelijk toch blijkt te zijn toegenomen. Te hopen is dat niet. □

1. Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid. Advies inzake de prioriteiten in het gezondheidsonderzoek. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1983.

2. Bally YW, Spangenberg JFA, Starmans R. Achtergronden van de kwaliteit van patiëntgebonden onderzoek in Nederland. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1987.

3. Adviesgroep SGO. Op zoek naar leemten in het geneeskundig onderzoek. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1988.

4. Staatssecretaris van WVC. Onderzoekbeleid Volksgezondheid. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1988.

5. Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Kwaliteitsbewaking in het gezondheidsonderzoek. Den Haag, 1989 (interne publikatie).

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

Samen verantwoordelijk

Terwijl de gezondheidszorg vanwege de acties van de verpleegkundigen vrijwel dagelijks in het nieuws was, hebben de vijf partijen die onder leiding van oud-minister Van Aardenne een oplossing zoeken voor de problemen tussen verzekeraars, ziekenhuizen, overheid en specialisten, in stilte en dus ook zonder enige publiciteit, doorgewerkt. Dat het overleg moeilijk was en is, behoeft geen betoog en daar gewag van maken is ook zeker geen overtreding tegen de afspraak ten aanzien van de 'radiostilte'. Dat het met name voor de Landelijke Specialisten Vereniging bijzonder moeilijk is in dit overleg aan de ene kant posities in te nemen en aan de andere kant de vertrouwelijkheid te moeten bewaren, zal ook duidelijk zijn. Voor de onderhandelaars geldt, dat zij moeten beseffen dat zij zich niet van de opvattingen van de leden, neergelegd in uitspraken tijdens vergaderingen, mogen distantiëren. Maar voor de leden geldt, dat zij voor een toch wel erg lange periode verstoken blijven van informatie over zaken die voor hun functioneren van vitale betekenis zijn. Het is dan ook niet verwonderlijk, dat er onder de leden van de LSV in de afgelopen tijd ongerustheid, met als gevolg onrust, is ontstaan en dat het Centraal Bestuur van de LSV daarvan ook duidelijke signalen heeft gekregen.

Op zich zijn die gevoelens volstrekt begrijpelijk. De onzekerheid over de positie van de specialist, en dan gaat het zeker niet alleen om zijn inkomenspositie, bestaat al veel te lang. Het gevoel niet te worden begrepen, de gedachte dat er naar argumenten niet of onvoldoende wordt geluisterd, is in onze kring al zo lang aan de orde, dat het geen verbazing behoeft te wekken dat in deze weken onrust is ontstaan en hier en daar misschien zelfs wantrouwen. En vanuit die gevoelens komt dan al snel de roep om een ander beleid, om alternatieven.

Om onrust kan en wil het bestuur van de LSV niet heen. Het betekent immers dat de LSV een organisatie is die leeft en waarin de leden actief meedenken met het bestuur. Maar tegelijkertijd toont de stemming van dit ogenblik aan, dat de verhoudingen tussen partijen in de gezondheidszorg, en in het verlengde daarvan de positie van de LSV zelf, op de lange termijn in het geding kunnen zijn, als de organisatie van medisch specialisten als geheel – dus bestuur en leden – in het vijfpartijenoverleg het verkeerde spoor zouden kiezen.

Het gaat hierbij naar mijn oordeel om twee hoofdlijnen:

De eerste hoofdlijn is die van de democratisch functionerende organisatie, die binnen de gezondheidszorg positie zoekt, die discussieert met de leden en op zakelijke gronden en argumenten de plaats in het overleg bepaalt. Dan gaat het om een open discussie, van bestuur naar de leden toe en omgekeerd.



Een tweede lijn wordt de laatste tijd vaak aangeduid door sommigen binnen de LSV. Die houdt in, dat de LSV zelfstandig een alternatief beleid moet uitstippelen, zonder zich te bekommeren om het vijfpartijenoverleg en dus ook zonder nu of later het resultaat van die onderhandelingen bij de opstelling van dat alternatieve beleid te betrekken. In de praktijk zou dat erop kunnen neerkomen, dat de specialisten zich volledig terugtrekken op de individuele behandeling van patiënten en zich niets meer gelegen laten liggen aan de overlegstructuren waarbinnen de LSV nu als maatschappelijke organisatie functioneert. De leden die deze lijn aanhangen, hebben in feite al afscheid genomen van het vijfpartijenoverleg en verwachten er dus geen resultaat van dat aan hun eisen tegemoet komt.

Ik geef graag toe, dat het na zoveel jaren overleggen, onderhandelen en actie voeren, verleidelijk lijkt met die opvatting mee te gaan. Maar ik wijs tegelijkertijd op de enorme gevaren die kleven aan een breuk tussen de specialisten en de andere partijen in de gezondheidszorg. Het grootste gevaar is het onvermijdelijke isolement waarin de LSV zich dan zal plaatsen en dat naar mijn overtuiging het voortbestaan van de LSV zal bedreigen. Immers: een organisatie die zich van de maatschappelijke structuren in onze gemeenschap niets meer aantrekt, zal door die structuren worden genegeerd. De nadelige effecten van die situatie zullen buitengewoon ernstig zijn, in materiële en in immateriële zin. Een groot gevaar is ook de chaos die in de gezondheidszorg zal ontstaan, als de specialist zich terugtrekt. Op de korte termijn lijkt dat niet zo ernstig, maar op de lange termijn zal de gehele gezondheidszorg en dus ook de specialist bemerken, dat het medisch handelen zal worden belemmerd door het gebrek aan een afgesproken kader en niet zal worden vergemakkelijkt, zoals sommigen nu nog denken.

Het gaat, in de kern, om de keuze tussen functioneren in gezamenlijke verantwoordelijkheid of functioneren op basis van individualisme.

De onderhandelingen onder leiding van de heer Van Aardenne hebben, zo bezien, dus nog een extra dimensie. Het brengt ons, leden van de LSV, tot een discussie over de fundamenten van onze bestaansgrond. Daarmee is dan nog eens extra aangegeven hoe belangrijk dit overleg is. Het LSV-bestuur heeft zich, in het besef dat de vijf partijen in het overleg gezamenlijk – dus inclusief de LSV – verantwoordelijkheid moeten nemen, constructief en open opgesteld. Van de anderen wordt nu en later, verwacht dat zij zich open opstellen voor de argumenten van de specialisten en dat zij de verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van de gezondheidszorg met de specialisten willen delen. Doen zij dit niet, dan geven zij daarmee indirect te kennen dat zij kiezen voor onrust en een verdeeld veld.

Utrecht, 5 juni 1989
Dr. C. M. T. Plasmans, voorzitter LSV

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

BRIEVEN

DEKKER, LHV, HUISARTSEN

Met als doelstelling 'bezuinigen'; lijkt het plan-Dekker op een waanzinnig idee. Waarom? Je *kunt niet klakkeloos economische begrippen* toepassen in de gezondheidszorg. Een klant bij Dekker koopt een radio of t.v. en het levert winst op. Een patiënt, ook al noem je hem 'klant', levert in de totale gezondheidszorgrekening niets op. Patiënten kosten geld. Indien Dekker het begrip 'patiënt' wil afschaffen en het begrip 'klant' wil introduceren, dan wekt dat verkeerde verwachtingen. Hij kan beter spreken over fopklanten. Bij zijn elektrowinkel is een klant koning omdat hij winst brengt. In de gezondheidszorg zal de klant een dure koning zijn, omdat hij geld kost en zal er daarom niet onnodig moeten komen. Iedere gezondheidszorg is duur. De onze, (zie Post) zo gek duur nog niet in vergelijking met het buitenland, mag nooit speelbal worden van marktmechanismen – daarvoor is het te duur. Dekker en de zijnen creëren een gezondheidszorg *op bestelling*, terwijl het een gezondheidszorg *op indicatie* dient te zijn. Met 'Dekker' zullen de totale zorgkosten veel duurder worden. Dekker werkt averechts!
Enkele concrete ideeën van Dekker en de zijnen nader bekeken:
1. Maak van patiënten klanten en maak van huisdokters middenstanders. De dokters moeten dan gaan kruidenieren, waaruit moet voortkomen dat er veel minder patiënten naar de tweede lijn lopen. Men veronderstelt, dat er bij de tweede lijn massaal onnodig patiënten lopen. Men veronderstelt dat patiënten van gisteren zijn en zich massaal uit de tweede lijn laten weghouden. Deze veronderstellingen, uitgangspunten van hun ideeën (nauwelijks getoetst), kloppen niet en zullen in de praktijk gebracht marginale effecten sorteren. Hier zijn geen bezuinigingen van formaat te verwachten.
2. Dekker en de zijnen hebben heus niet het wiel uitgevonden. Ze suggereren niets anders dan een variant op het Belgische ziekenkassysteem – een zeer duur en de consumptie bevorderend systeem. Nederland gaat er dus op achteruit. De burger zal het straks, zoals zo vaak in dit land, merken als het te laat is. De *protesten zullen dan loskomen, de regeringspartijen zullen wel merken wat de kiezers ervan vinden.* De zo nodige rust gaat uit het systeem, de business komt erin. Voor elk wat wils, nodig of niet nodig, wordt erin gebracht. Dokters moeten op hun kop gaan staan. Premies zullen stijgen omdat de patiënten elkaar in wezen gaan beconcurreren. Ze zullen hebben, want ze hebben ervoor betaald wordt gestimuleerd. Tussen burgers onderling zal harde zakelijkheid ontstaan, in tegenstelling tot gemeenschapszin en gevoel voor collectieve lasten. Ook dit brengt Dekker: een morele verschraling. De burger zal er niet blij mee zijn.

Wie lijkt er wel blij mee te zijn? De Nederlandse gezondheidszorg hoort kwalitatief bij de beste van de wereld. Er zijn nu verenigingen, stichtingen en bedrijven die uitdragen dat er kwalitatief veel dient te worden verbeterd. Alsof het in de gezondheidszorg niet deugt. Het is allemaal kwaliteit wat de klok slaat. Er verschijnen dikke rapporten (dat is overigens trendy). Er moet blijken hoe nodig en onmisbaar de producenten ervan, die in feite hun waar aanprijzen, wel zijn. Bij ons artsen zie je dat de bond (LHV), hand in hand met het NHG en de universiteiten, vriendelijk toegelacht door de VVAA, een voor hen allen interessante toekomst ziet weggelegd. Ze creëren nieuwe banen en taken binnen hun gelederen en zien zich al groeien, met de Nederlandse huisartsen als doelgroep, terwijl deze mensen steeds meer naar hun pijpen moeten gaan dansen.
Wat is er gaande? Waar is men mee bezig? We zien hier een oud liedje: belangenkwesties en machtstrategieën, nu dus over de hoofden van de huisartsen. De roep om kostenbeheersing, uit de politiek voortgekomen, wordt als een geschikte trait d'union gebruikt om de eigen positie te verstevigen. De overhead wordt weer groter uiteindelijk, dus duurder.
Helemaal afkraken wil ik de LHV niet. De LHV heeft zich een goed onderhandelaar getoond in het verleden, maar bemoeit zich momenteel te veel met ons werk, omdat ze wat te veel aan zichzelf denkt. De FNV bemoeit zich nauwelijks met het werk van een werknemer.

Tot besluit: verbeteringen in de zin van wachttijden; bewaken; verbeterde voorlichting; bepaalde controles de tweede lijn uit; waken over patiëntvriendelijke presentaties, zijn op zich goede zaken. Economische begrippen klakkeloos toepassen zonder te weten waar het op uitdraait en waarbij de patiënt *spil* wordt van de zorg in plaats van *doel* van de zorg, dat is de waanzin. Je koopt toch ook geen auto zonder te weten wat hij kost? Verder dient een gezondheidszorg niet op bestelling te werken, maar op indicatie. Er is nauwelijks iets bekend over de kosten van de veranderingen. Men maakt alleen de meest prachtige verhalen. Men lijkt in sprookjes te geloven. De achtergronden van die prachtige verhalen wordt gezien als belangenstrategieën van de schrijvers. Men creëert in feite een groter (duurder) overhead-apparaat en men maakt zich belangrijk. De vraag van de regering luidde: bezuinigen? Ziet aan met welke antwoorden men komt. *Concurrerende verzekeringen, concurrerende* dokters, concurrerende patiënten en zich belangrijk makende verenigingen. Er ontstaat een grootse bende voor alle betrokkenen, vooral op financieel en administratief gebied. Voor de overheid niet minder, want die zal meer moeten bijpassen dan in de huidige organisatievorm.

Maasbracht, mei 1989
R. G. A. Engels

Naschrift LHV

De heer Engels wekt in zijn schrijven de indruk dat de 'Dekker-operatie' door organisaties als de LHV wordt gebruikt als middel om zichzelf te bewijzen en zich uit te breiden. Deze stelling is volstrekt onjuist: de taak van de LHV is het behartigen van de belangen van huisartsen in functioneel en materieel opzicht en het stimuleren van kwalitatief hoogstaande huisartsgeneeskunde. De LHV heeft zich de afgelopen maanden intensief ingespannen om, vanuit genoemde doelstellingen, de politiek bepaalde maatregelen die per 1 januari 1989 op de huisarts van toepassing zouden zijn, een inhoud te geven die een positieve uitwerking heeft op de beroepsgroep als totaliteit. De honoreringssystematiek van de huisarts, het ontbreken van stimulansen tot substitutie, mogelijkheden tot het garanderen van de inhoud van het huisartsenvak, de vestigingsregeling (in de huidige is de inbreng van de beroepsgroep onvoldoende), etc.: allemaal punten van kritiek op het huidige gezondheidssysteem.
De Dekker-operatie biedt instrumenten om voor de huisartsenzorg positieve veranderingen teweeg te brengen, hetgeen niet betekent dat de LHV alle maatregelen met gejuich heeft begroet. Zeker niet! De LHV heeft diverse onderdelen ernstig bekritiseerd (waaronder de afschaffing van het vestigingsbeleid zonder alternatieve regeling en het invoeren van concurrentie op basis van prijs). Gegeven de politieke situatie is op dit moment overigens onduidelijk of de Dekker-operatie daadwerkelijk wordt doorgezet.
De LHV had een traject uitgestippeld, opdat de leden van de LHV de beleidslijnen in dit proces kunnen bepalen. Op het moment dat invoering van de Dekker-operatie opnieuw aan de orde komt, wordt die lijn door het Centraal Bestuur opnieuw opgepakt.

DESKUNDIGHEID BIJ TUCHTRECHTELIJKE PROCEDURES

Bij het KNMG-secretariaat komen de laatste tijd vragen binnen over de samenstelling van tuchtrechtelijke colleges. Deze vragen betreffen met name situaties waarin de aangeklaagde arts zich afvraagt of het college deskundig genoeg is om zijn zaak te beoordelen.
De medische tuchtcolleges zijn rechterlijke colleges, ingesteld uit hoofde van de Medische Tuchtwet en de daarop gebaseerde Algemene Maatregelen van Bestuur (Reglement Medisch Tuchtrecht en Oplossing van Geschillen). Zoals alle rechterlijke colleges in Nederland zijn de tuchtcolleges volstrekt onafhankelijk. Dit geldt ook voor de samenstelling van het College ter terechtzitting en in raadkamer. De samenstelling van het College ter terechtzitting wordt tenminste zes dagen voor de behandeling aan klager en aangeklaagde medegedeeld. Gezien het aantal vaste geneeskundige leden van een tuchtcollege (vier) en het aantal plaatsvervangende leden (variërend van tenminste vier tot circa tien) is de gevarieerdheid in disciplines die in het College vertegenwoordigd kunnen zijn redelijk groot. De leden van het College worden echter eerder op hun algemene geneeskundige visie geselecteerd dan op specialistische vakdeskundigheid, voorzover dat laatste al mogelijk zou zijn. Het College kan echter altijd een deskundige raadplegen. Overigens moet daarbij bedacht worden dat dit bij andere vormen van rechtspraak niet anders is. Voor artsen die bij een tuchtrechtelijke procedure betrokken zijn is het van belang te wijzen op artikel 41 van het Reglement Medisch Tuchtrecht. Dit artikel bepaalt dat de klager of de aangeklaagde ook zelf getuigen en deskundigen ter terechtzitting kunnen oproepen. De namen van de uitgenodigde of opgeroepen getuigen en deskundigen moeten tenminste drie dragen vóór de zitting aan de voorzitter van het College worden medegedeeld.

Het hoofdbetuur acht het van belang de KNMG-leden hierop te attenderen.

Utrecht, mei 1989
Namens het hoofdbestuur,

Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretaris

Uit de Geneeskundige Hoofdinspectie

Zorgen over de kwaliteit van de thuiszorg

Over de organisatie van thuiszorg wordt veel gesproken en geschreven, maar zorginhoudelijk is er nog maar weinig concreet uitgewerkt, zoals uit de volgende casus moge blijken:

Een ongeneeslijk zieke 61-jarige man wil graag thuis sterven. De omstandigheden zijn zodanig dat dit ook binnen de mogelijkheden ligt: de huisarts komt regelmatig, de wijkverpleegkundige is ingeschakeld en door haar toedoen zijn er verpleegartikelen gekomen, zoals ziekenhuisbed, rolstoel, enz. Ook de gezinsverzorging levert een bijdrage, die vooral is gericht op de ondersteuning van de mantelzorg.
Als het einde lijkt te naderen, achten familie, huisarts en wijkverpleegkundige de tijd rijp om 24-uurs verpleging in te schakelen. Nu ontstaat echter een probleem. De particuliere ziektekostenverzekeraar, die een 24-uurs thuisverpleging vergoedt, heeft dit alleen op landelijk niveau geregeld. Het is niet duidelijk met welke organisaties op regionaal niveau afspraken zijn gemaakt. Er blijken verschillende organisaties te zijn, met vaak bijna gelijkluidende namen, die zich op het terrein van de thuiszorg hebben begeven.
De wijkverpleegkundige richt zich na lang zoeken tenslotte tot de stichting die aan haar kruisorganisatie is gelieerd. Deze blijkt echter geen contract met de verzekeraar te hebben. Huisarts en wijkverpleegkundige komen er niet uit. Uiteindelijk gaat de echtgenote van de patiënt aan de slag en schakelt een particulier verpleegbureau in. De berekende tarieven zijn lager dan de normen die de verzekeraar heeft gesteld en de verzekeraar gaat hiermee akkoord.
Maar nu laat de gezinsverzorgster het afweten, daar zij voor het eind van het jaar haar ADV-dagen moet opmaken. Er blijkt geen vervangingsmogelijkheid te zijn, want ook de andere gezinsverzorgsters mogen hun roostervrije dagen niet meenemen naar het volgend jaar. Er kunnen dus maar weinig mensen worden ingezet.
De patiënt wordt gedurende vijf dagen continu verpleegd dankzij de extra inzet van huisarts, wijkverpleegkundige en particuliere verpleging en overlijdt tenslotte in de eigen huiselijke omgeving. Het gestelde doel is daarmee bereikt, maar alleen door een (te) hoge claim op alle betrokkenen. Bij de efficiëntie en satisfactie kunnen vraagtekens worden gezet.
Er is op het ogenblik rond de thuiszorg een onduidelijke 'marktsituatie' ontstaan, waarbij de verzekeraar vaststelt wie de zorg mag verlenen en op welke gronden. Kwaliteitscriteria worden daarbij niet aangegeven. Er zijn op zijn minst drie gegadigden voor deze thuiszorgmarkt. Commerciële organisaties bereiden hun offerte voor. Ook ziekenhuizen, al dan niet in samenwerking met huisartsen, overwegen het verlenen van thuiszorg. Tenslotte komt ook de Landelijke Huisartsen Vereniging met het plan, groepen huisartsen te belasten met het proces- en casemanagement in de thuiszorg; zij zullen dan zelf verpleegkundigen in dienst nemen ('practice nurse').
Voor de continuïteit in en de kwaliteit van de thuiszorg is een goede coördinatie een conditio sine qua non. Die is op het ogenblik echter allerminst gewaarborgd.
Binnen de Kamer Extramurale Gezondheidszorg van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid was met moeite consensus verkregen over de definiëring van thuiszorg. Die consensus werd echter door de achterbannen niet aanvaard. Er is dus geen eensluidend advies opgesteld.
Het is bedroevend, dat het in een tijd waar de thuiszorg een steeds zwaarder accent krijgt vooralsnog niet mogelijk blijkt de betrokkenen op één lijn te krijgen.

M. M. J. van Campen en M. van Vliet,
Geneeskundige Hoofdinspectie,
Taakgroep Eerstelijnsgezondheidszorg

Na de planning

Een nieuwe beleidsvoering in de volksgezondheid

A. van Elzakker

Sinds kort lijkt men de volksgezondheid in ons land anders te willen gaan besturen. Het is niet alles planning wat de klok luidt meer. Het beleidsproces dat met het ontwerp-'Kerndocument Gezondheidszorg' (en plaatselijke documenten als 'Beter gezond' in Den Haag) wordt ingeluid, kenmerkt zich door maatschappelijke betrokkenheid, een integrale benadering, een doelzoekend karakter, een streven naar afspraken over de uitvoering en gerichtheid op de toekomst. Plus dialoog en discussie. Drs. Ad van Elzakker is beleidsmedewerker volksgezondheid bij de gemeente Den Haag.

Jaren lang is ook in dit blad aandacht besteed aan de wijze waarop de overheid de gezondheidszorg kon gaan plannen. Planning was een onderwerp dat velen bezighield. Een lange reeks van artikelen getuigt daarvan. De laatste werken uit die reeks betroffen echter vooral het doodlopen van deze weg. Met name de planning ex Wet Voorzieningen Gezondheidszorg is niet verder gekomen dan een aantal mislukte experimenten[1].

Met het ontwerp-'Kerndocument Gezondheidsbeleid' lijkt de rijksoverheid een nieuwe weg te zijn ingeslagen[2]. Niet zozeer inhoudelijk, want het document bouwt voort op een aantal eerdere beleidsnota's, als wel de manier waarop het beleid tot stand komt en wordt gevoerd. De methode van beleidsvoering is nieuw. Een nieuwe aanpak van overheidsbeleid in de volksgezondheid zien we niet alleen op nationaal niveau. Ook bij enkele lagere overheden, met name die in de vier grote gemeenten, zijn sporen aan te treffen.

In dit artikel zal worden aangegeven waaruit blijkt dat er met het ontwerp-kerndocument sprake is van een andere beleidsvoering. Daarna zal worden ingegaan op het tot stand komen van de nota 'Beter gezond' in de gemeente Den Haag als voorbeeld van deze aanpak voor overheidsbeleid[3]. Vervolgens worden de kenmerkende elementen van de bedoelde aanpak op een rij gezet. Afgesloten wordt met een eerste balans van voor- en nadelen van deze wijze van beleidsvoering in de volksgezondheid; juist deze balans zal immers allen die in beleidsmatige aspecten van de volksgezondheid zijn geïnteresseerd de komende tijd gaan bezighouden.

ONTWERP-KERNDOCUMENT

Het haast opvallend ontbreken van het begrip 'planning' in het ontwerp-'Kerndocument Gezondheidsbeleid' is wellicht de sterkste aanwijzing, dat het ministerie van WVC anders is gaan denken over beleidsvoering in de volksgezondheid. 'Planning' is een te geladen begrip; het riekt te veel naar (over)regulering, verstarring en bureaucratie om nog te worden gehanteerd. Tevergeefs zal men zoeken naar de normen, planprocedures en toetsen die de overheid voor het veld heeft bepaald.

De toonzetting is van meet af anders. Voortdurend wordt benadrukt dat het een *discussie*nota betreft, waarop de 'maatschappelijke organisaties' van harte worden uitgenodigd te reageren. De doelstelling van de nota wordt dan ook als volgt geformuleerd (p. 6): 'Het doel is derhalve enerzijds inhoudelijk – gezondheidsdoelen en overige doelstellingen voorstellen –, anderzijds procesmatig: het stimuleren van discussie en het betrekken van de maatschappelijke organisaties bij het gezondheidsbeleid.'

Wat het inhoudelijke aspect betreft, vallen het integrale karakter en de toekomstgerichtheid op. Het ontwerp-'Kerndocument Gezondheidsbeleid' benadert het beleidsterrein van de volksgezondheid *integraal*. Niet alleen vormt het document een synthese van het gedachtengoed uit de 'Nota 2000' en dat van de nota 'Verandering verzekerd', ook andere beleidsterreinen komen in beeld. De brede benadering van gezondheidsproblemen betekent dat nauwe beleidsmatige banden worden aangehaald met milieuzorg, verkeer, volkshuisvesting, etc.

De ondertitel van het document: 'Voor de jaren 1990-1995', geeft al aan dat er aandacht is voor het langere-termijnbeleid. Er wordt ingegaan op ontwikkelingen die op langere termijn een rol kunnen gaan spelen en sommige gezondheidsdoelen worden gericht op het jaar 2000. Er is sprake van *toekomstgericht* beleid. De doelen zullen niet alleen door deze of de komende regering dienen te worden nagestreefd, maar even goed door toekomstige regeringen.

Wat het procesmatige aspect betreft kan de aandacht worden gevestigd op de nadruk van wisselwerking tussen overheid en particulier initiatief, het streven naar uitvoeringsafspraken, de brede benadering van het veld van betrokkenen en de wijze van presenteren van het document.

Om met dit laatste te beginnen, kan erop worden gewezen dat het ministerie van WVC de met de 'Nota 2000' voorzichtig ingezette weg van georganiseerde discussiemomenten tussen overheid en maatschappelijk betrokkenen heeft vervolgd. Op 1 mei 1989 presenteerde de staatssecretaris van volksgezondheid zijn ontwerp-kerndocument aan genodigden; hij vroeg nadrukkelijk om commentaar en voerde zelf het woord in de discussie. De lijst van genodigde 'maatschappelijke organisaties' toont de *brede benadering van betrokkenen* bij het volksgezondheidsbeleid aan: beroepsgroepen, patiëntenverenigingen, financiers en lagere overheden waren in verschillende schakeringen aanwezig. Zoals al aangegeven wordt de *wisselwerking tussen overheid en betrokkenen* voortdurend in het ontwerp-'Kerndocument Gezondheidsbeleid' benadrukt. Het laatste hoofdstuk van deze nota heet zelfs: 'Agenda voor overleg'. Zowel schriftelijk als mondeling kan op de inhoud van het ontwerp-kerndocument worden gereageerd. Het mondelinge overleg zal door het ministerie zelf worden georganiseerd, waarvoor op bladzijde 46 al een algemene agenda staat genoemd.

Die agenda kent eigenlijk twee belangrijke vragen, namelijk: kunt u (als maatschappelijke organisatie) de hier geformuleerde gezondheidsdoelen onderschrijven? en: kunt u meewerken aan de (beleids)uitvoering gericht op deze gezondheidsdoelen? De eerste vraag maakt duidelijk dat het met het ontwerp-'Kerndocument Gezondheidsbeleid' ingezette beleidsproces een *doelzoekend karakter* heeft. De tweede vraag geeft aan dat de rijksoverheid streeft naar *uitvoeringsaf-*

spraken met de betrokkenen. De overheid ziet in, dat 'de uitvoering van de voorstellen van dit ontwerp-kerndocument – met name die op het gebied van het zorgbeleid – alleen kunnen slagen indien de maatschappelijke organisaties de uiteindelijk inhoud van de voorstellen willen en kunnen dragen' (p. 8). Vergelijken we dit citaat met de rol die de overheid zich indertijd heeft toegedacht bij de planning van de gezondheidszorg ex WVG/WVZ, dan kan inderdaad worden gesproken van een andere wijze van beleidsvoering.

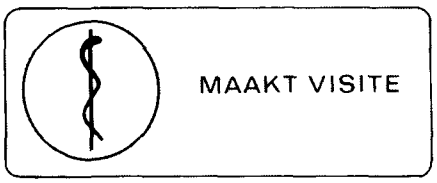
NOTA 'BETER GEZOND'

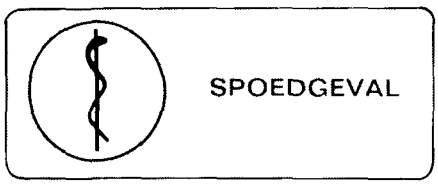
In januari 1989 heeft het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Den Haag de discussienota 'Beter gezond' gepresenteerd. Deze nota geeft een schets voor een integraal gemeentelijk volksgezondheidsbeleid; het is tevens een invulling van de rol voor een gemeentelijke overheid in de volksgezondheid na het wegvallen van de WVG.
Aan het verschijnen van de nota is een jaar van voorbereiding voorafgegaan. Gedurende dat jaar hebben de bij de opstelling betrokken gemeenteambtenaren op verschillende wijzen contact gezocht met het lokale volksgezondheidsveld. In twee workshopsessies zijn *sleutelfiguren* uit het lokale volksgezondheidsveld en de gemeentelijke organisatie bijeen geweest om van gedachten te wisselen over het lokale gezondheidsbeleid. Daarbij zijn ontwikkelingen, problemen en mogelijke oplossingen aan de orde gesteld; richtingen voor het lokale gezondheidsbeleid zijn hierdoor mede bepaald. Er is gezamenlijk gezocht naar de juiste beleidsdoelen. Buiten de workshops om zijn er contacten geweest tussen ambtenaren en de achterbannen van de sleutelfiguren. Daardoor zijn steeds meer betrokkenen in beeld gekomen. In de zomermaanden is bovendien een *publieksactie* gehouden om de stedelingen zelf in de gelegenheid te stellen hun mening over gezond en ongezond te geven.
Een en ander resulteerde in een nota met een veertigtal concrete actiepunten, die in uitvoeringstermijn verschillen van binnen een jaar tot langer dan vijf jaar. Ook hier een duidelijk *toekomstgericht* element: niet alleen het huidige, maar ook volgende gemeentebesturen krijgen met dit beleid te maken. Zoals al gezegd heeft de nota een *integraal* karakter: raakvlakken tussen volksgezondheid, maatschappelijke dienstverlening, ouderenbeleid en dergelijke worden aangegeven, maar ook nog eens met volkshuisvesting en milieuzorg. De *discussiestatus* van de nota is benadrukt door een symposium dat de gemeente heeft georganiseerd en waar de mogelijkheid tot mondeling commentaar is geboden. Hiernaast is uiteraard gelegenheid geboden tot schriftelijke (inspraak)reacties. Aan de hand van deze mondelinge en schriftelijke reacties zal het gemeentebestuur het ingezette volksgezondheidsbeleid nader modelleren.

ANDERE BELEIDSVOERING

Het ontwerp-'Kerndocument Gezondheidsbeleid' en de gemeentelijke nota 'Beter gezond' hebben nogal wat gemeen. Behalve de wijze van presenteren en het uiterlijk – een kernnota, gesteund door een reeks deelnota's – zijn nog andere overeenkomsten aan te wijzen:
In de eerste plaats het (veelal klemmende en regelmatig herhaalde) verzoek aan betrokkenen uit het beleidsveld om bij te dragen aan het tot stand komen van het overheidsbeleid. Er wordt *samenwerking aangeboden.* Een samenwerking, die kennelijk uitgaat van gelijkwaardigheid en gerespecteerde taakverdelingen tussen de partijen; met andere woorden een andere samenwerking dan in een planningssysteem waarin de overheid als onmiskenbare spelleider optreedt.
Anders dan in dat laatste systeem, is er – in de tweede plaats – ook geen duidelijke beperking gesteld aan het aantal betrokken partijen. Het beleidsproces spitst zich niet toe tot een bepaald 'echelon', of tot de zorgverlening of tot preventie. Er is juist sprake van een *integrale benadering.* Men treedt zelfs buiten het traditionele beleidsterrein van de volksgezondheid. Beleidsvoering wordt daarmee een zaak van veel partijen.
In de derde plaats liggen in de samenwerking en dialoog tussen overheid en maatschappelijke betrokkenen niet alle beleidsdoelen bij voorbaat vast. Doelstellingen zijn kennelijk te zien als het produkt van die wisselwerkingen tussen overheid en particulier initiatief. Het beleidsproces in een *doelzoekend proces.*
In de vierde plaats beperkt de samenwerking tussen de verschillende partijen zich niet tot de fase van de beleidsvoering en -bepaling. Integendeel, het is uitdrukkelijk de bedoeling dat ieder ook zijn steentje bijdraagt aan de uitvoering van het beleid, aan het realiseren van de gezondheidsdoelen. De overheid ziet daarbij het liefst dat rond die uitvoering *concrete afspraken* worden gemaakt.
Afspraken die partijen voor langere tijd dienen te binden, omdat – in de vijfde plaats – het beleidsproces *sterk toekomstgericht* is. Het gaat niet zozeer om het dagelijkse beleid als wel om de toekomstige inrichting van het volksgezondheidsveld, gegeven de optredende maatschappelijke ontwikkelingen.

Samengevat wordt het beleidsproces gekenmerkt door maatschappelijke betrokkenheid, een integrale benadering, een doelzoekend karakter, een streven naar uitvoeringsafspraken en een toekomstgerichtheid. Vergelijken we dit met de kenmerken van het beleidsproces dat via de planning ex WVG is gevoerd, dan kan werkelijk worden gesproken van een nieuwe beleidsvoering door de overheid. Immers, het planningsproces ex WVG laat zich kenmerken met begrippen als: 'bureaucratisch', 'sectoraal', 'taakstellen-





Auto-embleem

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

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

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

de normen', 'uitvoeringsdwang' en 'jaarlijkse cycli'. Kennelijk heeft de overheid van het verleden geleerd en voor een andere benadering van volksgezondheidsbeleid gekozen.
Voor wat betreft de gemeente Den Haag duidt de nota 'Gezondheidszorg en grootstedelijk bestuur' op een dergelijke keuze[4]. Deze nota, die door de besturen van de vier grote gemeenten is uitgebracht, schetst naar aanleiding van het rapport van de commissie-Dekker een alternatief model voor (gemeentelijke) beleidsvoering in de volksgezondheid. Dit model heeft veel van de zojuist genoemde kenmerken. Met de nota 'Beter gezond' heeft de gemeente Den Haag een eerste invulling van het geschetste alternatief gegeven.
Aan deze vorm van alternatieve beleidsvoering hebben de steden de term 'strategische planning' gekoppeld[5]. Ongelukkigerwijs heeft het begrip 'planning' een dusdanig beladen klank dat het misverstanden kan oproepen over de bedoelingen van de overheid. Het is misschien beter, net als de rijksoverheid, het begrip 'planning' niet meer zo nadrukkelijk te hanteren binnen het beleidsterrein van de volksgezondheid, juist omdat het kennelijk de bedoeling is de bezwaren die waren verbonden aan de planning ex WVG/WZV te vermijden.

STERKE EN ZWAKKE PUNTEN

Op het eerste gezicht lijkt de nieuw ingezette beleidsvoering goed te zijn aangepast aan de kenmerken van het beleidsterrein, van de volksgezondheid. In een eerder artikel in dit blad is erop gewezen, dat de machten en krachten in de volksgezondheid dusdanig zijn versnipperd dat beleidsvoering nauwelijks tot vernieuwingen kan leiden[6]. Gegeven deze machtsversnippering, lijkt een heroriëntatie van het beleid slechts via twee uiteenlopende wegen mogelijk. De eerste weg is het verschuiven van machtsmiddelen naar een bepaalde partij, die dan als machtigste de andere partijen haar wil kan opleggen. Deze weg is de afgelopen decennia zonder groot succes nagestreefd door de overheid met het ontwerpen van een planningsstelsel. De tweede weg is het erkennen van alle belangen en machten in de volksgezondheid en daar zo goed mogelijk mee omgaan. Alle partijen moeten dan een rol kunnen spelen in de beleidsvoering. Deze weg schijnt de overheid nu te hebben ingeslagen. Nadrukkelijk wordt de beleidsvorming als een maatschappelijk proces gepresenteerd.
Voordelen hierbij zijn dat sterke regulering niet nodig is. De overheidsbureaucratie behoeft dan ook een minder machtige positie in te nemen. Hiernaast blijven toch enkele sterke punten van het proces van planning behouden: gesignaleerde ontwikkelingen en knelpunten worden geconfronteerd met de huidige situatie, er wordt een beeld geschetst van de toekomst en er worden strategieën voor verandering aangegeven. Veranderingsstrategieën die, door de wijze van beleidsvoering, door vele partijen zullen worden onderschreven en ingevuld.

Deze voordelen lijken zo zwaar te wegen, dat de nieuwe benadering van beleidsvoering door de overheid de (toekomst van de) volksgezondheid haast wel ten goede moet komen. Het is echter naïef te denken dat nu plotseling de juiste weg voor sturing van de volksgezondheid is gevonden. De geschetste wijze van beleidsvoering is *niet ideaal*.
In de eerste plaats blijven we in een tijd van kostenbeheersing en bezuinigingen leven. In de intramurale zorg zijn bijvoorbeeld nog altijd beddenreducties aan de orde. Het is de vraag of dit soort problemen via de hier aan de orde zijnde beleidsbenadering beter kan worden tegemoet getreden. Juist de overheid zelf zal zich in dit soort situaties snel gedwongen voelen knopen door te hakken en bezuinigingsbeslissingen op te leggen aan de maatschappelijke organisaties. Deze eenzijdige machtsuitoefening van de overheid zal echter als een boemerang terugkeren in het totale volksgezondheidsbeleid. Vertrouwen en samenwerking tussen partijen zullen dusdanig zijn geschaad dat de gewenste gezamenlijke beleidsvoering onmogelijk wordt.
In de tweede plaats is er een praktisch probleem. Het beleidsterrein van de volksgezondheid is bijzonder ingewikkeld: er zijn veel maatschappelijke organisaties, groepen en personen bij betrokken. In het beleidsproces zullen nimmer al deze betrokkenen kunnen participeren, zeker niet als er steeds meer sprake zal zijn van integraal beleid en ook andere beleidsterreinen nadrukkelijk worden betrokken. En toch wordt nu juist in de betrokkenheid van alle relevante actoren de kracht van deze vorm van beleidsvoering gezien. Dit betekent, dat de beleidsvoering altijd onvolkomen zal zijn. En altijd zullen groepen en personen menen ten onrechte van de beleidsvoering te worden uitgesloten.
Verbonden aan dit tweede bezwaar is het derde: een en ander zal gemakkelijk verzanden in een 'praat- en notaproduktiecircus' zonder praktische gevolgen. Door iedereen te betrekken zal het beleidsproces moeilijk in de tijd zijn te beheersen. Het erkennen van ieders belangen maakt het niet eenvoudig het ene belang boven het andere te stellen. Wil men tot resultaten geraken, dan zal dit echter wel nodig zijn. Het is met andere woorden de vraag of een en ander niet *te* vrijblijvend is.

CONCLUSIE

De hamvraag luidt natuurlijk: leidt de geconstateerde vernieuwde aanpak van beleidsvoering tot betere sturingsmogelijkheden in het veld van de volksgezondheid dan voorheen? In de laatste paragraaf hebben we zowel argumenten voor een bevestigend antwoord als voor een ontkenning op deze vraag naar voren gebracht. Hoe de balans uiteindelijk zal uitslaan, zal de tijd moeten leren. De resultaten die met het ontwerp-'Kerndocument Gezondheidsbeleid' en op lokaal niveau bijvoorbeeld met de nota 'Beter gezond' worden bereikt, zullen een belangrijke maatstaf in dezen gaan vormen. Het is daarom zaak deze resultaten nauwkeurig te volgen en te evalueren. Net als het proces van beleidsvoering zal dit moeten plaatsvinden in een *dialoog en discussie* tussen alle betrokkenen bij de volksgezondheid. Dit blad zal hiervoor een van de fora vormen. □

Noten

1. Zie bijvoorbeeld: P. Stevens, 'Vijf jaren integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg', Medisch Contact 1987, p. 1459-1461; en: J. de Groot e.a., 'De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de regio'. Medisch Contact 1988, p. 265-268.

2. Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid; voor de jaren 1990-1995. Ministerie van WVC, april 1989.

3. Beter Gezond. Nota Gemeentebestuur Den Haag, januari 1989.

4. Gezondheidszorg en grootstedelijk bestuur. Standpunt van de colleges van B&W van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht over hun rol op het terrein van de volksgezondheid. Den Haag, 1988.

5. Dit begrip is nader beschreven in: A. G. M. van Elzakker, 'Planning in de gezondheidszorg'. Bestuur 1988, p. 156-161.

6. R. van de Vrie en A. van Elzakker, 'Gezondheidsbeleid en machtsversnippering', Medisch Contact 1988, p. 1119-1122 en p. 1162-1164.

Innovatie in de gezondheidszorg

Bevordering gezondheid dient uitgangspunt van het beleid te zijn

Dr. J. L. A. Boelen

Innovatie hoort bij vooruitgang. Bij innovatie in de gezondheidszorg denken we als regel vooral aan medisch-technische vooruitgang en minder aan zorginhoudelijke aspecten. Voor een evenwichtige ontwikkeling is evenwel een gelijktijdige vernieuwing op materieel en immaterieel gebied noodzakelijk, betoogt de internist Dr. J. L. A. Boelen.

Innovatie is een voorwaarde voor vooruitgang. In de gezondheidszorg zijn vernieuwingen in de zorgverlening de voorboden van de toekomstige aard en inhoud van de zorgverlening. Zij vormen een essentieel bestanddeel van het dynamische ontwikkelingsproces dat leidt tot verdere verbetering.

Mondiaal wordt erkend dat de sector gezondheidszorg met name in organisatorisch opzicht achter loopt: ze zou een achterstand van omstreeks vijftien jaar hebben ten opzichte van het bedrijfsleven en de industrie. Daar wordt innovatie erkend als een conditio sine qua non om te kunnen overleven. In de gezondheidszorg is innovatie weliswaar een aanvaard element, maar de noodzaak ervan wordt hier minder benadrukt.

Bij innovatie in de gezondheidszorg denkt men als regel vooral aan medisch-technische vooruitgang en minder aan de overige zorginhoudelijke aspecten. Voor een evenwichtige ontwikkeling is het noodzakelijk dat te zelfder tijd materiële en immateriële innovatie plaatsvindt. In de directe zorgverlening zijn naast de medisch-technische aspecten voor patiënten de immateriële aspecten subjectief en objectief immers van grote betekenis. De directe financiële consequenties zijn in het geval van deze immateriële aspecten niet altijd even duidelijk en de waarde ervan voor de zorgverlening wordt door de beroepsbeoefenaren niet altijd ingezien, met als gevolg dat de aandacht van de bij het beleid betrokkenen meer is gericht op medisch-technische innovatie. Het zou in een toekomstige marktsituatie wel eens van veel belang kunnen zijn de immateriële aspecten te benadrukken.

De eenzijdige nadruk op medisch-technische aspecten hangt ook samen met het in de opleiding van beroepsbeoefenaren gehanteerde zorgmodel. Het zou voor de gezondheidszorg in het algemeen verfrissend zijn – en een werkelijke innovatie – wanneer het vigerende medische model, dat bij patiënten en hulpverleners, bij de opvoeding zowel als bij de opleiding, de nadruk legt op ziekte door een gezondheidsmodel zou worden vervangen en wanneer het bevorderen van gezondheid zou worden verheven tot primaire doelstelling van het overheidsbeleid en de opleidingen. Deze stellingname zou kunnen bewerkstelligen dat de aandacht in gelijke mate gericht wordt op medisch-technische ontwikkelingen als op andere aspecten van zorgverlening. Bij herhaling is en wordt erop gewezen dat het noodzakelijk is dat de overheid duidelijk stelling neemt en het bevorderen van gezondheid primair stelt als beleidsdoel, met het aanwenden van de financiering als regelmechanisme als secundaire prioriteit.

De werkelijkheid is, dat deze stellingname uitblijft en het relatieve gebrek aan middelen de eerstbepalende factor blijft bij beleidsbeslissingen. Dit beleidsklimaat werkt innovatie niet in de hand, vooral omdat het accent op het tenminste handhaven van het bereikte niveau van zorgverlening is komen te liggen.

In de afgelopen periode zijn enkele beleidsvoornemens tot uitvoering gekomen dan wel in een ver stadium van implementatie geraakt, die in het kader van het scheppen van mogelijkheden voor innovatie nadere aandacht verdienen.

REGIONALISATIE

Teneinde een regelmatige verdeling van de beschikbare middelen over de regio's c.q. een goede bereikbaarheid van basisvoorzieningen te verkrijgen, is voorzien in een geplande spreiding en normstelling. Concrete uitvoering betekent in de huidige situatie, dat in voorkomende gevallen goed lopende voorzieningen moeten worden afgebroken om elders te worden opgebouwd. Waar bijvoorbeeld algemene ziekenhuizen een zogenoemde topklinische functie bezitten die tot een aanzienlijke bovenregionale adherentie van patiënten heeft geleid, bestaat de kans dat een dergelijke functie in omvang en ontwikkeling wordt beperkt ten gunste van een andere regio die de gelegenheid krijgt uit te bouwen. Naast kapitaalvernietiging bij opheffing van bestaande voorzieningen treedt zo ontwikkelingsachterstand op, doordat de betreffende functie elders moet worden opgestart. Incidenteel heeft dit reeds plaatsgevonden.

In het spanningsveld tussen gelijkmatige en rechtvaardige verdeling en het behoud van bijzondere functies, zou ten principale moeten worden gekozen voor het behoud van een infrastructuur waarvan de kwaliteit van zorgverlening adequaat is en er inhoudelijk sprake is van een voortrekkersrol in het betreffende vakgebied. Deze keuze houdt tevens in, dat een aantal locaties is aan te wijzen waarvan de functie na analyse van kwaliteit en kosten kan worden verminderd of opgeheven. De goede verbindingen in Nederland, die het bereiken van bijzondere functies als regel binnen een aanvaardbare tijd garanderen, spelen hierbij een belangrijke rol. Het proces van regionalisatie kan er derhalve toe leiden dat het aantal locaties met een bijzondere voorziening wordt beperkt. De mogelijkheden voor innovatie binnen het desbetreffende gebied nemen daarmee enigszins af.

CONCENTRATIE

Het is zinvol dat voorzieningen die niet alleen een kostbare investering aan menskracht en middelen vergen maar ook een bovenregionale adherentie, wegens de relatieve zeldzaamheid van de betreffende casuïstiek, in een zo beperkt mogelijk aantal instellingen worden geconcentreerd. Het motief van deze concentratie wordt vooral door financiële overwegingen bepaald, maar de inhoudelijke motivering is zeker zo belangrijk. Immers hebben ontwikkeling, kwaliteitsverbetering en innovatie betere kansen van slagen wanneer medisch-technische voorzienin-

gen geconcentreerd zijn en optimaal kunnen worden gebruikt.
De negatieve effecten van verminderde bereikbaarheid en beschikbaarheid en de te grote nadruk op medische technologie, kunnen vooralsnog gezien de evidente voordelen worden aanvaard. Op langere termijn kunnen kwalitatieve verschillen tussen instellingen ontstaan als gevolg van het 'spin-off'-effect van hoogwaardige technologie op de overige functies van een instelling. Bij een goede regionale spreiding hoeft dit geen bezwaar te zijn. Slechts wanneer er onaanvaardbare kwaliteitsverschillen zouden ontstaan, is heroverweging van het beleid nodig. Bijzondere aandacht verdient in dit verband de positie van algemene ziekenhuizen, aangezien het voornemen bestaat de vestiging van nieuwe functies uitsluitend in academische ziekenhuizen te doen plaatsvinden en met name nieuwe technologie in eerste instantie alleen daar toe te laten; deze trend leidt ertoe dat het aantal locaties met mogelijkheden voor innovatie op het terrein van de medische technologie wordt beperkt.

EXPERIMENTEEL ONDERZOEK

In de huidige situatie steunt de overheid vrijwel uitsluitend het onderzoek in academische ziekenhuizen. Alleen projecten die in samenwerking met een academisch ziekenhuis in een algemeen ziekenhuis plaatsvinden, krijgen eventueel steun. Dit betekent in concreto dat er vrijwel geen onderzoek plaatsvindt in algemene ziekenhuizen dan met veel moeite binnen de eigen budgettaire ruimte. De consequentie hiervan is onder meer dat, vooral indien een algemeen ziekenhuis opleidingsbevoegdheid voor bepaalde specialismen heeft, het ontbreken van steun voor klinisch onderzoek een bedreiging vormt voor het niveau van de opleiding en het niveau van de zorgverlening in dat ziekenhuis.
De motivatie voor het beoefenen van de medische professie wordt in niet onbelangrijke mate gevoed door het zelf verrichten van wetenschappelijk onderzoek; de positieve invloed die hiervan uitgaat naar de zorgverlening en opleiding begunstigt de kwaliteit in opwaartse zin. Het ontberen van onderzoekmogelijkheden zal op langere termijn ongewenste gevolgen hebben voor het niveau van de zorg en leiden tot een neerwaartse spiraal. De beperking van klinisch onderzoek tot academische ziekenhuizen kan ertoe leiden dat een eenzijdige nadruk ontstaat op beperkte en geïsoleerde terreinen van de geneeskunde, mede door de selectie van patiënten als gevolg van de bijzondere functievervulling.
De coördinatie van onderzoek staat in ons land nog in de kinderschoenen en niet zelden wordt waargenomen dat zelfs binnen één instelling op verschillende plaatsen onderzoek wordt verricht op hetzelfde gebied. De samenwerking op internationaal niveau is eveneens beperkt en met het vooruitzicht van het opengaan van de grenzen van de Europese Gemeenschap in 1992 is wat de coördinatie van onderzoek betreft nog veel werk te verrichten. Een Europees Disciplineplan Geneeskunde' zou in dit verband onmisbare diensten kunnen bewijzen.
Overigens maken de aan de academische ziekenhuizen opgelegde bezuinigingen het voor hen bijzonder moeilijk nu de juiste keuzen te maken waar het gaat over de toekomstige onderzoekstructuur c.q. kerntaken. Door de selectieve financiering van onderzoek, de gebrekkige coördinatie en het ontbreken van een sterke sturende instantie, worden de mogelijkheden voor innovatief onderzoek vooral op technologisch terrein zowel in aantal als in inhoudelijk opzicht beperkt.

FUNCTIONELE BUDGETTERING

Het is juist, dat een instelling die zich voorneemt een bepaalde zorgproduktie te realiseren daartoe de middelen krijgt. De houding van degenen die deze middelen aanreiken, namelijk de algemene uitgaven zoveel mogelijk te willen beperken en pas dan akkoord te gaan met een budget wanneer vaststaat dat elke gulden zo doelmatig mogelijk wordt gespendeerd aan zorgverlening, is op zichzelf eveneens juist.
Het budget wordt aan produktiekenmerken gerelateerd, maar bevat geen hoofdstukken 'Onderzoek' of 'Kwaliteit'. Dit onderwerp zou nog een punt van discussie moeten zijn met de financiers. De mogelijkheden voor een intramurale instelling gelden te besteden aan onderzoek of innovatie zijn binnen de context van het budgetsysteem tot vrijwel nul gereduceerd. Een instelling die zich respecteert en op hoog medisch-technisch niveau wil blijven meedraaien c.q. haar relatieve toppositie wil handhaven, zal worden gedwongen een deel van de voor zorgverlening bestemde gelden aan te wenden voor innovatieve activiteiten; dit kan, hoe creatief men ook zal zijn, niet anders betekenen dan dat deze instelling de omvang van de zorgverlening moet beperken teneinde de voor innovatie benodigde middelen te kunnen overhouden. Gezien de reeds bestaande wachtlijsten en de te verwachten toename hiervan bij een reductie van ziekenhuiscapaciteit en gezien de toename van de zorgvraag door de stijging van de gemiddelde leeftijd en de groei van technische mogelijkheden, zal dit een moeilijk haalbare optie zijn. Het geheel wordt verder gecompliceerd door de heersende attitude onder medische en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg dat aan een ieder die daarom vraagt zorg dient te worden verleend en door de niet uit te roeien gedachte dat groei altijd synoniem is met vooruitgang. Voorts zijn in de instellingen zelden strategische beleidsplannen aanwezig met werkelijkheidswaarde.
De uitdaging, in dit dilemma te zoeken naar een oplossing die mogelijkheden biedt voor innovatie, is uitermate boeiend, maar de positie van het ziekenhuis is in dezen te vergelijken met die van een kanovaarder die met een wedstrijd mag meedoen onder voorwaarde dat hij met zijn handen peddelt.

NIEUW VERZEKERINGSSTELSEL

Een verschuiving van activiteiten van het ziekenhuis naar de eerstelijnszorg zal weliswaar door de reductie van ziekenhuiscapaciteit worden bevorderd, maar vervolgens door het nog ontbreken van een adequate infrastructuur in de eerste lijn worden gefrustreerd. Substantiële verschuivingen zullen eerst dan plaatsvinden wanneer de voorwaarden voor een verantwoorde zorgverlening in de eerste lijn zijn vervuld. Dit nu zal naar het zich laat aanzien nog geruime tijd op zich laten wachten: veelal ontbreekt het aan gedegen beleidsplannen voor samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn.
Gezien de druk op de wachtlijsten voor intramurale instellingen en de relatieve voordelen van het handhaven van de produktie binnen de budgetmethodiek, zullen in eerste instantie alle denkbare organisatorische veranderingen worden ingevoerd die leiden tot een gunstiger prijsproduktieverhouding. Door de hierbij onontkoombare prioriteitstelling en selectie zal de gemiddelde zwaarte van de te behandelen ziektegevallen toenemen. In zekere zin is dit voor medisch specialisten een aantrekkelijk aspect, omdat in die omstandigheden in een relatief geringer aantal gevallen een beroep wordt gedaan op hun deskundigheid voor casuïstiek die niet noodzakelijkerwijs op specialistisch niveau behoeft te worden behandeld c.q. eigenlijk in de eerste lijn dient te worden

behandeld. Het rendement van ziekenhuisinterventie c.q. medisch-specialistische zorgverlening voor de gezondheid is niet altijd zichtbaar en wellicht wel eens afwezig; in de literatuur worden in dit verband percentages van ruim twintig genoemd.
Het heeft er kortom tenminste de schijn van dat de gezondheid van de bevolking niet zal behoeven te lijden onder de verminderde ziekenhuiscapaciteit. De ziekenhuizen zullen echter onder zware druk staan en alle energie moeten steken in de broodnodige aanpassing en verandering van de organisatie. Mede als gevolg hiervan zal de voor innovatieve activiteiten benodigde energie en ruimte worden ingeperkt.

BESCHOUWING

De vooruitzichten voor innovatie van de gezondheidszorg in algemene zin en met name medisch-technische innovatie lijken, gezien het voorgaande, niet erg florissant.
In het verleden zijn voor de gezondheidszorg belangrijke ontwikkelingen vaak begonnen op plaatsen waar ijverige en enthousiaste medici, met of zonder steun van hun omgeving, nieuwe wegen zochten en vonden voor de diagnostiek en behandeling van hun patiënten. De huidige structuur van de vaderlandse gezondheidszorg is grotendeels het gevolg van particulier initiatief. Het is inmiddels bekend dat dit weliswaar geleid heeft tot ongewenste groei en hoge kosten en dat er een aanzienlijke organisatorische achterstand is ten opzichte van het bedrijfsleven, maar de positieve resultaten zijn als we kijken naar het peil van zorgverlening in Nederland zeker aanwezig.
De vigerende regelingen die beogen tot beheersbaarheid van de kosten te komen en die dienen om de groei te beteugelen, hebben tot gevolg dat de bodem waarop innovatie zou kunnen plaatsvinden wordt verzwakt. Bovendien wordt in de regelgeving de financieringsstroom als regelmechanisme gebruikt en wordt onvoldoende aandacht gegeven aan de hoogstnoodzakelijke veranderingen en aanpassingen van de organisatie en werkwijze van de gezondheidszorgvoorzieningen, opdat de ontwikkelingen op dit vlak in de pas komen te lopen met ontwikkelingen in andere maatschappelijke sectoren. Het bestaande stelsel is relatief verouderd en kan zich om deze reden minder gemakkelijk voegen naar nieuwe eisen. Wanneer het op veranderen aankomt blijkt er op vrijwel alle niveaus een sterke weerbarstigheid te bestaan en een hang naar het behoud van de situatie. Mogelijkheden tot innovatie worden in dergelijke omstandigheden beperkt, hoewel een ieder de noodzakelijkheid van innovatie als voorwaarden voor vooruitgang erkent.
Overigens is het niet goed in te schatten in hoeverre innovaties in het verleden van invloed zijn geweest op het huidige niveau van zorgverlening. Zonder twijfel zal men het erover eens zijn dat deze invloed aanzienlijk is geweest en van positieve aard. Het is vermoedelijk onmogelijk de effecten te vergelijken van innovaties op het gebied van voeding en hygiëne, preventie van infectieziekten, DNA-diagnostiek, opleidingen, enz.
Wanneer het huidige beleid en de daaruit volgende regelgeving op het gebied van de gezondheidszorg wordt voortgezet, waarmee het aantal locaties waar innovatie zou kunnen plaatsvinden wordt beperkt, wil dat nog niet zeggen dat er geen innovatie zou kunnen plaatsvinden. Integendeel, de huidige situatie biedt de gelegenheid de aandacht meer bewust te richten op innovaties op ander dan technologisch gebied. Doordat de aandacht meer werd gericht op technologische aspecten, is in de afgelopen periode mogelijk te weinig energie besteed aan de andere, zorginhoudelijke aspecten. Daardoor is een relatieve achterstand ontstaan of zou deze op termijn kunnen ontstaan. In een evenwichtige ontwikkeling is *gelijke aandacht* nodig *voor alle aspecten*. Gedacht kan worden aan het aanpassen van de medische opleiding aan een gezondheidsmodel, het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid, het verhogen van de deskundigheidsgraad van werkers in de eerste lijn, de ontwikkeling van zorgprotocollen, besliskunde, epidemiologie, enz.
Innovaties op de genoemde gebieden brengen evenzeer kosten mee. Aangezien middelen slechts eenmaal kunnen worden uitgegeven, ligt er een belangrijk keuzemoment voor instellingen die de noodzaak van innovatie erkennen en binnen het beschikbare budget de daartoe benodigde ruimte willen vrijmaken. Deze keuze dient onderdeel uit te maken van een *strategisch beleidsplan*, waarin de koers van de instelling voor langere tijd is uitgezet en waarin met betrekking tot de aard van de innovatie is vastgesteld op welke gebieden en in welke richting de instelling zich zal kunnen ontwikkelen. Regeren is vooruitzien.
Op langere termijn zal een beleidskeuze waarin evenwichtige innovatie een belangrijke rol speelt, kwalitatieve voordelen hebben voor de gezondheidszorg. Uitgangspunt daarbij zou moeten zijn, dat het bevorderen van gezondheid de doelstelling is waarnaar in eerste instantie wordt gestreefd.

SAMENVATTING

Het huidige beleid van regionalisatie van gezondheidszorgvoorzieningen, concentratie van medisch-technische voorzieningen, financiering van experimenteel onderzoek, functionele budgettering en verandering van het verzekeringsstelsel, beperkt de mogelijkheden voor innovatie, in het bijzonder op het terrein van de technologie. Dit is mogelijk, doordat het aantal locaties dat mogelijkheden biedt voor innovatie wordt gereduceerd en doordat gelden voor onderzoek selectief worden toebedeeld. Voorts hebben gezondheidszorginstellingen een organisatieachterstand, waardoor veranderingen minder gemakkelijk kunnen worden ingevoerd. Capaciteitsbeperking en financiering van de zorgproduktie zetten sommige instellingen onder zware druk.
Innovatie is een voorwaarde voor vooruitgang en de geschetste omstandigheden kunnen de toekomstige ontwikkeling sterk beïnvloeden. De situatie biedt de mogelijkheid meer aandacht te schenken aan andere dan technologische innovaties. Het zou met name verfrissend zijn voor de gezondheidszorg – en een *echte innovatie* – wanneer het bevorderen van gezondheid het uitgangspunt van het beleid zou zijn van de overheid en in de opleidingen. Voor een evenwichtige ontwikkeling van de gezondheidszorg zijn zowel in instellingen als interechelonnair beleidsplannen nodig waarin plaats is ingeruimd voor zorginhoudelijke innovatie. □

Kwaliteit van zorg

Kwaliteitsbewaking in de radiotherapie

Zo efficiënt mogelijk gebruik maken van mensen en middelen

Prof.Dr. W. A. J. van Daal

Uit de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie.

Toepassing van ioniserende straling bij de behandeling van kanker vereist een nauwgezette samenwerking van klinische en fysisch-technische specialisten. Fouten en onnauwkeurigheden kunnen gemakkelijk leiden tot ernstige gevolgen voor de patiënt, zoals alleen al kan worden afgeleid uit de hoogte van premies van aansprakelijkheidsverzekeringen voor radiotherapeuten: deze behoren tot de hoogste die aan de verschillende medische specialismen in rekening worden gebracht.
Wegens de hoge investeringen aan apparatuur en mankracht en wegens de gevaren die het onoordeelkundig toepassen van ioniserende straling met zich meebrengt, is de uitoefening van de radiotherapie krachtens artikel 18 van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de Kernenergiewet aan vergunningen gebonden. Deze wetten zijn weliswaar niet primair gericht op kwaliteitsbewaking, maar bevorderen wel een evenwichtige spreiding en inzet van middelen en garanderen veiligheidsnormen die indirect de basis vormen van een kwalitatief goede beroepsuitoefening door radiotherapeuten, laboranten en fysici.

GEÏNTEGREERD PROGRAMMA

In de opleiding van radiotherapeuten, laboranten en stralingsfysici wordt van oudsher veel aandacht besteed aan maatregelen die erop zijn gericht de veiligheid van patiënten en radiologisch werkers te waarborgen. Voorts wordt tijdens die opleiding sterk de nadruk gelegd op het belang van werken in teamverband en de noodzaak individueel en collectief alles in het werk te stellen om de kans op onnauwkeurigheden en fouten zo klein mogelijk te maken. Dit wordt bereikt door een programma van kwaliteitsbewaking in de dagelijkse werkzaamheden te integreren, waarvoor de volgende onderdelen van het radiotherapeutisch handelen in aanmerking komen.

1. Indicatiestelling. In overleg tussen verwijzend specialist en radiotherapeut wordt de indicatie voor radiotherapie gesteld. Uiteraard kan dit per patiënt afzonderlijk plaatsvinden. Meestal vindt dit heden ten dage echter plaats in de vorm van een oncologie- of tumorwerkgroepbespreking op een vast tijdstip en een vaste plaats.

2. Lokalisatie en 'treatment-planning'. Hierbij wordt met behulp van speciale röntgenapparatuur, eventueel met gebruikmaking van voor dit doel vervaardigde CT-opnamen in therapiepositie, de tumor en het te bestralen doelvolume gelokaliseerd ten opzichte van de lichaamscontour en kwetsbare organen. Vervolgens kiest de radiotherapeut één of meer bestralingstechnieken en wordt met de computer de bijbehorende dosisverdeling berekend.

3. Bestralingsbehandeling. De uiteindelijk gekozen bestralingstechniek wordt omgezet in instructies voor de laboranten op de bestralingstoestellen, die de patiënten vervolgens gemiddeld ongeveer twintig keer bestralen gedurende een periode van gemiddeld vier weken.

4. Follow-up. De nazorg en controle van bestraalde patiënten door de radiotherapeut is niet alleen van belang voor de individuele patiënt, maar is ook noodzakelijk om het resultaat van de behandeling bij groepen patiënten te evalueren en dat terug te koppelen naar de indicatiestelling en de bestralingstechniek.

De kwaliteit van deze onderdelen van het radiotherapieproces wordt allereerst bepaald door de kwaliteit van de individuele radiotherapeuten, laboranten, fysici en technici. Voorts is uiteraard van groot belang hoe deze medewerkers onderling samenwerken. Tenslotte is de kwaliteit van radiotherapie in hoge mate afhankelijk van de nauwkeurigheid van lokalisatie- en bestralingsapparatuur.

METEN EN BEWAKEN

Vanuit verschillende invalshoeken worden tal van initiatieven en maatregelen genomen om de kwaliteit van het radiotherapeutisch handelen op bovengenoemde onderdelen te meten, te bewaken en te bevorderen.
Zo heeft bijvoorbeeld de *Commissie Radiotherapie van de Gezondheidsraad* in haar rapport van 1984 alle onderdelen van het radiotherapeutisch proces geanalyseerd, vooral op bedrijfsmatige aspecten. Daardoor zijn normen beschikbaar gekomen voor de indicatiestelling van aantallen patiënten per radiotherapeut, voor aantallen patiënten per bestralingstoestel, per laborant, fysicus, technicus, enz. Doordat de overheid in haar *Planningsbesluit Radiotherapie* (1987) deze normen globaal heeft overgenomen, is aan een belangrijke voorwaarde voldaan om in geheel Nederland de omstandigheden te creëren die voor een goede uitoefening van de radiotherapie nodig zijn.
De *Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie* ziet het als haar taak initiatieven te ontwikkelen die ertoe leiden dat de radiotherapie zo goed mogelijk wordt uitgeoefend. Zoals de wetenschappelijke verenigingen een grote verantwoordelijkheid hebben bij de opleiding en nascholing van specialisten en paramedisch personeel, zo vanzelfsprekend zijn zij ook actief bij kwaliteitsbewaking in hun vakgebied. De Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie organiseert wetenschappelijke bijeenkomsten die niet alleen zijn gericht op scholing van assistenten in opleiding en op nascholing van radiotherapeuten, maar die ook als doel hebben de kwaliteit van de radiotherapie te bewaken en te bevorderen. Door middel van protocolbesprekingen wordt in werkgroepen bijvoorbeeld nagegaan hoe bepaalde tumoren in de Nederlandse insti-

tuten worden bestraald. Daarbij worden verschillen in de bepaling van het doelvolume, dosering en bestralingstechnieken ter discussie gesteld, met als doel onnodige variaties zo mogelijk weg te werken. Dergelijke besprekingen kunnen leiden tot de vaststelling van landelijke protocollen en tot retrospectief en prospectief klinisch onderzoek van bestralingsindicaties en technieken.

De Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie is voorts een actief participant in de *Nederlandse Commissie voor Stralingsdosimetrie*, die in 1982 werd opgericht met als doel het verantwoord gebruik van de dosimetrie van ioniserende straling te bevorderen, zowel bij wetenschappelijk onderzoek als bij praktische toepassing in de dagelijkse patiëntenzorg. Deze commissie kent een aantal subcommissies, die zich bezighouden met de uniformiteit van dosimetrieprotocollen in Nederland, met brachytherapie, met dosisberekening ten behoeve van uitwendige therapie, met specificatie van bestralingsapparatuur, enz.

Met hulp van het *Koningin Wilhelmina Fonds* heeft een groep fysici onder auspiciën van bovengenoemde commissie, recent onderzoek gedaan naar de nauwkeurigheid van lineaire versnellers. Op basis van vrijwilligheid heeft daarbij een groot aantal instituten de output van zijn versnellers van fotonen- en elektronenbundels laten meten. In een dergelijk programma komen afwijkingen van de norm snel voor de dag, die vervolgens op hun oorzaak kunnen worden onderzocht en eventueel gecorrigeerd.

INTERNATIONAAL

Naast de genoemde activiteiten van de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie vindt ook internationaal het een en ander plaats op het gebied van de kwaliteitsmeting en -bewaking in de radiotherapie.

De *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) kent een groot aantal werkgroepen, die zich bezighouden met voornamelijk klinisch, patiëntgebonden kankeronderzoek. In de Radiotherapy Group van de EORTC werkt een groot aantal instituten en afdelingen samen in fase II en III klinische studies. Deelneming aan deze studies is gebonden aan een aantal voorwaarden, die de kwaliteit van de behandeling moeten waarborgen. Een speciale commissie van radiotherapeuten en fysici visiteert instituten, waarbij metingen worden verricht aan toestellen en behandelingen worden gesimuleerd. Aldus worden periodiek algemene en per studieprotocol afzonderlijk kwaliteitsmetingen verricht. Voorts worden in elk instituut per studieprotocol de behandeling van alle aangemelde patiënten afzonderlijk aan de hand van het patiëntendossier en de protocolformulieren gecontroleerd. Daarbij kunnen ook diagnostisch en pathologisch-anatomisch onderzoek nog eens centraal worden herbeoordeeld, opdat een zo groot mogelijke uniformiteit in diagnose en classificatie wordt bereikt. Deelneming aan een dergelijk programma is uiterst effectief in het kader van kwaliteitsbewaking, maar kan lang niet door alle instituten en afdelingen worden opgebracht, omdat het zeer arbeidsintensief is.

Onder auspiciën van de *World Health Organization* en het *Duitse Instituut voor Stralingsbescherming* werd in 1984 een internationale workshop gehouden over kwaliteitsbewaking in de radiotherapie, nadat een jaar eerder in Washington het eerste internationale symposium over hetzelfde onderwerp had plaatsgevonden. Deze bijeenkomsten illustreren dat er ook wereldwijd pogingen worden gedaan te komen tot standaardisering van de klinische en fysisch-technische factoren van de radiotherapie en aldus te komen tot internationaal aanvaarde kwaliteitsnormen.

INTEGRALE KANKERCENTRA

Ook de oprichting van de integrale kankercentra is een belangrijke stimulans geweest voor tal van activiteiten die de kwaliteit van de oncologie en dus ook van de radiotherapie bewaken. In bijna alle ziekenhuizen in Nederland zijn daardoor oncologiebesprekingen mogelijk, waaraan wordt deelgenomen door radiotherapieconsulenten. Behalve radiotherapeuten zijn daarbij ook andere specialisten betrokken die een taak hebben in de diagnostiek en behandeling van kanker, zoals radiodiagnosten, patholoog-anatomen, medisch oncologen, enz. Dergelijke besprekingen zijn niet alleen zeer doeltreffend bij het bewaken van de kwaliteit van de indicatiestelling en de follow-up, maar stimuleren ook tot protocollering, evaluatie van behandeling en klinisch prospectief onderzoek.

BESLUIT

De Vereniging voor Radiotherapie streeft ernaar activiteiten die aldus vanuit verschillende hoeken worden ontplooid en die impliciet of expliciet op kwaliteitsbewaking zijn gericht, zodanig op elkaar af te stemmen dat een zo efficiënt mogelijk gebruik wordt gemaakt van mensen en middelen. Zij beschouwt het als haar taak niet alleen zelf activiteiten te ontplooien die zijn gericht op bewaking en bevordering van kwaliteit, maar ook aan andere instanties adviezen te verstrekken inzake de opzet van kwaliteitsbewaking, de instelling van commissies en de uitvoering van dergelijke programma's. □

Literatuur

Broerse JJ, Mijnheer BJ. Inventory compiled under the auspices of the Netherlands Commission for Radiation Dosimetry. 1986.

Gezondheidsraad. Advies Radiotherapie. Den Haag, 1984.

International Symposium on Quality assurance in radiation therapy, clinical and physical aspects. Washington 1983. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1984; 10 (suppl 1).

Johansson KA, Horiot JC, Schueren E van der. Quality assurance control in the EORTC Cooperative Group of Radiotherapy. 3. Intercomparison in an anatomical phantom. Radiotherapy & Oncology 1987; 9: 289-98.

WHO. Quality assurance in radiotherapy. Geneva, 1984.

Kankerbestrijding: voorwaarts, volgens plan terug op de tweede lijn

Drs. S. Terpstra

Een strategisch plan voor de kankerbestrijding, voorafgegaan door enige verkenningen in het recente verleden en de nabije toekomst van onze gezondheidszorg. Het plan voorziet in een structuur om de beschikbare middelen zo goed mogelijk te besteden met een minimum aan 'overhead'-kosten. Het wordt ontvouwd door Drs. S. Terpstra, lid van de scenariocommissie Kanker van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG).

In de gezondheidszorg is geleidelijk aan een militair aandoend woordgebruik ingesleten. Zo wordt er gesproken van eerste- en tweedelijnszorg, echelonnering en samenhangende stelsels van voorzieningen. Met een beetje fantasie is het alsof we het over een leger met de troepen in stelling hebben en ziekte en ongeval onze vijanden zijn. Nog even en een verkeerde leefstijl is zoiets als het behoren tot de 'vijfde kolonne'. En wat te vrezen voor diegenen die straks de grenzen van de zorg willen overschrijden? In de Verenigde Staten is in de kankerbestrijding het militaire woordgebruik sinds het presidentschap van Nixon definitief ingeburgerd. 'War against Cancer' geeft heel kernachtig aan dat men daar wat aan kanker wil doen. Daar handelt men ook naar.

Geheel in de stijl van de gedachtenwereld die ik hiermee heb aangeduid, zal ik een strategisch plan voor de kankerbestrijding ontvouwen. Daar gaan enige verkenningen in het recente verleden en in de nabije toekomst van de gezondheidszorg aan vooraf. Ik ga het voornamelijk hebben over de kankerbestrijding en zijdelings over de kostenbeheersing. Ik zal overigens wel gebruik blijven maken van het jargon van de kostenbeheersers.

Het is de vraag wat de consequenties van dit woordgebruik zijn. Zullen we door gebruik van dit jargon de gedachtenwereld erachter ons eigen maken en het langzaam maar zeker vanzelfsprekend gaan vinden dat niet meer een ieder de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft? Daarom alleen al mogen we de historie van het kostenbeheersen in de gezondheidszorg niet uit het oog verliezen. Volg het spoor daarom terug.

In 1974 bracht McKinsey Incorporation aan een groot aantal regeringen van ontwikkelde landen een rapport uit. Dit rapport, van de hand van Robert Maxwell, heette[1]: *'Health Care, the growing Dilemma.* Needs versus resources in Western-Europe, the USA and the USSR'. De titel ervan spreekt voor zich. Een periode van vijf jaar van onderzoek- en advieswerk in verschillende landen was aan deze publikatie voorafgegaan. De kern van Maxwell's betoog is, dat het dankzij de vooruitgang in de gezondheidszorg verkeerd gaat met de economie ervan; we zouden het niet allemaal meer kunnen betalen. Deze stellingname werd uitvoerig met cijfermateriaal gedocumenteerd. Maxwell liet het niet bij constateringen, hij deed ook een aantal aanbevelingen. Die komen in grote lijnen op het volgende neer: 1. structuurverbetering; 2. beter beheer middelen: a. prioriteitstelling, b. strategieverandering. Bij strategieverandering kan men denken aan zaken als bevordering van preventie en versterking van de eerste lijn.

Eén punt uit Maxwell's betoog is voor vandaag de dag zeker van belang. Maxwell stelde uitdrukkelijk, dat de overheid zich méér met de gezondheidszorg moet bemoeien en dat de gezondheidszorg niet aan de werking van de vrije markt kan en mag worden overgelaten; dat zou leiden tot verspilling en wegvloeien van middelen naar daar waar ze het minst nodig zijn[2].

In hetzelfde jaar verscheen nog een rapport, 'made in Holland' deze keer: de *'Structuurnota Gezondheidszorg'* van staatssecretaris Hendriks[3]. Het grote regelen in ons land omwille van het beheersen van de kosten was begonnen. Echelonnering en regionalisatie deden hun intrede in het denken en de discussie over de Nederlandse gezondheidszorg. Wetgeving en bestuursmaatregelen zouden volgen. Ook in de 'Structuurnota' de doem van een onbetaalbaar wordende gezondheidszorg. De argumentatie was nagenoeg hetzelfde als die welke door Maxwell was gegeven. De tijd van de 4 promille-beddennorm was aangebroken.

In 1986 verscheen de *'Nota 2000'*[4], 381 pagina's dik, uitgebracht door Van der Reijden, ook staatssecretaris. Dit boek sluit ook aan bij het wereldgebeuren in de gezondheidszorg en wel bij 'Health for all by the Year 2000' van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)[5]. Nu allereerst geen zorgen meer om de gezondheidszorg, maar om de gezondheid, uiteraard ook omwille van het beheersen van de kosten. In dit boek vindt men een aanzet tot nog verdergaande regeling en bemoeienis met de gezondheidszorg dan nu al het geval is. Dit gebeurt op grond van tegenstellingen die te herleiden zijn op misverstanden over het zogenoemde medische model. Deze tegenstellingen zijn al eens door Sir Douglas Black aan de orde gesteld in 1984[6]: 'Misunderstanding related to the medical model':'Individual versus Population, Treatment versus Prevention, Cure versus Care, Medical versus Social, Hospital versus Community, Acute versus Chronic.' Zij zijn, zo stelt Black, niet zozeer tegenstellingen, maar veeleer delen van één samenhangend geheel; delen die elkaar in hun mogelijkheden eerder aanvullen dan dat zij elkaar vervangen; ze vormen zeker niet mogelijkheden voor het doen van radicale beleidskeuzen, zoals dat zo dikwijls wordt voorgesteld; en dat laatste is wel geheel in de geest van de 'Nota 2000'.

Dan verschijnt in 1987 het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, het *rapport-Dekker*[7]. Dit rapport heeft tot titel: 'Bereidheid tot verandering', lees: bereidheid tot vermindering. Oude wijn in nieuwe zakken? Dekker c.s. stellen, dat het met het beleid van de afgelopen jaren ten aanzien van de gezondheidszorg volledig is misgegaan; benaderingen en verwachtingen, zoals in de 'Structuurnota' beschreven, zijn niet uitgekomen. Het moet dus nu allemaal anders. De doelmatigheid en de flexibiliteit moeten worden bevorderd. Middel hiertoe is onder meer de versterking van de marktgerichtheid – ik kom daar uitvoerig op terug.

De maatregelen die Dekker en zijn commissieleden voorstellen, verschillen overigens nauwelijks van die welke we vinden bij Maxwell, en ook bij Hendriks en Van der Reijden: beter beheer: 1. nadruk op preventie, 2. versterking eerste lijn, 3. verbetering behandeling chronisch

zieken en bejaarden, 4. stroomlijnen ziekenhuizen; daar horen dan het versterken van het management en de introductie van een budgetteringssysteem uiteraard nog bij. Het grote verschil zit hem in de roep om de-regulering, het terugdringen van de invloed van de overheid. Merkwaardig overigens is, dat in geen van de rapporten de noodzaak tot bezuinigen, verminderen of afremmen van de uitgaven wordt beargumenteerd met andere argumenten dan uit de gezondheidszorg zelf. Want waarom is deze te duur? Zo zijn we dan in 1988 aangeland, de praktijk van het budgetteren is al aan het eerste lustrum toe en er is een uitgebreide overleg- en adviesstructuur gegroeid. Je zou haast van wildgroei kunnen spreken. Wat staat ons nog te wachten?

TOEKOMST

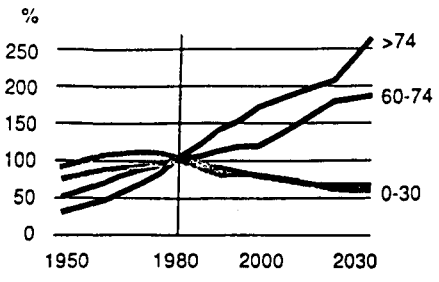
Onderlinge vergelijking van genoemde rapporten laat dus grote overeenkomsten zien. Dat geldt niet alleen voor de aanbevelingen, maar bijvoorbeeld ook voor de aandacht die aan het veranderingsaspect in de gezondheidszorg besteed is. Welke veranderingen werden er gesignaleerd? Verandering in: demografie, epidemiologie, geneeskunde en technologie, structuur, financiering, verwachtingen van patiënten. Op een deel ervan wil ik met behulp van de *scenariobenadering* nader ingaan.

Wat is een scenario? In Van Dale vinden we hierover[8]: 'Schema van de opéénvolging der scènes in een toneelstuk, opera of film'*. Het is dus zoiets als theater. Ik zal dat in het kort voor het kankervraagstuk nader toelichten. Om met Dekker en de zijnen te spreken: dat geeft tevens inzicht in de ontwikkeling van de vraag op de 'gezondheidsmarkt'.

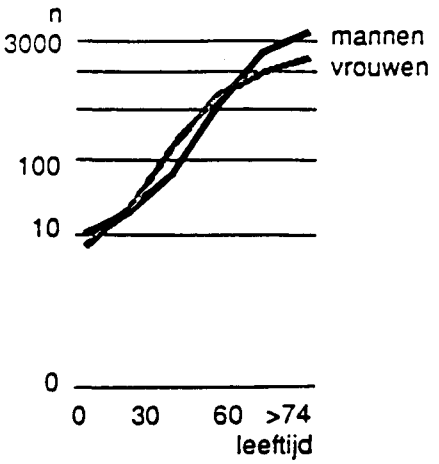
De samenstelling en omvang van onze bevolking zullen de komende jaren veranderen. Dat kan met behulp van een grafiek toegelicht worden (*figuur 1*). Omwille van de duidelijkheid beperk ik mij tot een paar leeftijdsgroepen.

* Zie ook R. Gurfield, 'Strategic Planning of Health Services: An Application to Hospital Services for Heart Disease Patients', University of California, Los Angeles 1972, p. 13: 'Scenarios. Kahn recommends the construction of scenarios as a technique to explore alternatieve futures . . . In developing a scenario the analyst states an explicit set of assumptions about social conditions, and the occurrence of certain events. He then explores their interrelationships over time step-by-step, carrying the assumptions to their logical conclusions. Scenarios help illuminate the political factors in a form that permits the comprehension of many such interacting elements.'
Collins, English Dictionary, 2nd edition, 1986: 'Scenario. 1. A summary of the plot of play; 2. A predicted sequence of events.'

Figuur 1. Ontwikkeling omvang en samenstelling leeftijdsgroepen Nederlandse bevolking.



Figuur 2. Incidentie kanker per 100.000 personen per jaar.



In één oogopslag is te zien, dat ons land meer ouderen en minder jongeren zal tellen in de komende jaren. Wat zijn de consequenties hiervan voor de kankerbestrijding? Het vóórkomen van kanker is overwegend leeftijdgebonden (*figuur 2*)[9]. Met behulp van een combinatie van voorspellingen van de epidemiologische en demografische ontwikkelingen in ons land kan een raming worden gemaakt van het totaal aantal te verwachten patiënten bij wie voor het eerst kanker wordt vastgesteld (*tabel 1*).[10]

Tabel 1. Incidentie; totaal aantal nieuwe kankerpatiënten in Nederland.

1985	1990	1995	2000
48.000	51.000	53.000	59.000

Tabel 2. Prevalentie; totaal aantal kankerpatiënten (× 1000) in leven in Nederland.

scenario	1985	1990	1995	2000
laag	205	220	238	254
midden	215	243	276	310
hoog	226	268	318	354

En wat kan er gebeuren, als we er met zijn allen in slagen ook de resultaten van onderzoek en behandeling langzamerhand iets te verbeteren, waardoor de kankerpatiënt gemiddeld iets langer zal blijven leven en ook een betere kwaliteit van leven zal kennen (*tabel 2*)?

De veranderingen die hiermee worden aangeduid hebben een geleidelijk verloop, maar hun invloed op de economie van de gezondheidszorg is niettemin heel groot. Twee conclusies kunnen worden getrokken: 1. er zullen geleidelijk aan meer nieuwe patiënten komen, die langer in leven blijven. 2. er zullen minder jongeren zijn, die voor meer ouderen zullen moeten zorgen.

Zo bezien, is het kankervraagstuk een mooie toets voor onze zorgzame samenleving, die we aan het opbouwen schijnen te zijn. Maar bij deze constateringen blijft het niet. Het is eveneens aannemelijk, dat deze patiënten met andere verwachtingen en andere eisen een beroep op de zorg zullen doen: hogere eisen, rechtstreeks naar specialist, 'screening' periodiek. Deze ontwikkeling wordt in belangrijke mate bepaald door voorlichting via de massamedia. Uitgaande van het gegeven dat er moet worden bezuinigd in de gezondheidszorg, dus ook in de kankerbestrijding, zouden we aldus geschetste problematiek, naar Maxwell, 'het dilemma van de kankerbestrijding' kunnen noemen. Om het nog eens te herhalen: meer patiënten met hogere verwachtingen en eisen, patiënten voor wie medisch meer mogelijk wordt maar voor wie naar het zich laat aanzien minder middelen beschikbaar zullen worden gesteld. Wat daar aan te doen?

PLAN

Het geschetste dilemma betekent, dat we in ieder geval nog doelmatiger met de beschikbare middelen zullen moeten omgaan dan nu al gebeurt. De vraag is hoe? Door beter richten op de markt, zoals de commissie-Dekker zich dat voorstelt?

Alvorens hier nader op in te gaan, lijkt het mij nuttig eerst nog eens te bekijken hoe die 'markt' in elkaar zit. In de al genoemde rapporten en nota's wordt de structuur van de gezondheidszorg voorgesteld als een tweedeling eerste lijn tweede lijn (*figuur 3*). Het is alsof het werk van huisartsen en dat van specialisten een economische belangentegenstelling inhoudt. Een heel eenvoudige en overzichtelijke voorstelling van zaken, dat wel. Maar in de gezondheidszorg spe-

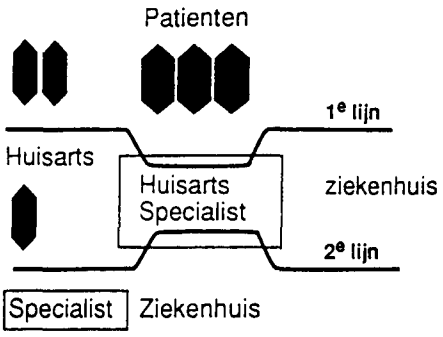
len heel wat meer partijen dan patiënten, huisartsen en specialisten een rol *(figuur 4)*. De structuur is daardoor minder doorzichtig en overzichtelijk dan in figuur 3 geschetst. Alles lijkt te draaien om de patiënt. De overheid is eveneens van de partij. De gezondheidszorg is een ingewikkeld 'spel' van belanghebbenden geworden. Dat maakt dat simplistische voorstellen, zoals in het rapport-Dekker en in de 'Structuurnota' gepresenteerd, weinig kans van slagen hebben waar het gaat om het beheersen van de economie van de zorg; dat is al voldoende gebleken. In de huidige structuur zitten als het ware schotten tussen huisarts en specialist. Wat gebeurt er indien we deze 'schotten' weghalen, men zich meer op de verwachtingen van de patiënten – de cliënten – richt of het aanbod de vraag naar zorg volgt? Een dergelijke ontwikkeling kan óók met behulp van een scenario benaderd worden: verandering ziekenhuizen: eerste en tweede lijn met thuiszorg, concentratie en fusie, deelspecialisatie, huisarts in ziekenhuis. De eerste en tweede lijn zullen samenvallen. Huisartsen vestigen zich meer en meer in ziekenhuizen; daar zullen zij ook hun verbeterde en verlengde opleiding ontvangen; vanuit het ziekenhuis worden zij weer meer thuisbezoekend arts. Internisten zullen steeds vaker de rol van familiearts gaan vervullen en meer en meer de uitvoering van de zorg gaan coördineren en bewaken[10 11].

Dit alles leidt tot een andere structuur van de patiëntenzorg *(figuur 5)*. De huisartsen trekken zich terug op de tweede lijn en de patiënten krijgen meer en meer direct toegang tot het hoogste adres. Voor de kankerbestrijding moet dit wel een goede zaak zijn: hoe eerder, hoe beter, niet waar?

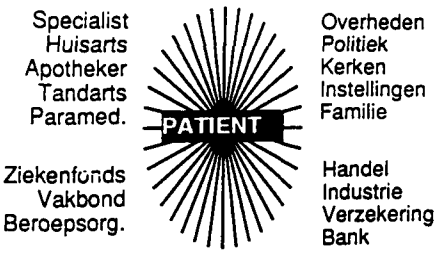
Gesteld, dat het zo gaat, dan lijkt het haast vanzelf te gaan – een terugtocht zonder plan, een autonome ontwikkeling. Regulering is hier echter wel degelijk gewenst en noodzakelijk, al was het maar indachtig Maxwell's waarschuwing tegen toepassing van 'vrije-marktpolitiek' in de gezondheidszorg. Maar wie zal dan wie op de markt richten?

Dat brengt ons haast vanzelf op de structuur van overleg-, advies- en regelorganen. In deze structuur wordt niet alleen over tarieven en het toedelen van de middelen gesproken, maar ook over zaken als de grenzen van de zorg[12]; daarmee wordt dan overigens het geld bedoeld. Een groot aantal organisaties bemoeit zich met de gezondheidszorg. Het is in dit verband inzichtgevend bijvoorbeeld eens de advisering en besluitvorming tot de

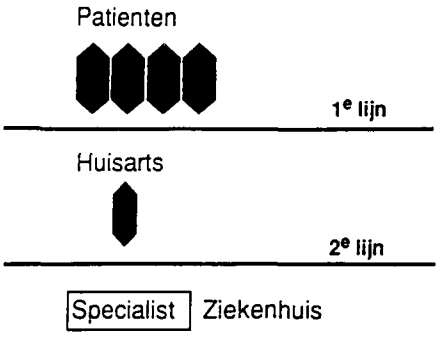
Figuur 3. Tweedeling in de gezondheidszorg.



Figuur 4. Hulpverleners en organisaties.



Figuur 5. Structuurverandering in de gezondheidszorg.



aanschaf van NMR-apparatuur[13], de discussie over het opzetten van programma's voor vroegdiagnostiek naar borstkanker en cervixscreening te volgen, enkele voor de kankerbestrijding actuele en belangrijke zaken. Geheel naar de eisen van de tijd is het ook vanzelfsprekend advisering en besluitvorming te stroomlijnen en te toetsen aan eisen van doeltreffendheid en efficiency. Dat spaart niet alleen geld, maar heeft ook het voordeel dat nieuwe kennis en technieken, die veelal van over de grenzen komen, sneller degenen die er baat bij hebben ten goede zullen komen. Blijkens 'Beheersing van de gezondheidszorg' van Mw. Grünwald sluit dat ook aan bij bestuurlijke ontwikkelingen[14]: het huidige overleg- en adviescircuit mag dan uitdijen, het boet gelijktijdig aan betekenis in.

De vraag is: hoe kan het beter voor de kankerbestrijding? Een handreiking daartoe is het LOK-plan[15]. Het idee van dit plan van het Landelijk Overlegorgaan Kankercentrum is, een overleg- en adviesnetwerk, uitsluitend gericht op de kankerbestrijding op te zetten en daarmee datgene wat er nu al is te verbeteren en te versterken. De grote lijnen van het plan zijn de volgende:

- Nationale Raad voor de Kankerbestrijding;
- beperking aantal integrale kankercentra;
- versterking integrale kankercentra;
- centrumvorming en echelonnering; en
- versterking tweede en derde lijn.

Aan de integrale kankercentra is een uitgebreider taaksteling toegedacht. Niet alleen zaken als protocolontwikkeling, registratie en consultatie behoren tot hun bemoeienis. Deze instrumenten zijn overigens te beperkt in hun mogelijkheden voor daadwerkelijke verbetering van de zorg voor wat betreft de toegang, de effectiviteit, de kwaliteit, de efficiency en de kosten. Voor al deze zaken zou in de komende jaren wel eens gelijktijdig verantwoording moeten kunnen worden afgelegd, en wel op een andere wijze dan nu gebruikelijk en mogelijk is.

Het idee is, het takenpakket van de integrale kankercentra uit te breiden, onder meer voor wat betreft de volgende taken: 'hospital audit', 'medical audit' en advisering met betrekking tot 'manpower', exploratie en investering. Dat betekent rechtstreekse invloed op de prioriteitsstelling of middelenverdeling.

Concentratie van deelgebieden van de zorg in daartoe gespecialiseerde centra, is een tweede structuurelement in het plan. Daar dienen dan uiteraard ook de mogelijkheden voor beschikbaar te worden gesteld; denk hierbij aan centra voor hoofdhalsoncologie, kinderkanker of intensieve zorg voor patiënten met bloed- of lymfklierkanker.

Uit het scenario dat ik liet zien, is nog een andere conclusie te trekken: een kankerbestrijding zonder vernieuwing zal er één zijn die wordt gedomineerd door immer stijgende uitgaven, immer stijgende tekorten of beide. Dit maakt dat wetenschapsbeleid een steeds belangrijker rol zal moeten vervullen, vanwege de kankerbestrijding zelf.

Comroe en Drips, en Thomas hebben een visie gegeven op de betekenis van onderzoek voor de geneeskunde[16 17]: funda-

menteel onderzoek: hoogste rendement; lange-termijnondersteuning van het creatieve individu: baanbrekend werk; evenwicht fundamenteel en toegepast onderzoek: realisering; onderzoek naar onderzoek: wetenschapsbeleid. Hier zou heel goed een 'richtlijn' voor de kankerbestrijding aan kunnen worden ontleend. Wat betekent een evenwicht tussen klinisch toegepast en fundamenteel onderzoek? Voor ons land met name versterking van het klinisch onderzoek, maar niet ten koste van het andere. Maar er is nog een ander punt. Waar meer en beter onderzoek in klinieken wordt verwacht, is ook de toekomst van de artsenonderzoekers aan de orde. De integrale kankercentra kunnen een vitale rol vervullen bij het scheppen van toekomstperspectieven.
Nog een enkel woord over de organisatie van de kankerbestrijding. De kwaliteit van de zorg voor kankerpatiënten en het daaraan verbonden onderzoek wordt in belangrijke mate bepaald door de organisatie ervan, dat wil zeggen door de mate waarin men er in slaagt zijn activiteiten te organiseren over de grenzen van eigen discipline en eigen instituut. Integrale kankercentra bestaan ook om die reden bij de gratie van diegenen die zijn betrokken bij de dagelijkse zorg voor patiënten, bij onderwijs en onderzoek. Hun initiatieven zijn daarbij bepalend; dat gaat 'bottom-up', van onderen. Dat geldt ook voor de strategie- of beleidsbepaling, die is gericht op vernieuwing, en dat laatste brengt de vooruitgang. Stimulering hoort van boven, 'top-down'.

SLOT

Tot nu toe heb ik de kernvraag omzeild. Het al dan niet toestaan van tekorten in de zorg is een categorie van beslissingen die niet in spreek- of wachtkamers mogen worden genomen, maar toch al naar binnen zijn geslopen; dergelijke beslissingen horen thuis in de Staten-Generaal.
Over tabaksnijders en -verkopers heb ik evenmin iets gezegd. Die beroepsgroepen bestrijden we in ons land niet. Daar innen we belasting van. Hun produkten exporteren we op grote schaal; dat is goed voor de economie. Maar, de discussie over de problematiek van het roken lijkt soms de rol van een alibi te vervullen en is daarom alleen al de aandacht waard.
Ik heb het 'dilemma van de kankerbestrijding' geschetst. Het LOK-plan voorziet in een structuur om in ieder geval die middelen die beschikbaar zijn zo goed mogelijk te besteden, met een minimum aan 'overhead-kosten'. Het plan beoogt de versterking van de professionele bureaucratie, zoals Mintzberg dat begrip heeft verwoord[18]. Het schept in principe de mogelijkheden beter en anders verantwoording af te leggen voor de kankerbestrijding dan nu gebruikelijk en mogelijk is. □

Drs. S. Terpstra, bedrijfseconoom, is hoofd van het bureau Langetermijnplanning van het Academisch Ziekenhuis Groningen. Het verhaal hierboven is een geredigeerde weergave van zijn voordracht op het symposium 'Kanker anders bekeken', gehouden bij het afscheid van Prof. Dr. P. C. de Jong als hoogleraar in de keel-, neus- en oorheelkunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Literatuur

1. Maxwell R. Health Care, the growing delemma. Needs versus resources in Western Europa, the USA, and the USSR (A. McKinsey, survey report). Second edition, New York: McKinsey and Company, June 1975.
2. idem, 41.
3. Structuurnota Gezondheidszorg. Zitting 1973-1974-13 012. Nota nr. 2. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1974.
4. Nota 2000. Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderjaar 1985-1986, 19500 nrs. 1-2. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1986.
5. Targets for health for all 2000. Targets in support of the European regional strategy for health for all. WHO Regional Office for Europa, 1985.
6. Black D. An Anthology of False Antitheses (The Rock Carling Fellowship, 1984). London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1984: 31-44.
7. Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering 2e druk. Den Haag: Distributiecentrum Overheidspublikaties, april 1987.
8. Van Dale's Nieuw Nederlands woordenboek 9e druk, 1986.
9. Kanker in Nederland, deel 1, scenariorapport (scenario's over kanker 1985-2000). Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1987.
10. Terpstra S. Denken over verandering en vernieuwing in de gezondheidszorg. Pharmaceutisch Weekblad 1988; 123, nr 5 (themanummer 20 januari 1988): 104-11.
11. Hellerstein D. A conversation with Lewis Thomas. New York: Frontiers of medicine, 1984: 32-3.
12. Gezondheidsraad. Grenzen aan de gezondheidszorg, 27 november 1986.
13. Kassenaar AHH. NMR in Nederland. Rapportage van het evaluatieonderzoek naar de introductie van Nuclear Magnetic Resonance in Nederland. December 1987.
14. Grünwald CA. Beheersing van de gezondheidszorg. Den Haag: VUGA, 1987: 209.
15. LOK-plan. Een aanzet voor een nationaal programma voor de kankerbestrijding, opgesteld door Plancommissie Bestuur LOK. Utrecht, juni 1987 (Intern rapport, niet gepubliceerd).
Memorandum basisfilosofie Kankeronderzoek. Doelstelling en organisatie. TNO, juli 1974.
Berliner HS. A System of Scientific Medicine. Philantropic Foundations in the Flexner Era. London/New York: Tavistock, 1985.
16. Comroe JH, Dripps RD. Scientific Basis for the Support of Biomedical Science. Science April 1976.
Smith R. Comroe en Dripps revisited. Research Policy British Medical Journal 1987; 295: 1404.
17. Thomas L. The Lives of a Cell Notes of a Biology Watcher 11th ed. New York: Viking Press, september 1979: The Technology of Medicine (31), The Planning of Science (115).
18. Mintzberg H. The Structuring of Organizations. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1979: 348.

PRAKTIJKPERIKELEN

Verhaalsindicatie

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

Zojuist kreeg ik een brief onder ogen die door een ziektekostenverzekeringsmaatschappij aan een mijner patiënten was verstuurd. De brief was ondertekend door een jurist van die verzekeringsmaatschappij. De inhoud ervan luidt als volgt:

Betreft: ongeval d.d. . . .
Wij ontvingen van u het Inlichtingenformulier Letselschade retour, waarvoor onze dank. In verband met het vaststellen van de verhaalsindicatie zouden wij graag nog een antwoord ontvangen op de volgende vragen:
1. Wie is R. Ewing Sarkoom?
2. Waar woont hij?
3. Waar is een en ander gebeurd?
4. Wat is er precies gebeurd?
5. Waarom acht u Ewing Sarkoom schuldig?

Voor het verzenden van uw antwoord kunt u gebruik maken van bijgaande portvrij envcloppe. Wij danken u bij voorbaat voor uw medewerking.

Supervisie in de beroepsopleiding tot huisarts

Een bericht uit het Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Groningen

J. Schuling, J. C. Gal en L. H. Brokke

Bij een groep huisartsen in opleiding werd in het kader van de éénjarige opleiding tot huisarts supervisie ingevoerd. Uit de evaluatie bleek dat supervisie een zinvolle aanvulling is op de gestructureerde onderwijsprogramma's van de terugkeerdag. Een bericht uit het Instituut voor Huisartsgeneeskunde, afdeling Beroepsopleiding, te Groningen.

Nadat wij in een eerder stadium ervaring hadden opgedaan met het geven van supervisie aan pasgevestigde huisartsen[1], besloten wij medio 1987 deze scholingsmethode toe te passen bij een groep artsassistenten, die de éénjarige opleiding tot huisarts volgt. Aan het besluit tot deze proefneming lag een aantal overwegingen ten grondslag.

Verlenging van de opleiding tot huisarts, die volgens de commissie Curriculum Constructie voor de (meerjarige) Beroepsopleiding tot Huisarts (CCBOH) aanstaande was[2], moet niet leiden tot 'meer van hetzelfde', maar zal naast inhoudelijke uitbreiding van het curriculum nieuwe onderwijsvormen moeten introduceren. Waar de structurering van het onderwijs zo duidelijk toeneemt, dreigt de specifieke leerbehoefte van de huisarts in opleiding in het gedrang te komen. Dit zou kunnen betekenen, dat in een meerjarige opleiding de huisarts in opleiding wel meer leert, maar zijn probleemoplossend vermogen niet evenredig toeneemt.

Supervisie is een scholingsmethode voor die beroepen, waarbij de kwaliteit van de dienstverlening afhankelijk is van de relatie tussen dienstafnemer en dienstverlener[3]. In de supervisie zoekt de supervisant met de supervisor naar persoonlijke factoren, die de hulpverleningsrelatie nadelig beïnvloeden en vervolgens naar manieren om daar verandering in te brengen. Dat de interactie met de patiënt van grote betekenis is, blijkt nog eens uit het onderzoek van Schadé, die aangeeft dat huisartsen in het tijdig diagnostiseren van kwaadaardige aandoeningen vooral de relatie met de patiënt als een belemmerende factor ervaren en veel minder hun medische kennis van zaken[4]. Deze bevinding onderstreept het belang van een gerichte scholing, zoals supervisie.

Aan de voorwaarde van supervisie, dat de supervisant actuele gegevens uit zijn praktijkvoering kan inbrengen, wordt binnen het kader van de huisartsstage voldaan.

Op andere plaatsen is reeds ervaring met supervisie opgedaan; daarbij had deze echter niet het karakter van een verplicht onderdeel binnen het kader van de opleiding[5-7].

Het doel van ons experiment was antwoord te krijgen op de volgende vragen:

1. Wat leren huisartsen in opleiding in supervisie?
2. Hoe beleven zij deze scholingswijze in vergelijking tot de terugkeerdagen?
3. Waarin verschillen de relaties huisarts in opleiding / huisarts-opleider en huisarts in opleiding / supervisor met elkaar?

METHODE EN RESULTATEN

Als onderzoekpopulatie werd de groep van twaalf huisartsen in opleiding gekozen, die in september 1987 met de éénjarige opleiding startte. Reeds in de introductieweek werd het supervisieproject als vaststaand onderdeel van het opleidingsprogramma aangekondigd door de groepsbegeleiders. Na zeven maanden werd door één der begeleiders op een terugkeerdag een inleiding over het thema supervisie gehouden, waarin doel en werkwijze werden uiteengezet en literatuur werd aanbevolen[3].

Kort daarna werd tijdens een 'driedaagse' de groep in onderling overleg verdeeld in duo's, die konden kiezen voor één van de drie stafleden-supervisoren, zodat elke supervisor twee koppels onder zijn hoede kreeg. Tijdens dezelfde driedaagse schreven de huisartsen in opleiding hun wensen, cq. doelen op, waaraan zij in de supervisie wilden werken.

Vervolgens vonden in de daarop volgende maanden zes supervisie-zittingen plaats, met een duur van 90 minuten en een frequentie van éénmaal per twee weken. Na elke zitting schreven de huisartsen in opleiding een verslag, waarin zij voor hen belangrijke punten uit de zitting neerlegden en voornemens (huiswerk) aangaven; dit verslag werd aan het begin van de volgende bijeenkomst besproken.

In deze periode vonden géén reguliere terugkeerdagen plaats; het streven was de supervisie met een minimum aan extra staftijd te laten verlopen, daar wij niet verwachten in de toekomst bij een meerjarige opleiding over extra stafformatie ten behoeve van supervisie te beschikken.

Aan het einde van de laatste supervisiebijeenkomst ontvingen de huisartsen in opleiding een evaluatieformulier. Op basis hiervan kunnen we de volgende uitkomsten melden.

1. *Wat heb je geleerd?*
- meer bewust van eigen gevoelens en gedrag tijdens het consult;
- betere consultvoering;
- betere gesprekstechniek;
- helderder beeldvorming over het toekomstig functioneren als huisarts;
- meer inzicht in eigen 'blokkades' tijdens het consult.

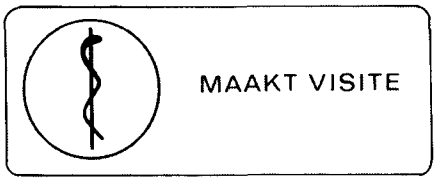
2. *Wat waren voor jou de verschillen tussen terugkeerdag en supervisie?*
Supervisie is:
- persoonlijker;
- intensiever, meer diepgang;
- meer rendement;
- je moet meer verantwoordelijkheid nemen;
- door de verslaglegging is er meer continuïteit.

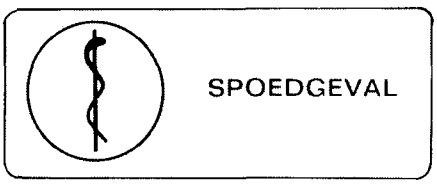
3. *Wat is het verschil tussen je supervisor en je huisarts-opleider met betrekking tot de opleiding?*
- van de supervisor ben je minder afhankelijk: je voelt je daarom veiliger, zodat

fouten en twijfels makkelijker worden besproken;
– de supervisor is minder medisch gericht; er is meer aandacht voor je persoonlijk functioneren;
– de huisarts-opleider is meer een werkbegeleider; de supervisor richt de aandacht op persoonlijke processen.
NB: de antwoorden op deze open vragen zijn samengevat tot de vermelde items.

BESCHOUWING

Het effect van het bij uitstek subjectieve supervisieproces laat zich moeilijk in maat of getal uitdrukken. Wij hebben met dit formulier dan ook gekozen voor zelfevaluatie. Weliswaar heeft deze methode beperkte waarde, doch de resultaten geven wel inzicht in plaats en betekenis van supervisie voor de huisarts in opleiding. Bovendien sluiten de bevindingen goed aan bij de veel uitgebreidere evaluatie, die in het kader van het supervisieproject van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de VU plaatsvond[8].
Waar de supervisanten aangeven, dat door de supervisie hun consultvoering, cq. gesprekstechniek vooruit is gegaan, is een toelichting op zijn plaats.
Wanneer de huisarts in opleiding daarom vraagt, worden tijdens de supervisiezitting bandopnames van spreekuurconsulten beluisterd. Gebeurt dit op de terugkeerdag in de voltallige groep, dan wordt de aandacht gericht op onvolkomenheden in gesprekstechniek, cq. consultvoering van de huisarts in opleiding; de docent geeft gericht advies dienaangaande teneinde kennis en vaardigheden te verbeteren. Bijvoorbeeld: 'Hier had je even moeten wachten', of 'Je stelt alleen maar gesloten vragen', of 'Is de hulpvraag nu duidelijk geworden?'
Tijdens de supervisie gaat de supervisor ervan uit, dat de huisarts in opleiding voldoende kennis in huis heeft, maar het kennelijk niet lukt dat ook in de praktijk te brengen. De supervisor zal de huisarts in opleiding aansporen te zoeken naar een antwoord op de vraag: 'Waarom lukt het me niet in die situatie te handelen zoals ik heb geleerd?'
In de plenaire terugkeergroep wordt gelet op het gemeenschappelijke, de overeenkomst in ervaringen; in de supervisie ligt de nadruk op het persoonlijke, het individuele.
Het spreekt voor zich, dat de kleine groep en de grotere hoeveelheid tijd die per huisarts in opleiding beschikbaar is, eveneens begunstigende factoren zijn voor de grotere diepgang, die door de huisarts in opleiding wordt genoemd als kenmerk van supervisie. Ongetwijfeld speelt het aspect van de grotere continuïteit, dat wordt genoemd, hierbij ook een belangrijke rol: de huisarts in opleiding schrijft van elke supervisiebijeenkomst een kort verslag, waarin de voor hem belangrijke leerpunten, 'eye-openers', staan, en tevens geeft hij aan hoe hij de komende twee weken daar in de praktijk mee verder wil gaan. De huisarts in opleiding wordt er zo toe gebracht verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen leerproces.
Bij het verschil tussen de relatie van de huisarts in opleiding met zijn huisarts-opleider en zijn supervisor lijkt de grotere afhankelijkheid, die de huisarts in opleiding naar zijn huisarts-opleider toe voelt, een bepalende rol te spelen. Dit gegeven kan zeker een remmend effect hebben op de diepgang van het leergesprek met de huisarts-opleider. Werden problemen met de huisarts-opleider ingebracht binnen de supervisie, dan hoedden wij ons ervoor te rivaliseren met de huisarts-opleider en stimuleerden de huisarts in opleiding te zoeken naar mogelijkheden om daar verandering in te brengen. Vaak lukte het aldus nieuwe impulsen te geven aan de 'perifere onderwijssituatie'.
Het verplichte karakter van de supervisie heeft bij de huisartsen in opleiding geen grote weerstanden ontmoet. Wanneer men goede argumenten heeft om een onderwijsmethode in te voeren en de introductie gaat vergezeld van voldoende informatie, zullen dergelijke hindernissen overkomenlijk blijken.
De bevindingen ondersteunen onze veronderstelling, dat supervisie en het werken in een plenaire groep op de terugkeerdag zeer verschillende scholingswijzen zijn, die elkaar uitstekend aanvullen. De supervisie met zijn aandacht voor de individuele leerbehoeften van de huisarts in opleiding biedt een zinvol tegenwicht aan de toename van de hoeveelheid gestructureerd onderwijs op de terugkeerdag. Wij zijn dan ook voornemens binnen de tweejarige opleiding de supervisie als vast onderdeel van het curriculum te introduceren. Aan de voorwaarde, dat de huisarts in opleiding over voldoende kennis en vaardigheden beschikt, lijkt te zijn voldaan, wanneer wij kiezen voor een tijdstip dat ligt rond de 18e maand van de opleiding. Wij laten dan tijdens deze episode enkele terugkeerdagen vervallen, zodat extra menskracht voor supervisie in principe niet nodig is. □





Auto-embleem

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

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

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

Literatuur

1. Schuling J, Gal JC, Brokke LH. Supervisie en de beroepsopleiding tot huisarts. Jaarverslag vakgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Groningen 1986.
2. CCBOH-05 rapport 'De opzet van het curriculum voor de beroepsopleiding tot huisarts', 1986.
3. Zier H. Voor het eerst supervisie. Groningen: Wolters Noordhoff, 1983.
4. Schadé E. Overleden patiënten. Proefschrift Amsterdam 1986.
5. Kocken EThM, Weterman-Hezemans ThCP, Aalderen JH van. Supervisie, een scholings- en nascholingsmethode voor huisartsen. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 196-8.
6. Alting van Geusen W, Lieshout V van. Een nieuwe scholingsmethode voor huisartsen. Medisch Contact 1984; 39: 663-5.
7. Schmitz MBG. Supervisie, een nieuwe scholingsmethode voor huisartsen. Medisch Contact 1984; 39: 23-4.
8. Eindrapport van het experiment Supervisie aan huisartsen. ThCP Weterman-Hezemans. Amsterdam: HIVU-PVO, 1985.

Macrobiotische kindervoeding

Helemaal zonder vet en dierlijke produkten kan het niet

Dr. Ir. P. C. Dagnelie c.s.

Een drie jaar geleden uitgevoerd onderzoek van de vakgroep Humane Voeding van de Landbouwuniversiteit Wageningen bracht aan het licht dat van drie groepen alternatief gevoede peuters de groep die macrobiotisch werd gevoed, zowel wat betreft het innemen van voedingsstoffen als in gewicht en lengte naar leeftijd, het meest afweek van de gangbaar gevoede controlegroep. Omdat de betekenis hiervan voor de gezondheid en de ontwikkeling van de kinderen onduidelijk was, is nu met steun van het Praeventiefonds een uitgebreider onderzoek verricht bij macrobiotisch gevoede kinderen. Een verslag van Dr.Ir. P. C. Dagnelie, Prof.Dr. W. A. van Staveren, F. J. V. R. A. Vergote, kinderarts, Prof.Dr. J. G. A. J. Hautvast en Mw. S. A. J. M. Verschuren, diëtiste.

Het onlangs verschenen proefschrift over de voedingstoestand en groei van macrobiotisch gevoede kinderen waarop een van ons is gepromoveerd[1], heeft sterk de aandacht getrokken.
Aanleiding voor het onderzoek naar macrobiotische kindervoeding was het feit dat de afgelopen twintig jaar in diverse landen gevallen van ondervoeding zijn beschreven bij alternatief gevoede kinderen. Niet duidelijk was of dit incidenten waren of dat het ging om een algemene tendens. Enkele jaren geleden heeft de vakgroep Humane Voeding van de Landbouwuniversiteit een onderzoek uitgevoerd bij drie groepen alternatief gevoede peuters van 1-3 jaar: een lacto-vegetarische groep, een antroposofische groep en een macrobiotische groep[2]. De eerste twee groepen gebruikten wel melkprodukten, de laatste groep vrijwel niet. Als vergelijkingsgroep diende een gangbaar gevoede controlegroep. Zowel wat betreft het innemen van voedingsstoffen als in gewicht en lengte naar leeftijd bleek de macrobiotische groep het sterkst van de gangbaar gevoede controlegroep af te wijken, maar de betekenis hiervan voor de gezondheid en ontwikkeling van kinderen was onduidelijk. Daarom is met financiële steun van het Praeventiefonds een uitgebreider onderzoek verricht bij kinderen met een macrobiotische voeding.

WAT IS MACROBIOTISCH?

In de volksmond, maar ook in de gezondheidszorg wordt 'macrobiotische voeding' vaak ten onrechte als verzamelnaam voor de gehele alternatieve voedselbeweging gebruikt. Zoals hierboven al is gebleken, is dit een misverstand: in feite is de macrobiothiek slechts één van de vele alternatieve voedingsrichtingen die in ons land voorkomen[3]. Het is tevens een vrij kleine stroming: de totale omvang van de Nederlandse macrobiotische populatie (inclusief kinderen) kan worden geschat op ten hoogte 1.500 personen.
Het grondprincipe van de macrobiotische voeding is het streven naar evenwicht tussen twee complementaire krachten, *yin* en *yang* genoemd[4]. De macrobiotische voeding bestaat uit granen, peulvruchten en groenten, met als aanvulling kleine hoeveelheden zeewier, gefermenteerde produkten (vooral sojaprodukten als tempeh, miso en tamari), noten en zaden (onder meer sesamzaad). Fruit wordt in het algemeen weinig gebruikt en dan meest in gedroogde en/of gekookte vorm. Formeel bestaan er in de macrobiotische voeding geen geboden en verboden: alles is geoorloofd. Bepaalde voedingsmiddelen worden echter als ongunstig voor de gezondheid of de spirituele ontwikkeling van de mens beschouwd. In de praktijk worden zulke voedingsmiddelen dan ook vermeden. Zo wordt vlees door de meeste aanhangers van de macrobiotiek vermeden vanwege het vermeende extreme karakter hiervan. Hetzelfde gold in de periode van het onderzoek voor zuivelprodukten. Vis wordt in de macrobiotiek in het algemeen wel aanvaard. Een van de grondprincipes van de macrobiotiek is namelijk, dat dierlijke voedingsmiddelen vooral ongunstig zijn als zij in de evolutie dicht bij de mens staan. Omdat vissen in de evolutie verder van de mens afstaan dan zoogdieren, wordt vis dus als meer acceptabel beschouwd dan vlees of melk. Ook gevogelte is in deze gedachtengang nog beter dan vlees of melk van zoogdieren. Er is dus geen principieel bezwaar tegen het eten van gedode dieren. Hierin verschilt de macrobiotiek van de lacto-vegetarische voeding (die gedode dieren uitsluit) en de veganistische voeding (die alle dierlijke prodkten uitsluit). In de praktijk werd vis ten tijde van het onderzoek echter alleen door oudere kinderen en volwassenen gegeten, terwijl een derde van de macrobiotische gezinnen zelden of nooit enig dierlijk produkt gebruikte.

KINDERVOEDING

In de macrobiotiek wordt grote waarde gehecht aan borstvoeding. Gemiddeld werden de kinderen in het onderzoek dertien maanden gezoogd. Vroeger werd als te weinig borstvoeding aanwezig was zogenoemde granenmelk aanbevolen, gemaakt van granen gekookt met tien delen water en gezeefd door een kaasdoek. Tegenwoordig kiezen macrobiotische moeders in zulke gevallen toch vaak voor gehumaniseerde zuigelingenvoeding op melk- of sojabasis.
De bijvoeding begint na het doorkomen van de eerste tanden, in de praktijk met vijf à zes maanden. Dit is op zich geen bezwaar, mits voldoende borstvoeding aanwezig is. De bijvoeding bestaat uit pap van granen, die afhankelijk van de leeftijd met steeds minder water worden gekookt, afnemend tot drie à vier delen water rond een jaar. Na het koken wordt de pap in een roerzeef gezeefd om de zemelen te verwijderen. De meest gebruikte graansoorten zijn 'bruine rijst' (dit is zilvervliesrijst) en 'zoete rijst' (een andere rijstvariëteit met vrijwel dezelfde voedingswaarde).
Voor kinderen tot twee jaar werd destijds door de belangrijkste leraar macrobiothiek, Michio Kushi, het gebruik van vet c.q. olie sterk afgeraden. Ook het gebruik van dierlijke produkten werd voor jonge kinderen afgeraden. Op grond van de

onderzoekresultaten is hierin verandering gekomen.

DOEL ONDERZOEK

Het doel van het onderzoek was:
- na te gaan of er een relatie bestond tussen de macrobiotische voeding en de groei, bloedwaarden, de psychomotorische ontwikkeling en lichamelijke bevindingen;
- een bijdrage te leveren aan de verbetering van de voeding door middel van praktische adviezen.

Het onderzoek bestond uit twee gedeelten: een transversaal antropometrisch onderzoek bij kinderen van 0 tot 8 jaar en een semi-longitudinaal onderzoek bij kinderen van 4-18 maanden.

ONDERZOCHTE GROEP

Teneinde een representatief beeld van de Nederlandse macrobiotische populatie te krijgen, werden alle Nederlandse macrobiotische gezinnen met kinderen beneden de 8 jaar (n = 216) uitgenodigd aan het onderzoek deel te nemen. De adressen werden verzameld via macrobiotische centra en gezinnen die al aan het onderzoek meededen. Van deze 216 gezinnen deden 173 gezinnen (80%) mee aan het onderzoek, 15% was onbereikbaar en 5% wilde niet meedoen. Alle gezinnen werden thuis bezocht en met behulp van een vragenlijst werd nagegaan of de deelnemers inderdaad macrobiotisch waren.
Dit bleek het geval te zijn. Zo hadden bijvoorbeeld vrijwel alle ouders (97%) officiële macrobiotische lezingen en cursussen gevolgd en had 72% van de gezinnen meer dan vijf jaar ervaring met de macrobiotische voeding. Ook het voedingspatroon zelf voldeed aan de macrobiotische richtlijnen van Michio Kushi, de belangrijkste macrobiotische autoriteit[4].
Het opleidingsniveau was hoog: 64% van de vaders en 45% van de moeders hadden een HBO- of universitaire opleiding voltooid, in vergelijking tot 17% van de Nederlandse mannen en 9% van de vrouwen[5].
In de verwerking van de gegevens werden alleen kinderen betrokken die vanaf de geboorte macrobiotisch waren gevoed.

Onderzoek bij kinderen van 0-8 jaar
Uit het transversale onderzoek bij kinderen van 0 tot 8 jaar bleek dat 4,5% van hen een geboortegewicht van 2.500 gram of minder had, tegenover een vergelijkbaar Nederlands gemiddelde (namelijk van thuisgeboren kinderen) van 2,0%[6]. Van de overige kinderen was het geboortegewicht 150 gram lager dan het Nederlandse gemiddelde. In gezinnen die tenminste driemaal per week zuivelprodukten gebruikten was het geboortegewicht 350 gram hoger dan in gezinnen die minder dan eens per maand zuivelprodukten gebruikten (na correctie voor storende variabelen).
Gedurende de eerste 6 maanden viel de gemiddelde macrobiotische groeicurve voor gewicht, lengte en armomtrek vrijwel samen met de 50e percentiel van de Nederlandse groeistandaarden. In de periode van 6 tot 18 maanden was sprake van een duidelijke groeivertraging, na de leeftijd van 2 jaar gevolgd door een beperkte mate van inhaalgroei in gewicht en armomtrek, maar niet in lengte. Het uiteindelijke niveau bleek samen te hangen met het al dan niet gebruiken van zuivelprodukten. Bovendien bleek dat inhaalgroei in lengte wel optrad bij kinderen die op oudere leeftijd alsnog zuivelprodukten kregen *(figuur 3)*. Deze bevindingen wijzen erop dat ook bij oudere kinderen nog bepaalde tekorten voorkomen.

Kinderen van 4-18 maanden
Het semi-longitudinale vervolgonderzoek richtte zich op de kwetsbare jongste leeftijdsgroep. Teneinde een representatief beeld te krijgen, werd hiervoor het gehele macrobiotische geboortecohort 1985 geselecteerd (n = 53). Als vergelijkingsmateriaal dienden gegevens van een gangbaar gevoede controlegroep, gematcht naar geboortemaand, geslacht, pariteit, opleidingsniveau van de ouders en regio.
Beide groepen werden in drie cohorten opgesplitst, die elk gedurende zes maanden werden gevolgd, en wel respectievelijk van 4-10, 8-14 en 12-18 maanden. Eens per twee maanden werden de kinderen thuis bezocht voor antropometrische metingen en het volgen van de psychomotorische ontwikkeling met behulp van het herziene Van Wiechenschema[7]. Tweemaal werd de voeding genoteerd door middel van de precieze driedaagse opschrijfmethode, inclusief borstvoeding. Na afloop werden de kinderen thuis eenmaal door een kinderarts onderzocht.

Groei
Uit een vergelijking met het geboortegewicht bleek, dat al vanaf de geboorte tot 6 maanden de groei langzamer verliep dan bij de gangbaar gevoede groep. Dit kwam vooral doordat sommige moeders te weinig borstvoeding hadden. Een sterke terugval in groei vond plaats in de periode van 8 tot 14 maanden. Dit gold niet alleen voor lengte en gewicht, maar ook voor huidplooien, arm- en hoofdomtrek; de armomtrek toonde tussen 8 en 14 maanden zelfs een absolute daling ten gevolge van een relatieve vermindering van zowel vet- als spierweefsel. De groeivertraging ging gepaard met een latere ontwikkeling in grove motoriek en taal. De fijne motoriek week niet af. De kinderarts trof bij 30% van de kinderen dystrofie van huid- en spierweefsel ten gevolge van sterke vermagering aan.
Oorzaak van de groeivertraging bleek zowel een tekort aan energie als aan eiwit in de macrobiotische bijvoeding te zijn, als gevolg van het ontbreken van vet en melkprodukten in de al eerder genoemde graanpappen. Granen bevatten immers zelf zeer weinig vet (met uitzondering van haver, die echter nauwelijks werd gebruikt). Daardoor en door de sterke verdunning met water was de energiedichtheid van deze pap te gering. Met toenemende leeftijd daalde de vetinneming in de macrobiotische groep van 40 energie-% met 6 maanden tot 13 energie-% met 16 maanden. Ook het toch al lage eiwitgehalte van de bijvoeding werd nog eens verminderd doordat een aanzienlijk deel van het graaneiwit bij het zeven in de roerzeef achterbleef.

RISICOFACTOREN

Aantoonbare risicofactoren voor het ontstaan van dystrofie in het tweede levenshalfjaar en daarna waren:
- een geringe gewichtstoeneming van de moeder tijdens de zwangerschap;
- een geboortegewicht beneden 3.000 gram;
- het teruglopen van de borstvoeding tot minder dan 800 ml op de leeftijd van 6 maanden;
- een geringe gewichtstoeneming vanaf de geboorte tot 4, 8 en 12 maanden.

Deze factoren bieden een aanknopingspunt voor preventie, waarop wij later terugkomen.

TEKORTEN

IJzer, vitamine B2 en vitamine B12
Uit bloedonderzoek bleek, dat 15% van de macrobiotische kinderen ijzertekort had (gedefinieerd als een combinatie van Hb < 7,4 mmol/l, ferritine < 12 µg/l en vrij erythrocytair protoporfyrine > 1000 µg/l.
Daarnaast had 28% een functioneel vitamine B2-tekort (activiteitsquotiënt van

erythrocytair glutathion reductase > 1,20). Deze tekorten kwamen in de gangbaar gevoede groep niet, respectievelijk bij 2% van de kinderen voor ($p < 0,05$). Bijna de helft van de macrobiotisch gevoede kinderen (45%) had een plasma vitamine B12-concentratie van minder dan 136 pmol/l. In vergelijking tot de gangbaar gevoede controlegroep bleken hematocriet en RBC verlaagd, en MCV en MCH verhoogd te zijn. Met behulp van regressie-analyse werd aangetoond dat deze veranderingen in bloedcelwaarden aan vitamine B12-tekort toe te schrijven waren.
Opmerkelijk was, dat de genoemde veranderingen bij *alle* macrobiotisch gevoede kinderen aanwezig waren, dus ook bij kinderen met een vitamine B12-concentratie binnen de norm van 136 pmol/l. Dit betekent dat deze norm mogelijk te soepel is. Dit geldt eens te meer omdat ook de modernste bepalingsmethode (radioimmunoassay met intrinsic factor als binder) waarschijnlijk niet specifiek voor vitamine B12 is. Deze bepalingsmethode lijkt namelijk sommige 'B12-analogen' uit plantaardige voedingsmiddelen, die qua structuur op vitamine B12 lijken maar voor de mens niet actief zijn, ten onrechte als 'vitamine B12' te meten (zie hieronder). Het zou dan ook veiliger zijn voor vegetarisch levende personen een hogere grenswaarde te hanteren: tenminste 200 pmol/l. Het hebben van een MCV, MCH, enz. binnen de geldende norm bleek evenmin een garantie voor een optimale vitamine B12-status. Dit wordt door recent onderzoek bevestigd[8]. Om vitamine B12-tekort bij een individu vast te stellen kan dan ook niet worden volstaan met het beoordelen van het MCV, maar is meer gedetailleerde informatie over het rode bloedbeeld onontbeerlijk (eventueel de 'cell size distribution').

Geen betrouwbare plantaardige B12-bronnen
Uit een analyse van een veertigtal plantaardige voedingsmiddelen door het Centraal Instituut voor Voedingsonderzoek-TNO met behulp van een radio-immunoassay bleek[9], dat geen van deze produkten noemenswaardige hoeveelheden vitamine B12 bevatten[9]. Dit gold ook voor gefermenteerde sojaprodukten, zoals tempeh, miso, shoyu en tamari. Eerdere berichten dat deze produkten vitamine B12 zouden bevatten, bleken te berusten op microbiologische bepalingsmethoden. Echter, micro-organismen blijken te kunnen groeien op zogenaamde analogen van vitamine B12, die voor de mens niet biologisch actief zijn. Ook voor spirulina en enkele soorten zeewier, die in het radioimmunoassay vitamine B12 leken te bevatten, kon in een hierop volgend interventieonderzoek bij vitamine B12-deficiënte macrobiotische kinderen geen effect op hematologische parameters, zoals MCV, worden aangetoond.

Rachitis door tekort aan vitamine D en calcium
Op één kind na, kreeg geen van de macrobiotische kinderen dagelijks een vitamine D-supplement. In de zomer bleek 28% en in de winter zelfs 55% van hen drie of meer lichamelijke tekenen van rachitits te vertonen. Dit ging samen met lagere 25-OH-vitamine D, calcium en fosfaatwaarden in het bloed van de macrobiotische groep ten opzichte van de controlegroep. Opmerkelijk was vooral het veelvuldig aantreffen van lichamelijke tekenen van rachitis in de zomer.
Uit nadere analyse (multipele regressie) bleek dat naast vitamine D-tekort, het hoge vezelgehalte van de macrobiotische kindervoeding een onafhankelijke factor hiervoor was. Kennelijk werd de toch al zeer lage kalkhoeveelheid (gemiddeld 300 mg/dag in plaats van de aanbevolen 800 mg/dag) slecht opgenomen door het hoge vezelgehalte van de macrobiotische voeding.

AANBEVELINGEN

Op basis van deze resultaten is na overleg met macrobiotische leraren aanbevolen de macrobiotische voeding aan te vullen met:
– Meer vet in de vorm van *olie* ten behoeve van de energievoorziening (tenminste 20-25 gram per dag; dit is twee eetlepels). Als vervanging van olie kunnen ook *zaden en noten* worden gebruikt. In dat geval kan als vuistregel voor 1 gram olie, 2 gram zaden/noten worden genomen, aangezien zaden en noten gemiddeld maar voor de helft uit vet bestaan.
–Regelmatig *vette vis* (tenminste 100-150 gram per week) in verband met de vitamine B12- en vitamine D-voorziening. In de voeding is vette vis de enige goede vitamine D-bron. De aangegeven hoeveelheid vette vis levert gemiddeld 100 internationale eenheden (2½ µg) vitamine D per dag. Dit is nog altijd ver beneden de aanbevolen hoeveelheid, maar een vitamine D-supplement blijft voor veel macrobiotische ouders niet aanvaardbaar. Melkprodukten bevatten zoals bekend maar zeer weinig vitamine D. Aan margarine is vitamine D toegevoegd, maar hiervan zou 130-200 gram per dag moeten worden gegeten om aan de aanbevolen hoeveelheid van 400-600 IE (10-15 µg) te komen. Voor vegetarische en ook sommige macrobiotische ouders is ook vette vis niet aanvaardbaar. In dit geval is het enige mogelijke advies een vitamine D-supplement.
– Vanwege de tekorten aan eiwit, vitamin B2 en vooral calcium, elke dag tenminste één portie *melkprodukten* (150-250 ml). Andere calciumbronnen, zoals groenten, bevatten tevens een overmaat aan vezel, die de opneembaarheid van de calcium verlaagt; bovendien wordt in de meeste macrobiotische gezinnen al drie keer per dag groente gegeten, zodat de groenteconsumptie nauwelijks meer kan worden verhoogd. De aanbevolen hoeveelheid melkprodukten hebben wij vanwege de aanvaardbaarheid tot een minimum beperkt. Een beker melk, karnemelk, yoghurt of biogarde (150-250 ml) per dag levert 200-300 mg calcium. Bij toepassing hiervan zou de macrobiotische voeding voldoen aan de FAO-aanbeveling (500 mg calcium per dag). De FAO-aanbeveling is zoals bekend afgestemd op het voedingspatroon in ontwikkelingslanden, waarmee de macrobiotische voeding sterke gelijkenis vertoont. De Nederlandse aanbeveling (800 mg per dag) is daarentegen afgestemd op de vet- en eiwitrijke gangbare Nederlandse kindervoeding. Beide factoren verhogen de calciumbehoefte.
– Tenslotte is geadviseerd de hoeveelheid *vezel* in de macrobiotische kindervoeding te *verlagen*. Dit kan onder andere door de granen en groenten langer te blijven zeven, vaker hele granen door deegwaren (spaghetti en dergelijke) te vervangen, en door brood van 'gebuild' (is gezeefd, dus lichtbruin) meel te gebruiken; dit maakt de voeding minder volumineus en zorgt voor een betere absorptie van mineralen.

Ook voor *oudere kinderen en volwassenen*, in het bijzonder voor vrouwen, is een verruiming van de macrobiotische voeding op haar plaats.
Gesproken is reeds over de samenhang tussen het vermijden van zuivelprodukten en het uitblijven van inhaalgroei bij oudere kinderen. Verder blijkt ook het lagere geboortgewicht van macrobiotische zuigelingen samen te hangen met een te geringe gewichtstoename van de moeder tijdens de zwangerschap c.q. een te strikte voeding van de moeder in die periode (vermijden van zuivel en vis). In de Verenigde Staten werd onlangs een

onderzoek uitgevoerd naar het vóórkomen van vitamine B12-deficiëntie bij macrobiotische zuigelingen en hun moeders. Er bleek een duidelijke samenhang te bestaan tussen de aanwezigheid van vitamine B12-tekort bij de zuigelingen en hun moeders[10].

TOEPASSING

Op basis van de eerste onderzoekresultaten is vanaf februari 1987 intensief overleg gevoerd met macrobiotische leraren om de macrobiotische richtlijnen aan te passen. Als resultaat van dit overleg is de macrobiotische beweging ingelicht en er is gaandeweg een brede discussie op gang gekomen. Een aantal aanpassingen is reeds in de macrobiotische voeding doorgevoerd, maar met name voor het gebruik van melkprodukten is een meer fundamentele verandering in macrobiotische opvattingen nodig, en deze vraagt tijd.

Uitgangspunt kan zijn, dat iedere macrobiotische ouder alleen het beste voor zijn of haar kind wil. Dit was de basis voor de voortreffelijke medewerking van de ouders aan ons onderzoek. Deze instelling van de ouders biedt voor de arts een gespreksbasis.

Van groot belang is een goede *voedingsanamnese*. Hierbij zijn ook de gebruikte hoeveelheden van dierlijke produkten en olie/vet van belang, aangezien men er soms toe neigt deze produkten in minimale porties te geven (bijvoorbeeld een halve theelepel olie per dag, in plaats van de aanbevolen twee eetlepels). Vanuit een instelling van respect voor de eigen visie van de ouders kan toch met enige nadruk op het belang van vet, zuivelprodukten en vitamine D of vette vis worden gewezen; zeker als er bepaalde afwijkingen zijn gebleken, zullen veel ouders open staan voor het bijstellen van de voeding.

Hiernaast is het van belang dat de huisarts in het kader van de *moeder- en kindzorg* de ouders motiveert om regelmatig het consultatiebureau te bezoeken. Hierop zou al tijdens de zwangerschap en de kraamperiode kunnen worden gewezen. Immers, regelmatige controle van de kinderen is de beste methode om tijdig de voeding bij te kunnen stellen. Een normale groeicurve (harmonische groei) past binnen de macrobiotische filosofie. Ook een voldoende gewichtstoeneming van de moeder tijdens de zwangerschap is van belang.

In tegenstelling tot de in de populaire pers gewekte indruk, vormt uiteraard het gebruik van *alternatieve, onbespoten of reformprodukten* op zichzelf geen risicofactor voor het ontstaan van voedingstekorten. Veelal hebben deze produkten juist een hoge nutriëntendichtheid, doordat zij weinig zijn bewerkt. Ook een relatieve vermindering van de hoeveelheid vet en dierlijke produkten heeft uit voedingskundig oogpunt uiteraard slechts voordelen. Het tijdelijk uitsluiten op medische indicatie kan eveneens noodzakelijk zijn. Risico's ontstaan echter, wanneer deze produkten zonder een duidelijke indicatie systematisch uit de voeding worden geweerd.

Bij het weglaten van de vitamine D-suppletie ontstaat bij jonge kinderen gevaar voor vitamine D-tekort, onafhankelijk van de overige voeding[11 12]. Een tekort aan calcium kan ontstaan wanneer melkprodukten worden uitgesloten, vooral in combinatie met een hoog vezelgehalte van de voeding. Verder onderzoek hiernaar lijkt dringend gewenst.

Bij een veganistische voeding (dus zonder enig dierlijk produkt) zijn de risico's in principe vergelijkbaar met die van een strikte macrobiotische voeding. Bij een lacto-vegetarische voeding (dus zonder vlees, maar met melkprodukten) is een goede voorziening met eiwit, vitamine B2 en calcium gewaarborgd; wel bestaat hier een verhoogd risico op tekort aan ijzer en wellicht spoorelementen.

Voor alle vormen van vegetarische voeding geldt, dat mogelijk een veel grotere voorzichtigheid met betrekking tot de *vitamine B12-voorziening* gewenst is dan men tot dusverre heeft gedacht. Verder onderzoek hiernaar lijkt van belang. In diverse onderzoeken is ook bij vegetarische volwassenen een relatieve verhoging van het MCV beschreven, al bleef dit (net als in ons onderzoek bij macrobiotisch gevoede kinderen) vaak wel binnen de normen. Dit gold merkwaardig genoeg ook voor lacto-vegetariërs en veganistische mannen die een vitamine B12-supplement gebruikten[13-15]. Totdat hierover meer informatie beschikbaar is, zou het verstandig zijn dierlijke voedingsmiddelen, zoals melk en vlees, die al sinds vele generaties in westerse landen worden gegeten, althans in geringe mate te blijven gebruiken. Zo niet, dan is vitamine B12-suppletie aan te bevelen. □

Literatuur

1. Dagnelie PC. Nutritional status and growth of children on macrobiotic diets: a population-based study. Proefschrift. Wageningen: Landbouwuniversiteit, Vakgroep Humane Voeding, 23 november 1988.

2. Staveren WA van, Dhuyvetter JHM, Bons A, Zeelen M, Hautvast JGAJ. Food consumption and height/weight status of Dutch pre-school children on alternative diets. J Am Diet Assoc 1985; 85: 1579-84.

3. Dagnelie PC, Staveren WA van, Hautvast, JGAJ. De gezondheid en voedingstoestand van 'alternatief' gevoede zuigelingen en peuters, feiten en onzekerheden. I. Definities en algemene gezondheidsindicatoren. II. Specifieke voedingstekorten, discussie. Tijdschr Kindergeneeskd 1985; 53: 201-16.

4. Kushi M. The book of macrobiotics. The universal way of health, happiness, and peace. Revised edition. Boston: Japan Publications, 1987.

5. Anoniem. Gegevens over bevolking en beroepsbevolking van 15-64 jaar naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en niveau van het hoogst behaalde onderwijsdiploma. Arbeidstelling. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1983.

6. Anoniem. Kraamzorg verleend door de kraamcentra in het jaar 1982. Den Haag: Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, Stafafdeling Epidemiologie en Informatica, Directoraat van de Volksgezondheid, 1982.

7. Schlesinger-Was EA. Ontwikkelingsonderzoek op de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters. Tijdschr Kindergeneeskd 1981; 53:105-13.

8. Herbert V. The 1986 Herman Award Lecture. Nutrition science as a continually unfolding story: the folate and vitamin B-12 paradigm. Am J Clin Nutr 1987; 46: 387-402.

9. Berg H van den, Dagnelie PC, Staveren WA van. Vitamin B12 and seaweed. Lancet 1988, i: 242-3.

10. Specker BL, Miller D, Norman EJ, Greene H, Hayes KC. Increased urinary methylmalonic acid excretion in breast-fed infants of vegetarian mothers and an identification of an acceptable dietary source of vitamin B12. Am J Clin Nutr 1988; 47: 89-92.

11. Schulpen TWJ. Opnieuw rachitis in Nederland. Ned Tijdschr Geneeskd 1982; 126: 610-3.

12. Nijhuis HGJ, Zoethout HE, Jong GM de. De terugkeer van een volksziekte: rachitis. Epidem Bull 's-Gravenhage, 1982; 17: 7-15.

13. Dong A, Scott SC. Serum vitamin B12 and blood cell values in vegetarians. Ann Nutr Metab 1982; 26: 209-16.

14. Armstrong BK, Davis RE, Nicol DJ, Merwyk AJ van, Larwood CJ. Hematological, vitamin B12, and folate studies on Seventh-day Adventist vegetarians. Am J Clin Nutr 1974; 27: 712-8.

15. Sanders TAB, Ellis FR, Dickerson JWT. Haematological studies on vegans. Br J Nutr 1978; 40: 9-15.

16. Roede RJ, Wieringen JC van. Growth diagrams 1980: Netherlands third nation-wide survey. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1985; 63 Suppl: 1-34.

17. Dagnelie PC, Staveren WA van, Klaveren JD van, Burema J. Do children on macrobiotic diets show catch-up growth? A population-based cross-sectional study in children aged 0-8 years. Eur J Clin Nutr 1988; 42: 1007-16.

18. Gerver WJM. Measurement of the body proportions in children: the Oosterwolde study. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit, Medische Faculteit, 1988.

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam

Anesthesist nam onverantwoord veel risico

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam heeft overwogen en beslist naar aanleiding van de op 11 april 1988 binnengekomen klacht van: A, klaagster, tegen: B, anesthesist, verweerder.

Het college heeft kennisgenomen van het klaagschrift, van de door klaagster gemachtigde bij brief van 10 april 1988 toegezonden bijlagen bij het klaagschrift, waaronder afschriften van de op verzoek van de Officier van Justitie... door de gemeentepolitie... opgemaakte processen-verbaal, met het daarbij behorende afschrift van het door genoemde Officier van Justitie samengestelde dossier en van het op 16 mei 1988 binnengekomen verweerschrift.
Voorts heeft het college kennisgenomen van de door de anesthesist-assistent C bij brief van 7 juni 1988 verstrekte inlichtingen naar aanleiding van de hem vanwege het college schriftelijk gestelde vragen, alsmede van het bij brief van verweerders gemachtigde van 10 juni 1988 toegezonden proces-verbaal van de door de anesthesioloog D ten overstaan van de rechter-commissaris... afgelegde verklaring.
Tenslotte heeft het college kennisgenomen van de tijdens na te melden zitting door verweerders raadsman overgelegde situatieschets en van de door klaagsters raadsman overgelegde pleitnotities.

De klacht is behandeld ter terechtzitting van het college van 14 juni 1988, waar verweerder in persoon is verschenen en zijn standpunt nader heeft toegelicht, bijgestaan door Mr. E. Namens klaagster is verschenen Mr. F.
Voorts zijn ter zitting als getuigen gehoord G, directeur van het H ziekenhuis... en I, administratief medewerker op een operatieafdeling van voornoemd ziekenhuis.

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting is verklaard zijn – voor zover van belang – de volgende feiten en omstandigheden voor het college komen vast te staan:
Verweerder is te zamen met de anesthesist J werkzaam op één van de operatiafdelingen van het H ziekenhuis. Deze operatieafdeling bestaat blijkens een ter zitting overgelegde situatietekening uit twee operatiekamers en onder meer twee andere kamers waar anesthesieverrichtingen en/of -bewaking kunnen geschieden. Verweerder en genoemde J voeren bij toerbeurt het pre-operatieve gesprek met de patiënten. Van het pre-operatieve onderzoek wordt een standaard-anesthesieformulier ingevuld. Daarin wordt niet aangetekend of een patiënt tot een risicogroep behoort, doch wel of – voor wat betreft de anesthesie – complicaties te voorzien zijn. Tot het pre-operatieve standaardonderzoek van de desbetreffende operatie-afdeling behoort niet het maken van een longfoto. Deze en een ECG worden, behoudens wanneer daartoe een specifieke aanleiding bestaat, slechts gemaakt indien de patiënt de 55-jarige leeftijd heeft bereikt. Wel wordt de bloeddruk van de patiënt pre-operatief gemeten.
Op 3 januari 1986 heeft klaagsters zoon, J..., geboren op 27 oktober 1939, verder te noemen 'de patiënt', ter voorbereiding van de anesthesiologische handelingen bij een door hem, op 6 januari daaropvolgend te ondergane operatie aan zijn knie een gesprek gehad met de anesthesist J. De assistent van de operateur had in een medische rapport genoteerd, dat de patiënt gezond was, doch dat hij last had van astmatische bronchitis. Tijdens het gesprek met J heeft de patiënt dit beaamd en meegedeeld in verband met deze bronchitis regelmatig medicijnen te gebruiken. Daar de patiënt bevreesd was het als gevolg van een algehele narcose benauwd te krijgen, verzocht hij om toepassing van een epidurale verdoving tijdens de operatie; in overleg met de patiënt is daartoe toen besloten.
Op 5 januari is de patiënt in het ziekenhuis opgenomen.
Op 6 januari heeft J, voordat de operatie zou plaatsvinden, verweerder, die de anesthesie zou inleiden, erop gewezen dat de patiënt aan astmatische bronchitis leed. De patiënt is die ochtend om ongeveer 10.00 uur in de voor de te opereren patiënten bestemde wachtruimte gearriveerd. Verweerder heeft met de patiënt in die ruimte een gesprek gehad. De patiënt wees verweerder op veranderingen in de huid van zijn onderrug en deelde mee allergisch te zijn voor de medicijnen, die hij wegens zijn astmatische bronchitis gebruikte. Verweerder constateerde bij de patiënt enkele donkerrode vlekken in de onderrug. Vervolgens heeft verweerder in aanwezigheid van de administratief medewerker van de desbetreffende operatieafdeling, de heer I, die in de genoemde wachtruimte zijn kantoor houdt, de anesthesie ingeleid. Daarbij is verweerder als volgt te werk gegaan: Verweerder heeft eerst op twee plaatsen onder in de rug van de patiënt telkens één ml scandicaïne 2% toegediend om de huid te verdoven, teneinde de naald te kunnen inbrengen. Vervolgens heeft verweerder de catheter in de onderrug ingebracht, waarna hij – bij wijze van proefdosis – 2 ml Scandicaïne heeft toegediend. Om ongeveer 10.07 uur heeft verweerder 16 ml scandicaïne 2% ingespoten, waarna hij ongeveer een kwartier heeft gewacht. De patiënt had toen nog steeds gevoel in de benen. Daarom heeft verweerder nogmaals 20 ml scandicaïne 2%, in 5 doses van circa 4 ml, telkens met een tussenpoze van circa 5 minuten, toegediend. Totaal werd bij de patiënt aldus 800 milligram scandicaïne ingespoten. Hierna kon de patiënt nog steeds zijn benen optillen en – bij knijpen – pijn voelen. In overleg met de operateur is toen met de patiënt afgesproken, dat hij in de desbetreffende wachtruimte zou blijven totdat het gevoel van pijn zou zijn verdwenen en dat intussen een andere patiënt zou worden geopereerd. Verweerder heeft I verzocht op de patiënt te letten en is om circa 10.37 uur naar één van de operatiekamers gegaan. Verweerder heeft de bloeddruk van de patiënt, die pre-operatief was gemeten, tijdens de inleiding van de anesthesie niet gemeten. Evenmin heeft hij I verzocht zulks te doen. Kort na het vertrek van verweerder informeerde I bij de patiënt hoe hij zich voelde. De patiënt deelde daarop mee zich slaperig te voelen. Tien minuten later informeerde I opnieuw naar de toestand van de patiënt, die toen te kennen gaf het benauwd te krijgen. Naar aanleiding daarvan heeft I direct – via de in de wachtruimte aanwezige intercominstallatie – de anesthesie-assistent C gealarmeerd, die ongeveer een halve minuut later arriveerde. De patiënt was toen nog aanspreekbaar. Vervolgens gaf C aan I opdracht een anesthesist te halen, waarna I naar de operatiekamer is gegaan, waar verweerder zich op dat moment bevond. Intussen probeerde C de bloeddruk van de patiënt te meten, hetgeen echter niet mogelijk was, omdat deze hevig met de armen zwaaide. Omdat I zag dat verweerder bezig was narcose toe te dienen en zich op die operatiekamer niemand bevond die hem kon aflossen, is I zonder verweerder aan te spreken, onmiddellijk naar de andere operatiekamer gegaan, waar J, bijgestaan door een anesthesie-assistent, bezig was. I heeft J meegedeeld dat de patiënt het benauwd kreeg. J stuurde I daarop terug naar C met de mededeling dat de laatste verweerder moest aflossen, opdat verweerder naar de patiënt toe kon gaan. I heeft dit aan C overgebracht, die de patiënt vanwege de toestand van benauwdheid waarin deze verkeerde niet wilde verlaten en I derhalve nogmaals verzocht een anesthesist te halen. Daarop is I wederom naar J gegaan met het verzoek om te komen. J heeft toen verweerder afgelost, die – tegelijkertijd met een andere anesthesie-assistent – naar de patiënt is gegaan. Tussen het moment, waarop I C heeft gewaarschuwd en het moment waarop verweerder bij de patiënt is gearriveerd, ligt een periode van ruim 5 minuten. Verweerder trof de patiënt in bewusteloze toestand aan; zijn ogen waren zodanig naar boven gekeerd dat het wit van de ogen zichtbaar was. De ademhalingsbewegingen van de patiënt waren volkomen ineffectief. Verweerder heeft direct getracht de ademhalingswegen van de patiënt vrij te maken en mond-op-mondbeademing toegepast. Toen dit na enkele seconden zonder resultaat bleef, heeft verweerder de patiënt met behulp van een zuurstofmasker zuurstof toegediend. De pols van de patiënt was toen niet meer voelbaar. Verweerder heeft hartmassage toegepast; tevens werd een ECG gemaakt,

hetgeen aangaf dat er toen nog hartactie was. De patiënt is vervolgens geïntubeerd en heeft intraveneus efedrine en euphylline toegediend gekregen en vervolgens calcium, natriumbicarbonaat en adrenaline. Ongeveer 15 à 20 minuten na de komst van verweerder arriveerde tevens een cardioloog, die heeft gepoogd de patiënt te reanimeren door intracardiaal adrenaline in te spuiten en vervolgens te trachten met de defibrillator de hartactie te herstellen; na ongeveer 7 minuten heeft hij zijn reanimatiepogingen gestaakt, omdat de patiënt bleek te zijn overleden.

Diezelfde dag heeft de directie van het ziekenhuis de Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid . . . in kennis gesteld van het overlijden van de patiënt. Op zijn advies heeft de directie diezelfde dag de Officier van Justitie . . . daarvan verwittigd. Op diens verzoek werden vervolgens door de Gemeentepolitie . . . diverse personen gehoord, onder wie verweerder, J, I en C.

Op 7 januari 1986 heeft de aan het Gerechtelijk Geneeskundig Laboratorium van het ministerie van Justitie verbonden patholoog-anatoom . . . op verzoek van de Officier van Justitie, als beëdigd deskundige, in het ziekenhuis een schouwing verricht van het lijk van de patiënt; naar aanleiding daarvan heeft hij op 3 april 1986 een rapport opgemaakt, waarvan de conclusie luidt: 'K, oud 46 jaren, overleed na z.g. epidurale anaesthesie, mogelijk ten gevolge van overgevoeligheidsreactie (indien overdosering niet heeft plaatsgehad).' Daartoe overwoog hij onder meer: 'Volgens deze inlichting zou bij K in totaal 40 ml scandicaïne zijn ingespoten. Niet werd aangegeven in welke concentratie (5 mg/ml, 10 mg/ml of 20 mg/ml). In het geval van 10 of 20 mg/ml zou de gebruikelijke maximale dosis (350 mg) zijn overschreden. Bij de sectie werden geen aanwijzingen gevonden dat de toediening niet op de juiste plaats zou zijn geïnjicieerd. Indien een oplossing van 5 mg/ml is gebruikt kan geen overdosering worden verondersteld. Overigens kan bij toediening op de juiste plaats en in een gebruikelijke dosis soms een ongewenste reactie worden opgewekt en zelfs het intreden van de dood door z.g. idiosyncrasie tot gevolg hebben (idiosyncrasie = specifieke overgevoeligheid voor stoffen, die via huid of slijmvliezen worden opgenomen). De gebleken ziekelijke afwijkingen aan hart en longen kunnen bij idiosyncrasie van betekenis zijn geweest voor de letale afloop.' Bij brief van 12 mei 1986 heeft voornoemde patholoog-anatoom desgevraagd omtrent de toegediende hoeveelheid scandicaïne aan de Officier van Justitie onder meer medegedeeld: 'Er is hier sprake van overdosering welke voor het intreden van de dood (mede) van betekenis kan zijn geweest. De beoordeling van een en ander dient m.i. echter mede op grond van de klinische gegevens door een specifieke deskundige (anaesthesist en/of farmacoloog) te geschieden.'

Op 9 juni 1986 heeft de eveneens aan het gerechtelijk laboratorium van het ministerie van Justitie verbonden apotheker-toxicoloog een rapport gemaakt naar aanleiding van een onderzoek van enkele delen uit het lichaam van de patiënt. Blijkens dit rapport bevatte het bloed van de patiënt 12 microgram scandicaïne per ml.

Op 30 juni 1986 heeft de Officier van Justitie een gerechtelijk vooronderzoek tegen een onbekende verdachte gevorderd, ter zake van verwijtbare schuld aan de dood van de patiënt als gevolg van een overdosis scandicaïne. In het kader van dit gerechtelijk vooronderzoek is als deskundige gehoord de anesthesioloog D. Deze heeft op 17 maart 1987 ten overstaan van de met het onderzoek belaste rechter-commissaris onder meer verklaard: 'Met betrekking tot de te dezen toegediende dosis van tweemaal 400 mg scandicaïne kan ik zeggen, dat hier wel sprake is van een hoge dosis, maar dat slechts achteraf is gebleken, door de afloop, dat er ook sprake was van een te hoge dosis. De fabrikant van dit produkt adviseert toediening van hoeveelheden tussen 350 en 500 mg. Dat is afhankelijk van de daarbij toegevoegde adrenaline. Het is duidelijk, dat men daarbij binnen veilige grenzen blijft. De toegepaste dosis in dit geval van 800 mg totaal hoeft niet te leiden tot een dodelijke afloop. Uit de stukken heb ik opgemaakt, dat eerst een toediening van 400 mg heeft plaatsgevonden, dat daarna bleek, dat er wel wat verschijnselen van blok optraden. Ik doel daarmee op de zenuwblokkade. Na een half uur bleken deze verschijnselen onvoldoende om over te gaan tot opereren van de patiënt. Daarna heeft de behandelend anaesthesioloog andermaal 400 mg toegediend. Ikzelf zou in dat geval niet zijn overgegaan tot deze tweede toediening, maar ik zou hebben gekozen voor een algemene anaesthesie. Toch is de door de behandelend anaesthesioloog gevolgde behandeling niet fout te noemen. Wel is het zo, dat daarna de patiënt onder voortdurend deskundig toezicht dient te blijven. Daarbij dient men bedacht te zijn op mogelijke intoxicatieverschijnselen.' En: 'De gang van zaken gelezen hebbende, verklaar ik, dat ik niet begrijp, dat Dr. B. na toediening van de tweede 400 mg scandicaïne is weggegaan van deze patiënt. Mocht het toch noodzakelijk zijn geweest voor hem om op dat moment weg te gaan, dan had hij moeten eisen, dat er deskundige bewaking bij de patiënt achterbleef. Op dit punt ben ik niet overtuigd van de kwaliteiten van I. U vraagt mij of er sprake kan zijn geweest van een overgevoeligheidsreactie bij deze patiënt. Ik acht dat hoogst onwaarschijnlijk; dat zou reeds duidelijk merkbaar zijn geweest na toediening van de eerste 400 mg.'

Op 7 april 1987 heeft de rechter-commissaris het gerechtelijk vooronderzoek gesloten.

Bij brief van 14 april 1987 heeft de Officier van Justitie aan klaagster meegedeeld af te zien van verdere vervolging. Daarvan heeft hij eveneens mededeling gedaan aan de genoemde inspecteur van de Volksgezondheid, die bij brief van 8 juli 1987 aan klaagsters gemachtigde heeft geadviseerd het medisch handelen van verweerder voor te leggen aan het college.

De klacht behelst zakelijk weergegeven voorzover van belang dat verweerder:

1. de patiënt een overdosis scandicaïne heeft toegediend;
2. de anesthesievloeistof niet epiduraal doch subduraal heeft toegediend; en
3. de bewaking van de patiënt heeft toevertrouwd aan een daartoe onbevoegd en onderskundig persoon,

als gevolg waarvan de patiënt is overleden.

De klacht is aldus toegelicht, dat volgens de bijsluiters van scandicaïne wordt geadviseerd de minimaal effectieve dosis toe te dienen en binnen één uur na toediening ervan niet tot herhaling over te gaan. Volgens diezelfde bijsluiters bedraagt de maximale dosis scandicaïne die mag worden toegediend 5 mg per kilogram lichaamsgewicht en mag een hoeveelheid van 350 mg slechts worden overschreden indien speciale overwegingen daartoe aanleiding geven. Bij de patiënt bestonden daarvoor geen bijzondere overwegingen, terwijl hem binnen één uur na toediening van de eerste hoeveelheid scandicaïne een tweede aanzienlijke hoeveelheid is toegediend. De verschijnselen van de patiënt na toediening van de verdoving – slaperigheid, ademhalingsmoeilijkheden en bewusteloosheid – wijzen op overdosering.

Met betrekking tot het toezicht op de patiënt stelt klaagster, dat I geen verpleegkundige opleiding heeft genoten en dat hij niet in staat is symptomen te signaleren die op overdosering duiden. Doordat hij niet, zoals een wel ter zake kundige dat had gedaan, direct adequaat heeft gereageerd op de opmerking van de patiënt dat hij zich slaperig voelde – een symptoom van mogelijke overdosering – is onnodige tijd verstreken.

Verweerder bestrijdt daartegenover dat de maximaal toegestane dosis scandicaïne 350 mg bedraagt. Volgens verweerder bedraagt deze 500 mg bij toediening door middel van de zogeheten single-shottechniek. Bij de patiënt betrof het echter geen eenmalige toediening, maar een meermalige, waarbij overschrijding van voormelde dosis, aldus verweerder, is toegestaan. Bovendien bestond aanleiding om de patiënt een hogere dosis toe te dienen, omdat hij immers niet binnen de daarvoor gebruikelijke tijd in voldoende mate reageerde op de eerst toegediende hoeveelheid van totaal 400 mg. Zelfs na toediening van de tweede hoeveelheid bleef het verwachte effect binnen de daarvoor gebruikelijke termijn uit. Verweerder bestrijdt derhalve dat de patiënt is overleden als gevolg van de toegediende hoeveelheid scandicaïne. Juist omdat dit niet is komen vast te staan in het gerechtelijk vooronderzoek heeft de Officier van Justitie besloten van verdere vervolging af te zien.

Voorts betwist verweerder dat hij de verdoving subduraal in plaats van epiduraal heeft toegediend. Zou verweerder dat wel hebben gedaan, dan zou dat direct na toediening van de proefdosis zijn gebleken. Volgens verweerder verkeerde de patiënt in goede conditie, toen hij hem toevertrouwde aan I. Het was hem niet bekend dat I geen verpleegkundige was. Verweerder ging ervan uit dat I over de nodige kwalificaties beschikte om toezicht op de patiënt te houden. Naar verweerder stelt, is niet relevant of I al dan niet bevoegd was toezicht uit te oefenen, omdat hij, wanneer zich enige

onregelmatigheid in de conditie van de patiënt zou voordoen, door middel van de zich in de wachtruimte bevindende intercom-installatie, een ter zake kundige kon waarschuwen. I moet, volgens verweerder, toen hij de patiënt bij hem achterliet, bovendien in staat zijn geweest dergelijke onregelmatigheden te signaleren, omdat hij, naar verweerder achteraf te horen had gekregen, voorafgaand aan zijn functie als administratief medewerker van de operatieafdeling, gedurende zeven jaar het vervoer van patiënten van en naar de röntgenafdeling van het ziekenhuis heeft verricht; in die functie heeft hij voldoende ervaring opgedaan met relevante veranderingen in de conditie van patiënten. I heeft voorts direct een anesthesie-assistent gewaarschuwd, toen de patiënt over benauwdheid klaagde, die hem terstond opdracht heeft gegeven een anesthesist te halen. Voor zover de door deze anesthesie-assistent getroffen medische maatregelen niet adequaat zouden zijn geweest, treft verweerder daarvoor geen verwijt, zo stelt hij.
Omtrent de klacht overweegt het college als volgt:
Het college behandelt eerst het tweede onderdeel van de klacht, namelijk dat de verdoving niet epiduraal, maar subduraal zou zijn toegediend. De patholoog-anatoom . . . heeft naar aanleiding van de door hem verrichte lijkschouwing, blijkens diens rapport, geconcludeerd dat niet met zekerheid kan worden gezegd dat de verdoving subduraal in plaats van epiduraal is toegediend. Klaagster heeft geen feiten en omstandigheden gesteld op grond waarvan het college tot het oordeel zou moeten komen dat verweerder de verdoving wel subduraal heeft toegediend. Bovendien is door de verklaring van verweerder over de gevolgde techniek en de reactie op de eerste inspuiting van de scandicaïne door de catheter voldoende aannemelijk gemaakt dat die goed was geplaatst. Dit onderdeel van de klacht is derhalve ongegrond.
Met betrekking tot het eerste onderdeel van de klacht – de hoogte van de dosering – overweegt het college het volgende: De door verweerder toegediende dosis scandicaïne was, blijkens de aanwijzingen van de fabrikant van dit middel, zoals die uit de bijsluiters blijken, hoog. Bij toepassing van een genees- en/of verdovingsmiddel dient rekening te worden gehouden met een aanmerkelijk uiteenlopende gevoeligheid. Dat wil zeggen: de tolerantie kan zeer verschillend zijn; de dosis waarmee een optimale werking wordt bereikt kan veel lager of hoger zijn dan door de fabrikant in de bijsluiter wordt aangegeven. Voor het college is dan ook niet komen vast te staan dat de patiënt overleden is als gevolg van overdosering. In dit verband kan het college zich verenigen met de door de deskundige D omtrent de dosering afgelegde verklaring. Dit onderdeel van de klacht is derhalve eveneens ongegrond.
Omtrent het derde onderdeel van de klacht – betreffende de bewaking van de patiënt – oordeelt het college als volgt: Verweerder had, gezien de hoogte van de achtereenvolgens door hem toegediende doses scandicaïne, de toestand van de patiënt intensief moeten (laten) controleren en bewaken. Het college acht het onbegrijpelijk en onjuist, dat noch de bloeddruk noch de ademhaling en de polsfrequentie van de patiënt tijdens de inleiding van de anesthesie zijn gemeten en geregistreerd; aan de bewaking van de toestand van een plaatselijk verdoofde patiënt mogen immers niet minder strenge eisen worden gesteld dan aan die van een patiënt die algehele narcose ondergaat. Het college wijst nadrukkelijk op hetgeen daaromtrent is vermeld in het advies inzake anesthesiologie van (een commissie van) de Gezondheidsraad d.d. 2 maart 1978.

Uit de ter zitting afgelegde getuigeverklaringen is gebleken dat I geen verpleegkundige opleiding had en dat hij niet bevoegd was tot het verrichten van verpleegkundige handelingen. Het college acht het niet aannemelijk, dat het verweerder niet bekend was dat I, die ten tijde van het incident reeds een jaar op de desbetreffende afdeling werkzaam was en heeft verklaard duidelijk andere werkzaamheden te verrichten dan de anesthesie-assistenten, geen verpleegkundige was. Wat daarvan ook zij, verweerder had zich terdege van I's bevoegdheid en deskundigheid moeten vergewissen, alvorens de bewaking van de patiënt aan hem toe te vertrouwen; verweerder is immers verantwoordelijk voor de handelingen van de hulpkrachten, van wier diensten hij bij zijn beroepsuitoefening gebruik maakt. Overigens had verweerder, ook indien I wel bevoegd en bekwaam zou zijn geweest om toezicht op de patiënt te houden, niet mogen volstaan met een in algemene bewoordingen gedaan verzoek om op de patiënt te letten. Gezien de hoeveelheid toegediende scandicaïne, had verweerder in dat geval aan I moeten meedelen op welke verschijnselen hij in het bijzonder bedacht moest zijn.

Door zich niet op de hoogte te stellen van I's bevoegdheid en bekwaamheid heeft verweerder het risico genomen dat I niet terstond adequaat zou handelen, indien een verandering in de toestand van de patiënt daartoe zou noodzaken. Bovendien was het voor verweerder, die op het moment van de gerezen moeilijkheden op één van de OK's zonder assistentie narcose gaf, niet mogelijk geweest terstond te reageren op een oproep om hulp, hetgeen op zichzelf al een inbreuk is op de voorwaarde dat een anesthesist tijdens een operatie altijd wordt geassisteerd door een deskundige hulpkracht. Het college acht dit ernstig verwijtbaar, zodat dit onderdeel van de klacht gegrond is.

Verweerder heeft door zijn handelwijze het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd. Daarvoor acht het college het opleggen van na te melden maatregel passend.
Het algemeen belang vergt voorts dat de uitspraak van de beslissing op na te melden wijze wordt bekendgemaakt.

Het college *berispt verweerder,*

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

Aldus gewezen op 5 juli 1988 door Jhr. Mr. J. A. Mollerus, voorzitter, Dr. M. H. Klopper-Mensch, K. C. H. Lyppens, Dr. M. J. E. van der Vis-Melsen en H. C. B. Weijerman, ledengeneeskundige, met bijstand van Mr. H. Uhlenbroek als secretaris. □

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag.
De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

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



Dagboek van een waarnemer

35: Vakantie (3)

'Meneer Paterswolde heeft gebeld', vertelt de assistente. 'Of u een verklaring kunt schrijven dat hij van vakantie heeft moeten terugkomen. Ik wist niet wat voor gegevens ik daarvoor moest vragen, dus ik heb zijn telefoonnummer opgeschreven.'

'Prima gedaan', zeg ik enthousiast. 'Je hoeft je daar niet voor uit te sloven, want zulke verklaringen mogen wij niet afgeven.'

Na het middagspreekuur en de visiteronde, in fantastisch vakantieweer, bel ik meneer Paterswolde.

'Fijn dokter, dat u nu al belt', zegt die tevreden. 'De assistente had gezegd dat u waarschijnlijk morgen pas zou bellen.'

Dat klopte, ik had de assistente gezegd dat ik om precies 17.00 uur het antwoordapparaat zou aanzetten, omdat ik nog ergens moest vergaderen. Ik had de vergadering echter afgezegd.

'Vertel eens, meneer Paterswolde, wat is er allemaal aan de hand?' Het blijkt ellende van de bovenste plank te zijn.

'We zaten op de camping, en zondagavond voelde Frits van 10 jaar zich niet zo lekker. We hebben de koorts opgemeten en die was 39,4°. Vanmorgen was de koorts nog 38,7°. Dat vond ik veel te hoog. Dus hebben we alle spullen gepakt en zijn naar huis gekomen. Maar nou zei die baas van de camping dat ik geld kan terugkrijgen van de annuleringsverzekering als ik een bewijs van de dokter heb. Want we zouden tot zaterdag dáár blijven.'

Ik doe eerst maar even zaken over de aanrichter van de ramp.

'Hoe is het met Frits?'

'O, best, die speelt buiten.' Zoiets had ik al verwacht.

'Maar waarom bent u niet dáár naar een dokter gegaan?' vraag ik.

'Dat vertrouwde ik niet', zegt deze wantrouwende vader. De camping is namelijk 20 km van de stad waar ik waarneem vandaan, en ze hebben daar beslist goede (Nederlandse) dokters in het dorp.

'Het probleem is, meneer Paterswolde, dat ik zo'n verklaring niet kan en mag afgeven. Ik heb trouwens Frits ook helemaal niet gezien of onderzocht. U moet gewoon naar het kantoor gaan waar u de verzekering hebt afgesloten en daar uw verhaal vertellen.'

'Ja, maar ik heb die verzekering afgesloten bij de campingbaas.'

'Nou, dat is toch helemaal makkelijk. Die heeft dat kind kunnen zien . . . Maar als Frits nu weer gezond is en jullie hadden daar nog voor vijf dagen gereserveerd, en het is hier maar een half uur rijden vandaan, waarom gaat u dan niet terug?'

'We zijn aan het opruimen, dokter. De tent is afgebroken. Nee, dat gaat nu niet meer.'

Wie weet had die man wel de buik vol van de vakantie, flitst er door mijn hoofd.

'En als ik nou nog even met Frits kom, dokter, kunt u dan ook niet even een briefje schrijven? . . .'

'Nee, dat gaat niet. Geen enkele dokter in Nederland schrijft zo'n verklaring. Dat is afgesproken.' Hoe leg ik dat nu eens even uit? 'Het gaat altijd om veel geld, en dat moeten onafhankelijke artsen beoordelen; de arts van de annuleringsverzekering dus. Anders wordt er veel te gemakkelijk gesjoemeld. Dan zou iemand kunnen denken: die camping bevalt me op geen stukken, ik ga weg, ik vraag of de dokter een brief schrijft, geef die dokter een goeie fles wijn en ik krijg zo mijn centen terug – alle partijen tevreden, behalve degene die moet terugbetalen. Dat is de verzekering. En er zijn eerlijke mensen en er zijn er ook die het er niet zo nauw mee nemen. Toen heeft de doktersvakbond met die verzekeringen afgesproken dat de gewone dokters zulke verklaringen niet meer geven en dat die verzekeringen eigen dokters aanstellen om als het nodig is verklaringen na te trekken.'

Mijnheer Paterswolde begrijpt het. Nadat ik nog eens heb gezegd dat hij morgen op het inloopspreekuur kan komen met Frits, om de vakantie nog te redden, hang ik op. Wat een drama. Om de vakantie af te breken voor zo'n tikje verhoging! Daar moet meer aan de hand zijn geweest.

'Loeki heeft pukkels op zijn buik,' zegt een hoogzwangere vrouw, een peuter van een jaar of 4 met zich meetrekkend, 'en Gerrit ook!'

'Daar zal ik dan maar eens naar kijken, goed?' vraag ik, want Gerrit lijkt me niet echt enthousiast. Het snoetje is wat bedrukt. 'Waar zitten die pukkels?' Gerrit wijst ze aan. 'Voorzichtig hoor, dokter', zegt de moeder, 'want Loeki is een beetje bang.'

'O, ik ben helemaal vergeten te zeggen hoe ik heet', zeg ik. 'Ik ben dokter Marie-José, hoe heet jij?'

'Gerrit.' Lang van stof is hij niet. 'Waar zitten die pukkels van Loeki?'

Hij wijst ze met één vinger aan. Ernstig begin ik met het onderzoek van Loeki. 'Waterpokken heeft hij', zeg ik. 'Dat is niet erg, maar het jeukt wel een beetje. Zullen we Loeki verbinden?'

'Nee', zegt Gerrit.

'Loeki hoeft niet in bed te blijven, maar hij moet wel op tijd naar bed. Zul je daarvoor zorgen?'

'Ja', zegt Gerrit.

'En nu jouw pukkels. Mag ik die ook even zien?'

Aarzelend doet hij zijn bloesje omhoog. Gelukkig is het zomer en heeft hij geen laagjes kleren aan. De pukkels van Gerrit lijken ook op waterpokkenblaasjes. 'Heeft hij dat al gehad?', vraag ik zijn moeder.

'Nee.'

'Zijn er kinderen in de buurt die er last van hebben?'

'Niet dat ik weet. Maar ja, in de vakantie kom je nog wel eens hier of daar en lopen ze het gemakkelijk op. Is het gevaarlijk voor mij, dokter, en wat moet ik eraan doen bij Gerrit?'

'Het is niet gevaarlijk voor u. U bent denk ik bijna uitgerekend?'

'Ja, over tien dagen.'

'Geen gevaar voor u, noch voor de baby, nu niet en na de bevalling ook niet. En met Gerrit hoeft u niks te doen, alleen mentholtalk op zijn buik als het jeukt. Als hij naar bed wil of op de bank gaat liggen laat hem dan maar. Kinderen kunnen er wat hangerig van zijn. Soms merken ze er echter niks van. Hij mag ook in bad en met andere kinderen spelen. Dit is een echte makkelijke kinderziekte.'

'Je mag weer naar huis,' zeg ik tegen Gerrit, 'met mamma en met Loeki.'

Dan breekt er een grote grijns op het snoetje van Gerrit door, van opluchting denk ik. Maar nee: 'Mamma heeft óók pukkeltjes op haar buik', zegt hij, 'een heleboel! Daar moet jij ook even naar kijken!'

Marie-José Molledans

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

Euthanasie

De afgelopen tien jaar is er onder artsen en ethici, in rechtbanken en binnen wetgevende organen gediscussieerd over de vraag of het toelaatbaar kan zijn een levensbestendigende behandeling achterwege te laten. Geleidelijk aan is de consensus gegroeid dat het onder bepaalde omstandigheden toelaatbaar en zelfs geboden is dat men afziet van levensbestendigend handelen[1-3]. De laatste tijd spitst de aandacht zich toe op de euthanasiekwestie. Euthanasie is het opzettelijk beëindigen van het leven van een patiënt om verder lijden te voorkomen en is in strijd met de wet. Euthanasie is dus iets anders dan het nalaten van levensbestendigend handelen. Ook het toedienen van een middel als morfine, dat de dood van de patiënt weliswaar kan bespoedigen maar een ander doel heeft, is nog geen euthanasie. Velen zien de aanzet tot een euthanasiediscussie als een onheilspellende eerste stap op een hellend vlak dat onherroepelijk eindigt in algemene onverschilligheid tegenover de waarde van menselijk leven. Voor anderen is het een kans om humaner en rationeler om te gaan met langdurig zinloos lijden. Dit artikel biedt een overzicht van de achtergronden en de argumenten voor en tegen euthanasie.

In Nederland is de situatie zo dat euthanasie officieel een strafbaar feit is, waarop een gevangenisstraf staat van maximaal twaalf jaar. In de praktijk komt euthanasie echter vrij geregeld en openlijk voor en worden euthanaserende artsen beschermd door een omvangrijke jurisprudentie en een sterke publieke opinie. Jaarlijks eindigen in Nederland naar schatting 5.000 tot 8.000 levens door euthanasie[4]. De KNMG stelde in 1984 een aantal richtlijnen voor met betrekking tot euthanatisch handelen[5] en in 1985 verscheen een rapport van de Staatscommissie Euthanasie[6] dat de richtlijnen van de KNMG in grote lijnen onderschreef en pleitte voor een wijziging van het Wetboek van Strafrecht om euthanasie mogelijk te maken. Voorlopig zal het niet tot een dergelijke wijziging komen, zodat de euthanasiekwestie ongetwijfeld een belangrijke rol kan gaan spelen bij de volgende verkiezingen.

In Nederland gelden strikte regels voor het verrichten van euthanasie, waarbij aan vier essentiële voorwaarden moet zijn voldaan: 1. De patiënt moet wilsbekwaam zijn. Deze voorwaarde sluit veel patiënten uit bij wie abstineren in de Verenigde Staten een uiterst omstreden kwestie is, zoals patiënten in een vergevorderd stadium van de ziekte van Alzheimer, geestelijk gehandicapte patiënten, ernstig gehandicapte pasgeborenen en patiënten als Karen Quinlan die blijvend in een vegetatieve toestand verkeren. 2. De patiënt moet uit vrije wil, weloverwogen en (binnen een redelijke termijn) herhaaldelijk om euthanasie vragen en het verzoek moet goed zijn gedocumenteerd. Deze voorwaarde voorkomt dat de arts gevolg geeft aan een niet goed overwogen of impulsief verzoek om euthanasie. 3. Er moet sprake zijn van ondraaglijk lijden, zonder uitzicht op verlichting, hoewel de patiënt niet terminaal ziek hoeft te zijn. Depressies die kunnen worden behandeld, zijn dus geen reden voor euthanasie, maar een amyotrofe laterale sclerose zou dat wel kunnen zijn. 4. Euthanasie moet worden verricht door een arts. Deze mag daartoe pas overgaan na consultatie van een onafhankelijke collega die niet bij de zorg voor de patiënt is betrokken. Meestal wordt de patiënt met een barbituraat in slaap gebracht, waarna een dodelijke injectie met curare wordt toegediend.

In Californië heeft men vorig jaar tevergeefs geprobeerd voldoende handtekeningen te verzamelen voor een petitie om bij de verkiezingen in de herfst een wetsvoorstel in stemming te brengen met betrekking tot de legalisering van euthanasie[7]. Dit initiatief werd gesteund door de Americans Against Human Suffering (AAHS), de politieke tak van de Hemlock Society, een organisatie die pleit voor rechtmatige euthanasie. De bepalingen van het Californische wetsontwerp verschilden op twee belangrijke punten van de Nederlandse richtlijnen. Enerzijds waren ze strenger: om in aanmerking te komen voor euthanasie moet een patiënt, met of zonder medicatie, terminaal ziek zijn met een levensverwachting van minder dan zes maanden. Anderzijds waren de Californische bepalingen minder streng dan de Nederlandse richtlijnen, in die zin dat ze ruimte lieten voor euthanasie op vooraf gegeven aanwijzing van de patiënt. Een al dan niet gezonde, wilsbekwame volwassene zou per lastgeving kunnen verzoeken om euthanasie voor het geval hij of zij binnen een periode van zeven jaar terminaal ziek en wilsonbekwaam zou worden. Anders dan in Nederland zou euthanasie dus zowel bij wilsbekwame als bij wilsonbekwame patiënten mogelijk zijn, waarbij alleen een uitzondering werd gemaakt voor kinderen en patiënten die met een geestelijke handicap zijn geboren. Zowel in de Nederlandse richtlijnen als in het Californische wetsontwerp is bepaald dat een euthanasiebeslissing niet door één arts mag worden genomen, zoals blijkbaar is gebeurd in het geval van Debbie[8].

De meeste waarnemers geloven dat het Californische initiatief mislukte vanwege organisatorische problemen en niet omdat de kiezers er afwijzend tegenover stonden. Opiniepeilingen wijzen de laatste jaren vrij constant

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

uit dat ongeveer 60% van de Amerikaanse bevolking ervoor is dat euthanasie onder bepaalde omstandigheden wordt toegestaan (vergeleken met 75% van de Nederlandse bevolking)[9]. De AAHS wil nu proberen de kwestie in 1990 in stemming te brengen in Californië en zal met soortgelijke initiatieven komen in Washington, Oregon en Florida.

Wat zijn de argumenten voor en tegen de legalisering van euthanasie? En wat is de rol van de arts? De argumenten tegen euthanasie zijn bekender dan de argumenten van de voorstanders van legalisering. In de eerste plaats rusten er, bijna ongeacht de omstandigheden, sterke juridische, religieuze en culturele taboes op levensberoving (oorlog, zelfverdediging en wettige executies vormen opmerkelijke uitzonderingen). Deze taboes getuigen van de zeer grote waarde die wij hechten aan mensenlevens en van de angst dat elke aantasting van deze positie zou kunnen leiden tot een algeheel verlies van respect voor menselijk leven. Veel mensen erkennen dan ook dat er omstandigheden denkbaar zijn waarin euthanasie voor een individuele patiënt gerechtvaardigd is, maar zijn niettemin tegen legalisering, omdat dit een aantasting zou betekenen van de waarde van het leven. In het verlengde van dit argument ligt de angst dat deze devaluatie van het leven selectief zal zijn, dat euthanasie te gemakkelijk zal plaatsvinden onder de zwakkeren in onze samenleving, dat wil zeggen onder hoogbejaarden, armen en gehandicapten. Lessen uit de nazitijd versterken deze angst.

Verder is er de angst dat euthanasie kan worden misbruikt, niet alleen door de maatschappij als geheel maar ook door individuele personen. Ondanks beschermende bepalingen (al zijn die net zo streng als de Nederlandse zorgvuldigheidseisen) zal de bewoording waarmee euthanasie wordt toegestaan altijd enigszins vaag blijven. Hoe definiëren we bijvoorbeeld een begrip als ondraaglijk lijden? Wat wordt precies verstaan onder een vrijwillig, herhaald en weloverwogen verzoek? Deze vaagheid vormt een afspiegeling van de variaties en de subtiele verschillen in de omstandigheden en van de ontoereikendheid van de taal, maar maakt dat we ons gemakkelijk het beeld kunnen voorstellen van de niksnut van een neef die zijn rijke oude oom ertoe overhaalt om euthanasie te vragen.

Artsen, tenslotte, hebben hun eigen specifieke problemen met euthanasie. Velen van ons staan op het standpunt dat euthanasie onder bepaalde omstandigheden gerechtvaardigd is en moet worden gelegaliseerd, maar vinden tegelijkertijd dat euthanasie niet door onszelf moet worden verricht. In deze visie mogen artsen levens alleen verlengen, niet verkorten, en mag er bij de patiënt geen enkele twijfel bestaan over de functie van de arts. Een opiniepeiling onder artsen, waarvan de uitkomsten op 2 juni 1988 door de University of Colorado bekend werden gemaakt, leverde het volgende beeld op: 60% van de artsen was voor legalisering van euthanasie, maar bijna de helft van deze voorstanders zou zelf nooit euthanasie verrichten.

Het belangrijkste argument voor euthanasie is dat het humaner is voor de patiënt dan een lange lijdensweg. In deze visie is er onder bepaalde omstandigheden geen ethisch verschil tussen euthanasie en abstineren. In beide gevallen is het doel de patiënt een zachte dood te laten sterven en het enige praktische verschil is dat abstineren meer lijden met zich meebrengt, omdat het langer duurt voordat de patiënt sterft. Bovendien is men daarbij aangewezen op toevallige omstandigheden, zoals de ontwikkeling van een longontsteking waarvoor een behandeling bestaat die men zou kunnen nalaten. Verder betogen de voorstanders dat euthanasie een bevestiging inhoudt van het individuele zelfbeschikkingsrecht en eerder getuigt van meer dan van minder respect voor menselijk leven. Zij vinden het tegenstrijdig wanneer men enerzijds erkent dat patiënten het recht hebben levensbestendigende behandelingen te weigeren, maar anderzijds geen gevolg geeft aan hun verzoek om euthanasie.

Als men tot legalisering overgaat zou het om misbruik te voorkomen het beste zijn de mogelijkheid van euthanasie, net als in Nederland, te beperken tot wilsbekwame patiënten die om euthanasie vragen vanwege een bestaande uitzichtloze noodsituatie en niet vanwege een hypothetische noodsituatie in de toekomst. Dit zou betekenen dat euthanasie niet mag worden verricht bij wilsonbekwame patiënten (al hebben zij vooraf de wens daartoe vastgelegd), waarmee de mogelijkheid van euthanasie sterk wordt ingeperkt. Deze beperking zou echter wel eens de prijs kunnen zijn die wij moeten betalen om misbruik te voorkomen. Bovendien zou men kunnen aanvoeren dat het lijden van wilsonbekwame patiënten, met name van patiënten die in een blijvende vegetatieve toestand verkeren, niet zozeer door de patiënten zelf wordt gevoeld als wel door de familieleden.

Artsen die euthanasie om principiële redenen afwijzen hoeven daar uiteraard niet aan mee te werken. Anders ligt het met artsen die euthanasie onder bepaalde omstandigheden wenselijk achten, maar zelf nooit euthanasie zouden verrichten. Mogen zij zich wel onttrekken aan een moeilijk onderdeel van wat zij beschouwen als goede patiëntenzorg? Zouden zij liever zien dat er een speciale beroepsgroep komt voor het verrichten van euthanasie (een problematisch en, mijns inziens, weerzinwekkend vooruitzicht)?

Hoe men ook staat tegenover euthanasie, artsen moeten erop voorbereid zijn dat de euthanasiekwestie de komende jaren een belangrijke rol zal gaan spelen. Misschien moeten de artsen die voor legalisering zijn maar zelf nooit euthanasie zouden verrichten hun standpunt heroverwegen. Door de ontwikkeling van nieuwe

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

technologieën zullen wij steeds vaker in staat zijn mensenlevens te verlengen, maar zullen wij ook steeds vaker voor dilemma's komen te staan omdat levensverlenging een verlenging van uitzichtloos lijden kan betekenen.

Angell M. Euthanasia. N Engl J Med 1988; 319: 1348-50.

Literatuur

1. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Deciding to forego life-sustaining treatment: a report on the ethical, medical, and legal issues in treatment decisions. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1983.

2. Annas GJ, Glantz LH. The right of elderly patients to refuse life-sustaining treatment. Milbank Q 1986; 64: Suppl 2:95-162.

3. Current Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the AMA – 1986. Withholding or withdrawing life-prolonging treatment. Chicago: American Medical Association, 1986.

4. Pence GE. Do not go slowly into that dark night: mercy killing in Holland. Am J Med 1988; 84: 138-41.

5. Central Committee of the Royal Dutch Medical Association. Vision on euthanasia. Med Contact 1984; 39: 990-8.

6. Final report of the Netherlands State Commission on euthanasia: an English summary. Bioethics 1987; 1: 163-74.

7. The Humane and Dignified Death Act. California Civil Code, Title 10.5.

8. It's over, Debbie. JAMA 1988; 259: 272.

9. Roper Organization of New York City. The 1988 Roper poll on attitudes toward active voluntary euthanasia. Los Angeles: National Hemlock Society, 1988.

Minder prikaccidenten door beter materiaal

Het gebruik van naalden in de geneeskunde brengt onherroepelijk de kans met zich mee dat de gebruikers zichzelf infecteren[1]. Hepatitis blijft het grootste gevaar[2], maar wordt inmiddels op de voet gevolgd door HIV[3-5]. Naalden zijn alleen voor transcutane injecties echt noodzakelijk. Meestal worden ze gebruikt om toegang te krijgen tot medicamenten die alleen voor intraveneuze toediending bedoeld zijn en die worden verkocht in verouderde verpakkingen. Ampullen breken nogal eens waardoor vingerverwondingen ontstaan en wegwerpnaalden kunnen alleen uit de spuit worden gehaald als de beschermhuls er weer op gezet is, wat in strijd is met de huidige veiligheidsadviezen[6].
De meeste prikaccidenten zouden zijn te voorkomen als men injectievloeistoffen rechtstreeks uit de verpakking zou kunnen opzuigen. Dit zou een zeer doeltreffende maatregel zijn, aangezien pogingen om het aantal prikaccidenten door middel van voorlichting terug te dringen geen succes hebben gehad[7]. De tegenwoordige sets voor het intraveneus toedienen van geneesmiddelen hebben y-inlaatopeningen en een rubberbol om de vloeistof te injecteren in plaats van afsluiters. Deze rubber inlaten vergroten de kans op prikaccidenten, omdat de openingen even klein zijn als de naaldkapjes en de doppen van de ampulflacons op dezelfde manier moeten worden vastgehouden en bloed bevatten[8].

De Europese canules voor intraveneuze injectie (Venflon, British Viggo, Swindon, England) zijn uitgerust met eenwegs-injectiekleppen en/of afsluiters. Hierbij is geen naald nodig. Deze canules worden in veel landen al jarenlang verkocht[9 10] zonder een verhoogde mortaliteit[11 12]. De Food and Drug Administration heeft ze in 1979-1980 verboden voor de Amerikaanse markt en heeft ze tot nu toe nog steeds niet toegelaten, eenvoudigweg omdat geen enkele fabrikant een nieuwe aanvraag heeft ingediend (FDA Division of Hospital Products, mondelinge informatie). Alleen al door het gebruik van deze canules zou de kans op prikaccidenten aanzienlijk kunnen dalen. De enige voorwaarde is een verbetering van de verpakking waarin injectievloeistoffen worden verkocht, een kosteneffectieve manier om een ernstig en onnodig gezondheidsrisico terug te dringen. Om het gebruik van naalden veiliger te maken is de medewerking nodig van de farmaceutische industrie, de fabrikanten van ziekenhuisbenodigdheden, de FDA en de inkoopafdelingen van de ziekenhuizen. Artsen moeten deze veranderingen actief ondersteunen om de veiligheid voor iedereen te vergroten.

Kempen PM. Equipment modification to reduce needle sticks. N Engl J M 1988; 319:308.

Literatuur

1. McCormick RD, Maki DG. Epidemiology of needle-stick injuries in hospital personnel. Am J Med 1981; 70:928-32.

2. Bamber M, Thomas HC, Bannister B, Sherlock S. Acute type A, B, and non-A, non-B hepatitis in a hospital population in London: clinical and epidemiological features. Gut 1983; 24:561-4.

3. Stricof RL, Morse DL. HTLV-III/LAV seroconversion following a deep intramuscular needlestick injury. N Engl J Med 1986; 314:1115.

4. Wormser GP, Joline C, Duncanson F, Cunningham-Rundles S. Needlestick injuries during the care of patients with AIDS. N Engl J Med 1984; 310:1461-2.

5. Oksenhendler E, Harzic M, Le Roux J-M, Rabian C, Clauvel JP. HIV infection with seroconversion after a superficial needlestick injury to the finger. N Engl J Med 1986; 315:582.

6. Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. MMWR 1987; 36:Suppl 2S:3S-18S.

7. Krasinski K, LaCouture R, Holzman RS. Effect of changing needle disposal systems on needle puncture injuries. Infect Control 1987; 8:59-62.

8. Hein HAT, Reinhart RD, Wansbrough SR, Jatzen PAH, Giesecke AH. Recapping needles in anesthesia: is it safe? Anesthesiology 1987; 67:A161.

9. Peters JL, Fisher C, Mehtar S. Intravenous stopcocks and injection ports. Lancet 1980; 2:701-2.

10. swift C. Intravenous stopcocks and injection ports. Lancet 1980; 2:702.

11. Cowan ME. Bacterial contamination of sideports of 'Venflon' intravenous cannulae. J Hosp Infect 1982; 3:73-9.

12. Macfarlane JT, Ward MJ, Banks DC, Pilkington R, Finch RG. Reducing risks from intravenous cannulae. Br Med J 1981; 282:1838.

Het 41ste KNMG-ledencongres – 6 en 7 oktober 1989 te Hilversum



Uniek partnerprogramma

De positie van de arts staat onder toenemende druk, mede door het rapport Dekker. Alleen kennis en kunde van het vak zijn straks niet meer voldoende. Een nieuw fenomeen in de gezondheidszorg dringt zich op: concurrentie. Dat betekent dat de arts te maken krijgt met zaken uit de meer commerciële wereld. Naast de rol van arts komen er nieuwe rollen bij. Het maken van reclame, het werken aan public relations, het omgaan met publiciteitsmedia en het invullen van het ondernemerschap. Als partner wilt u daarover natuurlijk mee kunnen praten. Misschien zelfs wilt u die dingen zelf oppakken.

In het partnerprogramma van het ledencongres dat op 7 oktober aanstaande wordt gehouden staan deze onderwerpen centraal. Het programma is als volgt: 's ochtends krijgt u over elk onderwerp een korte plenaire presentatie en 's middags wordt in workshops met elk een beperkt aantal deelnemers het onderwerp van uw keuze behandeld. Tijdens die workshop kunt u tevens vragen stellen over uw eigen praktijksituatie. Deskundigen op het gebied van reclame, marketing, public relations en ondernemerschap zijn uw docent. Deze deskundigen kennen zowel de gezondheidszorg als het ondernemersland.

Te verwachten valt dat naast de artsen-partners ook artsen zelf geïnteresseerd zijn in dit unieke partnerprogramma. Welnu, ook zij zijn eveneens welkom!

In Medisch Contact nummer 26 de dato 30 juni aanstaande treft u het inschrijfformulier aan. Overigens is er een apart programma voor kinderopvang.

Globale programma-indeling

9.30 uur:	Ontvangst
10.00 uur:	Opening door de secretaris-generaal van de KNMG
10.15 uur:	'Het belang van publiciteit' In vier korte, indringende presentaties krijgt u inzicht in het belang van reclame, public relations, publiciteit, marketing en ondernemerschap voor de bestaande en toekomstige artsenpraktijk.
11.00 uur:	Pauze
11.30 uur:	Vervolg ochtendprogramma
12.30 uur:	Lunch
14.00 uur:	Workshops in parallelsessies: public relations, reclame, marketing en ondernemerschap
14.45 uur:	Pauze
15.15 uur:	Vervolg workshops
16.00 uur:	Sluiting en uitreiking certificaten.

Meer informatie volgt.

Hulpverlening aan artsen

Hulpverlening ten behoeve van artsen die worstelen met problemen op het gebied van geestelijke gezondheid kan in eerste instantie worden geboden via een netwerk van contactpersonen die bereid zijn voor de eerste opvang van deze collegae en hun gezinsleden op te treden. In Twente zijn regionale contactpersonen bereikbaar. Collegae die zich liever aansluiten bij lotgenoten kunnen naar een zelfhulpgroep van artsen gaan. Onder de naam Anonieme Dokters zijn verschillende werkgroepen gevormd. Deze komen elke veertien dagen bijeen op zaterdagochtend van 11.00 tot 13.00 uur.

Voor nadere inlichtingen (uiteraard uitgezonderd hulpvragen) gelieve men zich te wenden tot de secretaris-generaal der KNMG, of de voorzitter van de initiatiefgroep Prof. W. J. Schudel, lid van het KNMG-hoofdbestuur.

LANDELIJKE CONTACTPERSONEN

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

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

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

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

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

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

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

CONTACTPERSONEN REGIO TWENTE

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

J. M. Komen, huisarts, Prof. Lorentzstraat 13 (praktijk), 7557 AV Hengelo/Anna Bijnstraat 14 (privé), 7552 NC Hengelo (Ov.), tel. 074-912131/074-439046

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

ANONIEME DOKTERS

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

Werkgroep Den Haag, tel. 070-504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-463449