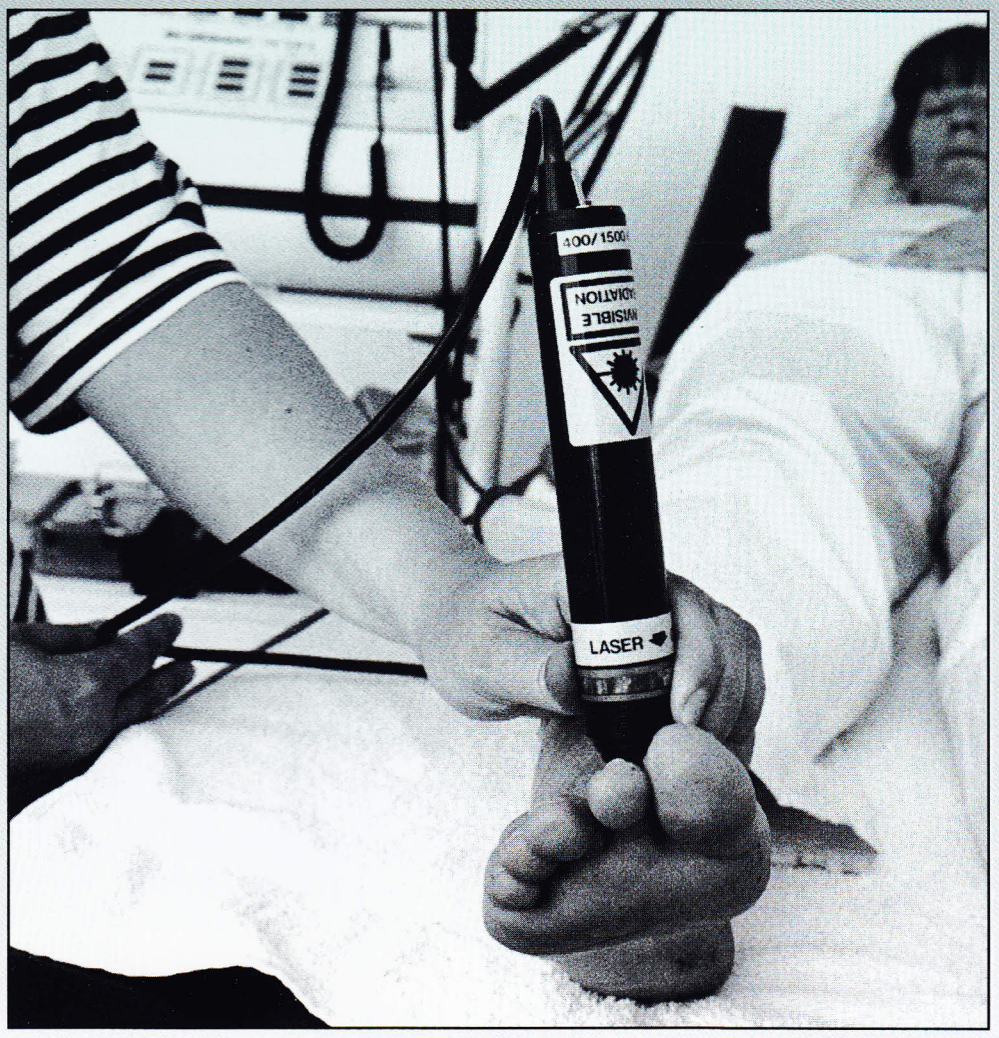
TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 12
NR. 3 / MEI 1994



Thema: Werkzame zorg

Niet-werkzame behandeling in pakket - als het helpt

Huisartsen standaardiseren hun werkzaamheden

Normen voor blootstelling aan straling bekritiseerd

De elastiekenmuur van de gezondheidszorg is van graniet

Geven om Cultuur dieje lief

IS

Omdat cultuur zich in zoveel gedaanten vertoont, zal een ieder enthousiasme kunnen opbrengen voor minstens een deel van ons werk. Want het Prins Bernhard Fonds en de Anjerfondsen zetten zich in voor het behoud van cultuur in de ruimste zin: muziek, letteren, theater, dans, beeldende kunst, film, fotografie en wetenschap. Ook monumentenzorg en natuurbehoud horen daar bij. Voor wie zijn ofhaar vermogen aan cultuur of aan natuurbehoud ten goede wenst te laten komen, bestaat thans de mogelijkheid om een eigen fonds te stichten als onderdeel van het Prins Bernhard Fonds. Een Fonds op Naam. Een toekomstgericht initiatief van blijvende waarde. Gedetailleerde informatie zenden wij u desgevraagd graag toe.

Prins Bernhard Fonds

Cultuurtonds voor Ncdevlan d

Anjer fondsen

Postbus 19750
1000 GTAmsterdam
Telefoon 020 623095 1
ABN Amro 707070155
Postbank 5050

TIJDSCHRIFT VOOR
GEZONDHEID & POLITIEK
JAARGANG 32 NR. 3 / MEI 1994

Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek is het officiële orgaan van de Stichting Gezondheid en Politiek.
Verschijnt 1 x per twee maanden
ISSN 0167-8647

Uitgever:
Louwers Uitgeversorganisatie B.V.,
Wilhelminasingel 163
Postbus 249. 6000 AE Weert
Telefoon 04950 - 41203
Telefax 04950 - 21335

Redactie:
Els Borgesius, Luc Klaphake, Saskia van der Lyke, Annemiek Meinen, Matthé Ribbens, Hans Tenwolde, Ingrid van de Vegte, Joost Visser, Hetty Vlug
Eindredactie: Maarten Dulfer

Redactieraad:
Hans Blaauwbroek, Antoinette de Bont, Martien Bouwmans, Anita Driessen, Thea Dukkers van Emden, Maria Hermsen, Joost van der Meer, Evelyne de Leeuw, Arko Oderwald, Frans van der Pas, Menno Reijneveld, Eric van Rijswijk, Lidy Schoon, Hans Spijker, Marco Strik, Janneke van Vliet, Marjon van Weersch, Goof van de Wijngaart.

Redactieadres:
Postbus 17107
1001 JC Amsterdam
Artikelen of ideeën kunt u zenden aan het redactieadres. Aanwijzingen voor auteurs op aanvraag aldaar verkrijgbaar.

Abonnementenadministratie:
Opgave van abonnementen, opzegging en adreswijzigingen uitsluitend schriftelijk doorgeven aan de uitgever. Indien twee maanden voor het verstrijken van de abonnementsperiode geen schriftelijk bericht van opzegging is ontvangen wordt het abonnement automatisch met een jaar verlengd.
Abonnementsprijzen per jaar:
Bedrijven/instellingen f 110,-
Particulieren f 75,-
Los nummer f 17,50

Foto omslag:
Mieke Schlaman

Vormgeving:
LOOJO Reklame- Ontwerpburo nv
Postbus 631, 6000 AP Weert
Telefoon 04950 - 44995
Telefax 04950 - 21335

Advertentietarieven op aanvraag bij:
De uitgever.

* niets uit deze uitgave mag worden overgenomen of vermenigvuldigd zonder schriftelijke toestemming van de uitgever en zonder bronvermelding
De uitgever is niet verantwoordelijk voor de inhoud van het gepubliceerde.

INHOUD

Thema: Werkzame zorg

2 Redactioneel

3 André Ament
Zorgen voor werkzaamheid
Een kwestie van economie

6 Loe Peters
Wat niet werkt kan wel helpen
De beoordeling op effectiviteit

8 Frans Meulenberg, Tjerk Wiersma
Standaardiseren houdt het werkbaar
Het Nederlands Huisartsen Genootschap maakt richtlijnen

11 Laurie M.C. Faro
Hulpmiddelen in Europa
Gegarandeerd veilig, maar ook goed?

14 Joost Visser
De doeltreffendheid van de zorgverzekeraars
Andere zorg past in aanvullende pakketten

16 Marc Berg
Dat, en meer ...na de reklame
Gastcolumnist constateert dat werkzaamheid altijd elders is

17 Agnes Meershoek
Blootstelling aan straling: de mix van feiten en waarden
Eénzijdig, praktisch beleidsadvies van de Gezondheidsraad

20 Jos van der Lans
Commissie Willems en journalist Tabak over politiek en zorg

21 Ineke van Wingerden
Vrouwen en de overgang
Valkuilen, verleiding en feministische variatie

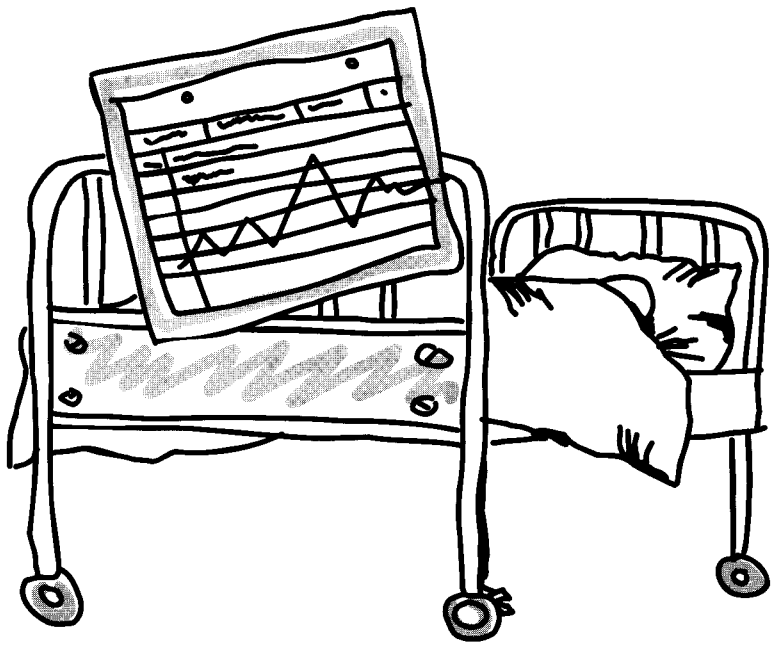
25 Signalementen buitenland

28 Boeken
Ongezonde verschillen; informele zorg

30 Eric van Rijswijk
Vreemde gezondheidszorg
De bejegening van asielzoekers is vatbaar voor kritiek

32 Signalementen

WERKZAME ZORG



Dit nummer van TGP gaat over werkzame zorg, of zo men wil: de werkzaamheid van zorg. Geen nieuw begrip, maar sinds het verschijnen van 'Kiezen en Delen', het rapport van de commissie-Dunning, weer ongekend actueel. Want na 'noodzakelijkheid' is 'werkzaamheid' de tweede van de vier criteria waaraan de zorg - àlle zorg - volgens 'Dunning' moet worden getoetst. De commissie is streng. Ze is van mening dat "alleen zorg waarvan de werkzaamheid is bewezen en gedocumenteerd in het basispakket thuishoort. Aangenomen werkzaamheid moet alsnog worden aangetoond. Zorg van niet bewezen werkzaamheid of bewezen onwerkzaamheid moet buiten het basispakket blijven".

'Werkzaamheid' wordt wel gedefinieerd als: het resultaat van een verrichting onder optimale omstandigheden. Zo op het eerste gezicht spreekt het vanzelf dat zorg aan dat criterium wordt getoetst. Want waarom zouden patiënten medicijnen moeten nemen, zich moeten laten opereren of week in week uit op een behandelbank moeten liggen, als dat wetenschappelijk gezien tot niets kan leiden?

Inderdaad, waarom? In dit nummer van TGP zetten we een paar kanttekeningen bij die zo logisch klinkende gedachtengang.

In de eerste plaats is het niet zo makkelijk vast te stellen of die pillen, die operatie en die behandelbank werkzaam zijn, of niet. De praktijk van het dubbelblind gerandomiseerd onderzoek - voor velen de 'gouden standaard' in het effectonderzoek - kent z'n voetangels en klemmen. Echte 'blindheid' is lastig te realiseren: verwachtingen over het te testen middel spelen altijd een rol, hoe oprecht de onderzoeker ook mag zijn.
Ethische vragen zijn er ook. Nog in de jaren vijftig werd een experiment uitgevoerd waarbij de chirurg pas tijdens de operatie de instructie kreeg of hij een slagader bij het hart van een inmiddels al opengesneden patiënt wèl of niet mocht afbinden. Zoiets is nu ondenkbaar, maar toch: mag je een patiënt willens en wetens een werkzaam middel onthouden, al is het met zijn toestemming, en maar voor even? Medisch handelen is bovendien zó verweven, dat het effect van één enkele ingreep moeilijk van dat van andere valt te onderscheiden. En tenslotte moeten we er ook maar het geld voor over hebben om àlle zorg op deze manier door de mangel te halen.

Want - en dat is een tweede kanttekening - in de medische praktijk van alledag wordt van alles gedaan waarvan het effect nooit onomstotelijk is vastgesteld, laat staan gedocumenteerd. Niet alleen is het een hele klus om dat alsnog te gaan doen; als de uitkomst serieus zou worden genomen, zouden huisartsen, specialisten en andere (para)medici na afloop een niet onaanzienlijk deel van hun routinematig handelen als 'onwerkzaam' vaarwel moeten zeggen. De vraag is ook of patiënten een al te botte ingreep in verworven rechten, of zelfs maar een inbreuk op gewoonten, wel zouden accepteren. Een besluit om de fysiotherapie - om maar een voorbeeld te noemen - uit het pakket te schrappen, mag rekenen op een storm van protest, waarbij vergeleken de woede over ingrepen in de wao en de aow nog maar kinderspel is.

'Werkzaamheid' - kanttekening drie - is in de praktijk dan ook niet het doorslaggevende criterium. Die praktijk is immers weerbarstig: patiëntengroepen zijn heterogeneer dan in een experimentele situatie, ervaring en kundigheid van de artsen verschillen, verwachtingen van de patiënten al evenzeer. Voor patiënten, en ook voor veel artsen, is de vraag of iets helpt belangrijker dan de vraag of iets - strikt genomen - werkt, of kàn werken. Niet voor niets bezoekt bijna één op de zeven Nederlanders ieder jaar een alternatieve genezer - en dikwijls naar tevredenheid.

Zo bezien is de 'doeltreffendheid' van een behandeling - door de commissie-Dunning niet genoemd - voor artsen en patiënten belangrijker dan werkzaamheid: de vraag, dus, of die behandeling in de praktijk van alledag eigenlijk wel het beoogde effect heeft. Voor de patiënt die de behandeling ondergaat, maar ook voor de arts die hem uitvoert.

De vraag naar werkzaamheid leidt tot een discussie die zich uitstrekt tot ver buiten de muren van de dubbel geblindeerde onderzoekskamer. Moge dit nummer van TGP in die discussie werkzaam blijken te zijn. Of is het: doeltreffend?

De themaredactie,

Antoinette de Bont,
Joost van der Meer,
Eric van Rijswijk,
Joost Visser

ZORGEN VOOR WERKZAAMHEID

AndréAment

De effectiviteit van de gezondheidszorg wordt bepaald in de praktijk, met alle beperkingen vandien. Ervoor zorgen dat de gezondheidszorg werkt is een kwestie van economie: resultaten optimaliseren in minder dan ideale omstandigheden.

Ten onrechte wordt vaak verondersteld dat artsen in de gezondheidszorg slechts die interventies toepassen, waarvan wetenschappelijk is bewezen dat ze effectief zijn. Hierin zou de reguliere gezondheidszorg zich dan onderscheiden van de alternatieve geneeswijzen.
Niets is minder waar. Onderzoek heeft aangetoond dat er grote hiaten zitten in de medische kennis omtrent de effectiviteit van interventies. Er zijn vele voorbeelden te geven van interventies, die in zeer korte tijd wijd en zijd werden toegepast en weer even snel werden verlaten, nadat serieus onderzoek de onwerkzaamheid had aangetoond (en soms de schadelijkheid ervan!). Dit tekent het belang van een degelijke evaluatie van het medisch handelen.
In totaal wordt jaarlijks in Nederland zo'n *f* 1 miljard gulden uitgegeven aan gezondheidszorg-onderzoek, een bedrag overigens dat in verhouding tot de totale uitgaven aan gezondheidszorg (ruim *f 50* miljard) nog relatief bescheiden van omvang is. De nadruk in dit onderzoek ligt op het vaststellen van de werkzaamheid van zorg: de zogenaamde effectiviteit of doeltreffendheid.

TECHNOLOGY ASSESSMENl

Onderzoek dat zich richt op het vaststellen van doelmatigheid en doeltreffendheid van medische zorg, wordt steeds vaker aangeduid als Technology Assessment: het vaststellen van de waarde van

therapeutisch proces is zodanig, dat optimale beslissingen moeilijk zijn te verwachten. De vraag of een bepaalde interventie doeltreffend is, is in de medische praktijk niet zo gemakkelijk te beantwoorden.

Zelfs bij een relatief eenvoudig beslisprobleem als de uitvoering van een eenvoudige test, bijvoorbeeld een bloeddrukmeting, is optimale besluitvorming niet eenvoudig. De arts kan talloze overwegingen in de besluitvorming betrekken. Indien de uitslag niet afwijkend wordt beschouwd, kan dit een geruststellend effect hebben op de patiënt. Indien de uitslag wel afwijkend is (in vaktaal: positief!) dan rijst onmiddellijk de vraag of het testresultaat valide en betrouwbaar is.

Levert een herhaalde meting eenzelfde resultaat op en maakt het daarbij iets uit of deze herhaalde test door een ander persoon wordt gedaan? In hoeverre is er sprake van een natuurlijke biologische variatie in de bloeddruk? Deze en dergelijke vragen zijn relevant voor een juiste interpretatie van het meetresultaat..

Indien al besloten wordt om iets aan het probleem bloeddruk te gaan doen, is de eerste vraag voor welke interventie gekozen wordt. Wordt een beperkt dieetadvies verstrekt of wordt de toevlucht gezocht bij medicinale therapie en zo ja welke? Vervolgens is het de vraag in welke mate het gekozen medicijn erin slaagt de bloeddruk te verlagen. De volgende vraag is naar het effect van deze verlaagde bloeddruk op de gezondheidstoestand van de patiënt en eventueel op de levensverwachting. Zal de betreffende patiënt langer en gezonder leven?

Deze beschrijving maakt duidelijk dat de vraag betreffende de werkzaamheid van medische zorg een complex samenstel van factoren betreft, waarbij garanties niet aan de orde zijn. In de meeste gevallen is er slechts sprake van een kans op verbetering, waarbij over de hoogte van deze kans grote onzekerheid bestaat..

ARTS& GEID

Betreffende de *doelmatigheid* van het medisch handelen spelen andere zaken een rol. Hier gaat het meer om de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de arts. De beslissingen van artsen bepalen de gang van de patiënt door het gezondheidszorgsysteem en zijn derhalve bepalend voor de kosten van behandeling. Zo bepalen de artsen voor een groot deel hoeveel het gezondheidszorgsysteem kost: de som van de behandelkosten van alle patiënten.

Aangezien deze kosten worden gerekend tot de collectieve sector, die vanuit een macro-perspectief niet verder in omvang mag toenemen, komt het handelen van de artsen steeds meer in de belangstelling van economen te staan. De individuele behandeling van de individuele patiënt is niet te duur, maar de geaggregeerde kostengevolgen van alle medische handelingen vormen het economische probleem. Gegeven de schaarse middelen op macroniveau, kan het gebeuren dat interventies, optimaal vanuit het individuele perspectief van de patient, niet meer kunnen worden uitgevoerd omdat ze -economisch- niet doelmatig zijn. Dit noopt tot prioriteiten stellen.

Over de rol van de economie in deze bestaan vaak misverstanden. Het is de econoom er niet om te doen de kosten van het gezondheidszorgsysteem als doel op zich zo veel mogelijk te verlagen. Integendeel, het gaat de econoom erom op basis van de beschikbare middelen, waaraan grenzen zijn gesteld vanuit een macro-perspectief, zo veel mogelijk opbrengst te produceren. Wat dit betreft legt de econoom een grote belangstelling aan de dag voor het product 'gezondheid', en heeft hij dringend behoefte aan een instrumentarium om deze opbrengst te meten. Een steeds meer gebruikte gezondheidsmaat is de zogenaamde QALY (Quality Adjusted Life Expectancy), waarin zowel aandacht wordt besteed aan het levensverlengende aspect, als aan de kwaliteits-verbetering gedurende de levensduur. Met behulp van deze parameter kan worden geformuleerd waar de econoom naar streeft, namelijk naar een zodanige inrichting van het gezondheidszorgsysteem, dat er, gegeven de beschikbare middelen, een maximaal aantal QALY's wordt geproduceerd. Op dit QALY-begrip zal verderop nader worden ingegaan.

BEWIJZEN

Algemeen wordt de uitvoering van het gerandomiseerde klinische onderzoek als de 'gouden' standaard beschouwd voor het bepalen van de werkzaamheid. Bij deze vorm van experimenteel onderzoek worden twee of meer patiëntengroepen geformeerd. De ene groep ondergaat de interventie (interventiegroep). In de andere groep, waar geen interventie wordt toegepast, kan worden vastgesteld wat de uitkomst zou zijn, indien er geen behandeling plaatsvindt (controlegroep). Vergelijking van de uitkomsten in beide groepen levert het effect op van de interventie. Om de vergelijking zo zuiver mogelijk te maken wordt er een aantal voorzorgsmaatregelen getroffen. Zo laat men in het onderzoek het lot bepalen in welke groep een bepaalde patiënt terecht komt. Patiënten worden 'at random' toegewezen, ofwel gerandomiseerd.

Om de effectiviteit van de interventie te bepalen, wordt er dus bewust voor gekozen sommige patiënten *niet* te behandelen. Ook de toediening van niet-werkzame middelen kan bij sommige patiënten tot verbetering leiden. Daarnaast is de arts geneigd het effect van zijn behandeling eerder te overschatten dan te onderschatten. Het verdient derhalve de voorkeur om het onderzoek zodanig te 'blinderen', dat noch de patiënt, noch de behandelend arts, noch de onderzoeker die de resultaten analyseert, weet welke patiënten de interventie hebben gekregen en welke niet.

Geen van hen beiden weet of een medicament wordt toegediend of een zogenaamd "placebo", dat zoveel mogelijk uiterlijke kenmerken vertoont van het te onderzoeken middel. Wanneer ook de onderzoeker het cijfermateriaal achteraf analyseert, zonder te weten welke groep het medicament heeft ontvangen, en de conclusies formuleert voordat de code wordt gebroken, dan is in dit opzicht aan de 'gouden' standaard voldaan.

De principes van dubbelblind gerandomiseerd onderzoek zijn al decennia bekend (Cochrane. 1972). Toch is slechts zo'n 10 á 209'[van alle interventies onderzocht met behulp van een dergelijk onderzoeksdesign OOM. 1985). In feite is de situatie nog erger. omdat ook bekend is dat dergelijk onderzoek vaak niet correct is uitgevoerd. lït een studie bleek bijvoorbeeld dat ongeveer de helft van de uitgevoerde studies statistisch gezien niet aan de norm voldeed (Glantz, 1980). Er zijn vele redenen aan te geven voor het feit dat nog maar zo'n bescheiden gedeelte van de medische praktijk gebaseerd is op wetenschappelijke bewijsvoering. (Wat dat betreft verschillen reguliere en alternatieve geneeswijzen minder dan vele artsen willen doen voorkomen). Hiervoor zijn technische. ethische. medische en economische redenen aan te dragen.

Wat betreft de technische redenen kan gewezen worden op de onmogelijkheid om de blindering in bepaalde situaties volgens de gouden standaard te laten voltrekken. Bij invasieve ingrepen, bijvoorbeeld een operatie, is het onmogelijk de arts te blinderen. Er is de moeilijkheid dat je patiënten niet zo maar een behandeling kunt ontzeggen die al een plek heeft in de reguliere gezondheidszorg. (Dit pleit tevens ervoor om dergelijk effectiviteitsenderzoek in een zo vroeg mogelijk stadium te laten plaatsvinden.)

DUUR EN INGEWIKKEID

De methode die 'perfecte' informatie oplevert, bestaat.. Aan die informatie, echter, hangt meestal een prijskaartje met een niet gering bedrag. Uitvoering van een onderzoek met een follow-up periode van enkele jaren kost al snel *f* 1 miljoen en onderzoeken van enkele miljoenen zijn niet uit-

zonderlijk.. Daarbij zou men zich kunnen afvragen of de informatie uit een dergelijk onderzoek wel altijd nodig is. Soms voldoen goedkopere onderzoeken, die ook relevante informatie opleveren voor het nemen van beleidsbeslissingen. In ieder geval zijn ook de middelen voor het doen van effectiviteits-onderzoek niet onbeperkt aanwezig en zal op grond daarvan afgewogen moeten worden, welk medisch onderwerp wel en welk niet nader kan worden onderzocht..

Een andere zeer belangrijke reden voor het gebrek aan kennis met betrekking tot de werkzaamheid van medische technologie, is gelegen in de complexiteit van het onderzoeksveld. De onderzoeker moet een onderwerp van studie nauwkeurig definiëren. Dit leidt ertoe, dat in de onderzoekspopulatie een stringent indicatiegebied geldt en vele uitsluitcriteria worden gehanteerd. De uiteindelijke conclusies ten aanzien van de eventuele werkzaamheid zijn strikt genomen dan ook alleen van toepassing op de technologie, toegepast in dezelfde patiëntengroep, in gelijkwaardige omstandigheden (omgeving, deskundigheid artsen, patiëntenkenmerken etc.). Zou men de conclusies willen veralgemeniseren, dan is een hernieuwd experiment nodig.

Het aantal relevante onderzoeksvragen, allen slechts te beantwoorden via gerandomiseerd onderzoek, is aanzienlijk. Zo komen bij de vraag naar de zin van screening op kanker minimaal de volgende aspecten aan de orde:

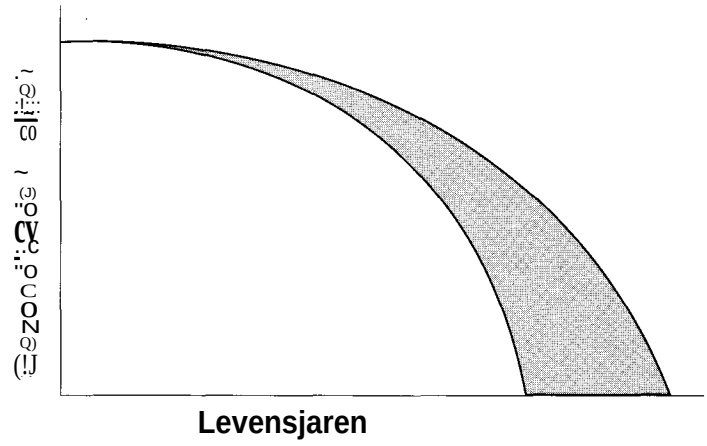
- het ontstaan van verschillende soorten kanker, het natuurlijk beloop van deze soorten en de verschillende manifestaties ervan;
- de verschillende soorten van screeningstesten, welke voor handen zijn, waarbij binnen ieder soort meestal verschillende varianten beschikbaar zijn.
  In veel gevallen moeten nog uitspraken gedaan worden over de te hanteren testcriteria (sensitiviteit en specificiteit). Deze testen richten zich meestal op een specifiek gedeelte van het totale probleem. Bovendien kunnen deze testen op vele manieren met elkaar gecombineerd worden tot een testprocedure.
- De patiëntendoelgroep kan op talloze manieren worden afgebakend, waarbij medische, economische en sociale kenmerken kunnen worden gehanteerd.

METEN MET QALY

De doelmatigheid en doeltreffendheid van interventies kan worden samengevat in een maat: de kosten per QALY, het Quality Adjusted Life Year. Op deze wijze kunnen technologieën gerangschikt worden. Bij een beperkt budget, waarbij dus keuzes gemaakt moeten worden, leidt het criterium 'kosten per QALY' tot de hoogste produktie van QALY's. Iedere wijziging in een dergelijke volgorde zal onmiddellijk leiden tot een lagere hoeveelheid te produceren QALY's en is dus economisch gezien suboptimaal..

De 'voor kwaliteit gecorrigeerde levensverwachting' heeft een centrale plaats in de denkwereld van de econoom. De QALY-parameter is een voorbeeld van een opbrengst-parameter, die onafhankelijk is van de onderliggende ziekte. Hierdoor wordt het mogelijk om de gezondheidseffeeten van willekeurige interventies en willekeurige ziekten onderling met elkaar te vergelijken.

In principe is het QALY-concept niet erg ingewikkeld, maar de waarderingstechnieken die eraan ten grondslag liggen wel. Zoals reeds beschreven werd, houdt de QALY-benadering zowel rekening met de levensverlengende effecten als met de kwaliteitsverbeterende effecten. In feite worden twee dimensies - winst in jaren en winst in kwaliteit - met elkaar gecombineerd. Grafisch kan dit als volgt worden aangeduid. (fig. 2)



figuur 2: QALY-grafisch

In de figuur is het gezondheidsverloop van een individu weergegeven. Op de horizontale as is uitgezet hoeveel jaren de betreffende persoon te leven heeft, op de verticale as wordt weergegeven welke kwaliteit van leven te verwachten valt. Indien we nu beschikken over een tweetal profielen, één zonder behandeling en één met behandeling, dan kan in de figuur worden aangegeven dat er twee soorten winst geboekt kunnen worden: winst in jaren en winst in kwaliteit. De totale winst in gezondheid, zoals gedefiniëerd door deze twee parameters, die de behandeling oplevert, is gelijk aan het oppervlak tussen de twee weergegeven profielen.

Een onderdeel van het bepalen van QALY's is het vaststellen van de waarderingen ten aanzien van gezondheid. Deze waarderingen worden gebruikt als kwaliteitcorrecties bij het samenstellen van QALY's. Voor een beschrijving van de wijze waarop in deze methodiek de waarderingen worden bepaald, wordt verwezen naar bijvoorbeeld Ament (1993).

Globaal is hiermee aangegeven hoe gezondheidseconomen zich bezig houden met het verbeteren van de doelmatigheid en doeltreffendheid binnen het gezondheidszorgsysteem. Overigens wordt steeds meer erkend, ook door economen, dat er op grond van alternatieve overwegingen, bijvoorbeeld rechtvaardigheidscriteria, ook andere prioriteiten gesteld kunnen worden.

Vanuit maatschappelijk oogpunt kan het wenselijk zijn te kiezen voor vergroten van de rechtvaardigheid ten koste van de doelmatigheid. De toekomst zal het leren.

André Ament is medewerker bij de vakgroep Economie van de Gezondheidszorg, Rijksuniversiteit Limburg.

Literatuur

- Cochrane, A.L.. 'Effectiveness and efficiency: random reflections on health services, 1971'; The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
- Glantz, S.A. 'Biostatistics: How to detect, correct, and prevent errors in the medicallitaratu-re'; Circulation, 1980.
- Institute of Medicine, 'Assessing Medical Technologies'; National Academy Press, Washington D.e., 1985.
- Ament, A., Ruiten, F. 'Evaluatie, Hoofdstuk JO' in Lapré R., Ruiten F. 'Economie van de gezondheidszorg'; Uitgeverij Lemma BV, Utrecht, 1993.

WAT NIET WERKT KAN WEL HELPEN

Loe Peters

fen arts schrijft. iets voor, de patiënt heeft. er wat aan - en de medische wetenschap zegt dat het niet werkzaam is. Dat komt voor, dat is onderdehand bekend. Zelfs als ook statistisch vaststaat dat iets niet werkt, kan het individu er toch baat bij hebben. Mag binnenkort de patiënt, de ultieme beoordelaar van de gezondheidszorg, kiezen voor een niet-werkzame behandeling?

Rationalisering is, zo willen velen ons doen geloven, het medicijn om de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen. Behandelingen moeten bij een gegeven aandoening of klacht effect sorteren en daarnaast veilig en zo goedkoop mogelijk zijn.

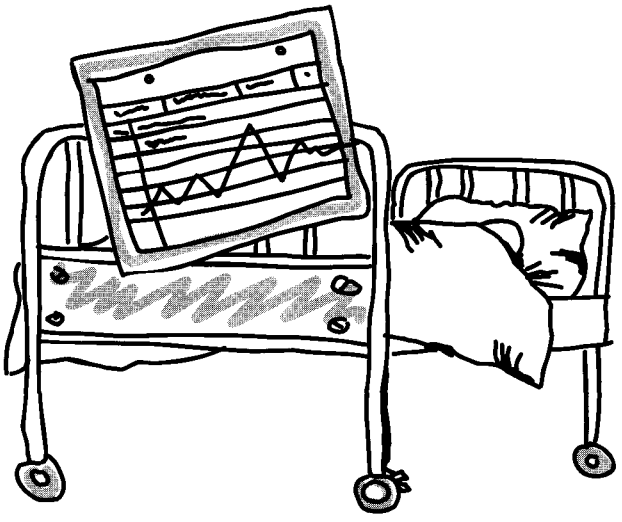
Zo op het eerste gezicht is voor een dergelijke zakelijkheid veel te zeggen. De Amerikaanse arts Kerr L. White schat, dat waarschijnlijk niet meer dan 20% van alle klinische interventies wetenschappelijk bewezen meer goed dan kwaad doen'.

Het wekt dan ook geen verwondering dat de commissie 'Keuzen in de Zorg' zo'n prominente plaats heeft ingeruimd voor het criterium werkzaamheid'. Zorg waarvan de werkzaamheid niet wetenschappelijk bewezen en gedocumenteerd is, hoort niet thuis in een basispakket.. Vindt de commissie, streng doch rechtvaardig.

Maar dit blijkt een weerbarstiger criterium als concrete voorbeelden aan de orde zijn.

Homeopathische geneesmiddelen vallen buiten de boot omdat de werkzaamheid onvoldoende is aangetoond. Milder is het oordeel over fysiotherapie. De werkzaamheid is volgens de commissie slechts voor zeer weinig vormen en indicatiegebieden overtuigend aangetoond. De commissie vindt het echter voorbarig daaruit te concluderen dat fysiotherapie dus meestal geen effect heeft. Ook ten aanzien van psychotherapie laat de commissie haar strengheid varen: "De conclusie uit al het onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapie luidt kort samengevat:. het helpt. Psychotherapie heeft meer effect dan geen psychotherapie, zowel gemeten naar het verloop van de klachten waarmee mensen zich tot de psychotherapeut wenden, als naar de tevredenheid van de patiënt."

Dit geeft aanleiding tot de vraag, hoe wetenschappelijk bewezen werkzaamheid zich verhoudt tot ervaren werkzaamheid en of de ervaringen van patiënt en arts verschillen.



HEIPT HET

Lijkt de commissie 'Keuzen in de zorg' de begrippen werkzaamheid en effectiviteit als synoniemen te beschouwen, de Gezondheidsraad maakt in haar advies 'Medisch handelen op een tweesprong" een duidelijk onderscheid. Werkzaamheid (efficacy) wordt in dit advies gedefinieerd als het resultaat van een verrichting onder optimale omstandigheden: homogene groepen patiënten, ervaren en deskundige onderzoekers en uitstekende faciliteiten - een begrip uit de wetenschap. Effectiviteit, waarvoor de Gezondheidsraad het begrip doeltreffendheid (effectiveness) reserveert, wordt omschreven als de mate waarin de verrichting het beoogde effect heeft in de praktijk van alledag. De Gezondheidsraad voegt hieraan toe dat een werkzame verrichting in de praktijk niet doeltreffend hoeft te zijn. Dat is aannemelijk.

De Gezondheidsraad meent echter ook dat een doeltreffende verrichting per definitie werkzaam is. Daar kunnen vraagtekens bij geplaatst worden. Een behandeling kan volgens de arts en/of de patiënt het beoogde effect hebben, zonder dat de werkzaamheid wetenschappelijk is aangetoond. Of een dergelijk effect inderdaad veroorzaakt wordt door die specifieke behandeling zal in een groot aantal gevallen onbekend zijn en blijven. Er is in elk geval sprake van 'helpzaamheid'.

De verschillen tussen werkzaamheid, doeltreffendheid en helpzaamheid kunnen niet alleen beschreven en begrepen worden in termen van het praktijkgehalte of het medisch-wetenschappelijk gehalte. Volgens de al eerder aangehaalde Kerr L. White kunnen gunstige effecten van veel behandelingen (therapeutic benefits') toegeschreven worden aan placebo- of andere niet-specifieke effecten. Hij noemt hierbij percentages van 40 tot 60. Dit soort effecten zijn wetenschappelijk bewezen en gedocumenteerd.

Het verdient aanbeveling het begrip werkzaamheid te specificeren: natuurwetenschappelijk en sociaal-wetenschappelijk bewezen werkzaamheid. De werking van antibiotica en een placebo-effect zijn beiden aantoonbaar.

BEOORDELING

Patiënten zijn allereerst geïnteresseerd in het feit dat een behandeling helpt, daarbij de nadelen van de behandeling - bijverschijnselen, kosten etcetera - in overweging nemend. Dat de behandeling bewezen werkzaam is, is een weliswaar welkome maar geen noodzakelijke voorwaarde.
Ziek-zijn (en beter worden) is vooral een individuele aangelegenheid. De betekenisgeving van ziek-zijn en de verwachtingen en oordelen over behandelingen lopen daarom uiteen. Patiënten, ook al behoren ze tot dezelfde diagnosecategorie, gaan verschillend met hun aandoening om, bewandelen uiteénlopende wegen om genezing of verlichting van hun klachten te bereiken en oordelen verschillend over de behandeling.
Artsen baseren in de praktijk hun handelen slechts ten dele op de resultaten van de medische wetenschap: omdat voor maar weinig klachten (natuur)wetenschappelijk onderbouwde remedies bestaan, omdat de arts zijn patiënten iets wil bieden, maar ook omdat artsen vertrouwen hebben in officieel niet-werkzame behandelingen - gebaseerd op eigen en andermans praktijk.
Zowel patiënten als artsen onderscheiden zich van de medische wetenschap doordat ze een groter scala behandelingen doeltreffend achten. Niet voor elke kwaal bestaat een (natuur)wetenschappelijk getoetste remedie. Niet zelden zijn het juist de nogal belastende kwalen, zoals diverse chronische aandoeningen, die in deze categorie vallen.
De geschetste verschillen tussen patiënten onderling en tussen artsen onderling, kunnen in de praktijk ook discrepanties ten gevolge hebben. De praktijk bestaat tenslotte hoofdzakelijk uit unieke arts-patiënt contacten.

TOEKOMST

De vraag is welke plaats de mening van de patiënt krijgt in de discussie over Keuzen in de zorg. Als iets volgens de medische wetenschap niet werkt (of het is nooit onderzocht), maar volgens de patiënt wel helpt, moet je het dan verbieden, gedogen of stimuleren?
In de huidige praktijk komen alle drie de situaties voor. We nemen alternatieve geneeswijzen als illustratie. Uit onderzoek blijkt dat (huis)artsen behoorlijk verschillend oordelen over de doeltreffendheid van alternatieve geneeswijzen', Ook patiënten vertonen onderling weinig eensgezindheid wat dit betreft..
Een patiënt die heil verwacht van een alternatieve behandelwijze, kan naar gelang de opvatting van zijn arts met alle drie soorten reacties in aanraking kunnen komen. Als zijn arts lid is van de Vereniging tegen Kwakzalverij, zal deze patiënt zo niet op een 'verbod', dan toch wel op een sterke afkeuring stuiten. Past zijn arts zelf (met overtuiging) de betreffende alternatieve geneeswijze toe, dan kan de patiënt in zijn vraag gestimuleerd worden. Bij een arts met een neutrale houding ligt een 'gedoog-verwijzing' voor de hand. Het lijkt dus zaak dat de patiënt de juiste arts vindt (en dat de arts de juiste patiënt treft). Een markt ligt open voor arts-patiënt makelaardij.
Verbieden, gedogen of stimuleren kennen we ook op het macro-niveau van de gezondheidszorg. Hierbij speelt vooral de vergoeding van ziektekosten een rol. In de sfeer van alternatieve geneeswijzen is het voorbeeld van homeopathische geneesmiddelen het meest bekend: eerst werden die vergoed in het kader van ziektekostenverzekeringen (mits op recept), toen opgenomen in de AWBZ, vervolgens weer uit de AWBZ geschrapt' en momenteel vergoeden (sommige) ziektekostenverzekeraars ze weer.
De vraag blijft of in de toekomst de patiënt ruimte gelaten zal worden om te kiezen voor een behandeling die 'wel helpt, maar niet werkt'. Een maatschappelijke ontwikkeling die wèl deze ruimte biedt, is de toenemende aandacht voor patiëntenrechten en daarmee verbonden begrippen als autonomie en keuzevrijheid van de patiënt. Vrije artsenkeuze en de mogelijkheid van een second opinion zijn enkele verworvenheden die de patiënt (enige) vrijheid geven om een voorkeur te realiseren.
Een ontwikkeling die deze ruimte voor de patiënt juist lijkt te gaan beperken, is het streven om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen. Deze tendens gaat - vergelijk ook het advies van de commissie-Dunning - schijnbaar onvermijdelijk samen met twee principes: de collectiviteit (in plaats van de individualiteit) en het uitgangspunt van natuurwetenschappelijk bewezen werkzaamheid (in plaats van de in de praktijk ervaren helpzaamheid). In een dergelijke benadering is voor de mening van de patiënt nauwelijks plaats. In essentie leidt deze ontwikkeling tot paternalisme, met het bestwil-principe als legitimatie.
Welke van deze twee ontwikkelingen de doorslag zal gaan geven, lijkt voor een groot deel afhankelijk te zijn van het verloop van recente ontwikkelingen binnen de medische wetenschap. Daarbij gaat het om het ter discussie stellen van het exclusieve natuurwetenschappelijke karakter en van de traditionele gerichtheid van de medische wetenschap op ziektes (in plaats van op zieke personen). Twee voorbeelden.
Uit nogal onverwachte hoek - namelijk van de Gezondheidsraad, in haar advies "Alternatieve behandelwijzen en wetenschappelijk onderzoek"' - wordt ervoor gepleit om placebo-effecten als zelfstandig mechanisme een plaats te geven naast de 'technische' geneeskunde. Meer aandacht dus voor de niet-natuurwetenschappelijke kanten van genezen en het geneesproces en daarmee voor de sociaal-wetenschappelijke aspecten van werkzaamheid.
Het tweede voorbeeld is de herwaardering van meningen en ervaringen van de patiënt binnen de medische wetenschap. Niet meer uitsluitend zoeken naar wat patiënten (als diagnosecategorie) gemeenschappelijk hebben, maar ook kijken naar datgene wat hen onderscheidt:. een nieuw geleid. Stanley Joel Reiser spreekt in het (wetenschappelijk gerenommeerde) tijdschrift JAMA" zelfs van "The Era of the Patient" en dan in positieve zin: de patiënt is de ultieme beoordelaar van een behandeling, de ervaringen van individuele patiënten moeten aangewend worden om de gezondheidszorg te verbeteren. Bij dit laatste komt hij met het voorstel om patiënten als 'consultants' in te zetten ten behoeve van artsen en voor de opleiding van artsen: de patiënt als ervaringsexpert (en docent) en niet uitsluitend als casus (en passief object). Een uitdaging.

Loe Peters is wetenschappelijk onderzoeker bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).

Literatuur

1. White, Kerr L., 'The task of medicine'; Menlo Park, California 1988.
2. Commissie Keuzen in de zorg, 'Kiezen en Delen'; Den Haag 1992.
3. Gezondheidsraad: Beraadsgroep Geneeskunde, 'Medisch handelen op een tweesprong', pub!.nr 1991123; Den Haag 1991.
4. Visser, GJ. 'Alternatieve geneeswijzen in de huisartspraktijk' Huisarts en Wetenschap 1988 31: 252-256.
5. Gezondheidsraad: Commissie Alternatieve Behandelwijzen 'Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek' pub!. 1993/13; Den Haag 1993.
6. Reiser, SJ. 'The Era of the Patient; Using the experienee of illness in shaping the missions of healthcare' *IAMA* 269(1993)nr 8: 1012-1017.

STANDAARDISEREN HOUDT HET WERKBAAR

Frans Meulenberg
Tjerk Wiersma

De wetenschappelijke vereniging van de huisartsenij, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), publiceert sinds 1989 *in haar maandblad Huisarts & Wetenschap de zogenoemde NHG-Standaarden: richtlijnen voor het handelen van huisartsen. Dit artikel schetst hoe werkbare zorg vertaald is in deze standaarden. Allereerst vindt een korte introductie plaats van het fenomeen NHG-Standaarden. Vervolgens komt de 'haalbaarheid' van een NHG-Standaard aan de orde, waarbij wij onderscheid maken tussen werkzaamheid en werkbaarheid.*

De richtlijnen voor de huisarts, geformuleerd in een standaard, zijn bestemd voor gebruik in iedere huisartspraktijk.. Een werkgroep van huisartsen schrijft het concept. De richtlijnen zijn (zo veel mogelijk) wetenschappelijk onderbouwd, in de praktijk op uitvoerbaarheid getest, door medisch specialisten becommentarieerd, voorzien van nascholingsmateriaal en worden begeleid door diverse patiëntenfolders. Medio 1994 zijn er 45 NHG-Standaarden gepubliceerd. De eerste dertig medische standaarden zijn ook gebundeld verkrijgbaar'.

Kenmerkend voor de NHG-Standaarden is de vaste vorm. De leden van het Genootschap en de externe abonnees ontvangen de standaard als duidelijk herkenbare pagina's in *Huisarts & Wetenschap*. Los toegevoegd is een geplastificeerd kaartje waarop een uittreksel van de standaard staat.

De belangrijkste criteria bij het maken van een richtlijn zijn: wetenschappelijke onderbouwing, haalbaarheid en toepasbaarheid. Om tot een optimaal resultaat te komen, zijn in de ontwikkelingsprocedure enkele kwaliteitsfilters opgenomen:

- een onafhankelijke commissie, die het bestuur adviseert waarover wel of niet een standaard ontworpen moet worden en daarnaast een projectvoorstel uitwerkt, waarin de contouren van de op te stellen standaard zijn aangegeven: de NHG-Adviesraad Standaarden [NAS];
- een voorbereidingswerkgroep van praktizerend huisartsen, die de ontwerpstandaard formuleert;
- de huisarts-stafleden, die vorm, eenheid en onderlinge afstemming van de standaarden bewaken;
- referenten (klinische specialisten) die de ontwerp standaard becommentariëren;
- een schriftelijke commentaarronde onder huisartsen;
- een onafhankelijk orgaan dat de wetenschappelijke onderbouwing van de conceptstandaard toetst, de Autorisatiecommissie. Zowel voor dit orgaan als de NAS liggen taak en functie schriftelijk vast in een door het NHG-Bestuur vastgesteld reglement..

De 'haalbaarheid' van NHG-Standaarden krijgt op twee niveau's gestalte: bekijken of een therapie echt werkt en rationeel wordt toegepast (de 'werkzaamheid') en ervoor zorgen dat de richtlijnen uitvoerbaar zijn ('de werkbaarheid'). Ter illustratie van het begrip werkzaamheid komen enkele standaarden aan de orde en betreffende de werkbaarheid gaan we in op discussies tijdens de totstandkoming van drie NHG-Standaarden.

De basisfilosofie van het NHG *(Stel vast wat echt noodzakelijk* is *en echt werkzaam* is *en voer dit zo doelmatig mogelijk uit")* is gebaseerd op het gegeven dat huisarts geneeskunde een vak is met een geheel eigen morbiditeitspatroon en een daarmee samenhangend diagnostisch proces. Kenmerkend is het voorkomen van klachten en aandoeningen die in de tweedelijn nauwelijks, of alleen in meer ernstige vormen, worden gezien.

POORTWACHTER

Dit hangt ook samen met de positie van 'poortwachter' die de huisarts in ons gezondheidszorgsysteem inneemt.. Het verschil tussen eerste en tweede lijn komt tot uitdrukking in de richtlijnen'. Er is:

- veel aandacht voor het natuurlijk beloop en de vraag of interventie wel voordeel biedt boven afwachten. Veel aandoeningen hebben immers een self-limiting karakter. Vandaar dat de standaard 'Kinderen met koorts' een afwachtende houding adviseert;
- de neiging verrichtingen als laboratoriumonderzoek en functieonderzoek via besliskundige benaderingen tot het minimum te beperken, daarbij uitgaand van de andere voorspellende waarde die diagnostische tests in de eerstelijn hebben (zie bijvoorbeeld het behandelschema voor 'Hypertensie');
- de neiging om behandelingen die zonder noodzaak in de tweede lijn plaatsvinden, naar de eerste lijn terug te halen. Om die redenen is in verschillende standaarden (zoals 'Reumatoïde artritis') een eenmalig specialistisch consult opgenomen;
- een conservatief prescriptiebeleid, in de zin van gemotiveerd vermijden van het voorschrijven van de nieuwste middelen en het vermijden van polypragmasie. Leefstijladviezen hebben voorkeur (bijvoorbeeld voor 'Hypercholesterolaemie'). Kiest een NHG-Standaard voor een therapie, dan komt de vraag naar voren: werkt het medicament echt? Om dat te bepalen zoekt het NHG steeds naar bewijzen in de vorm van klinische trials, want de klinische relevantie van een keuze blijft een eerste vereiste. Zo is calcipotriol derde keuze voor de behandeling van psoriasis, omdat de meerwaarde voor de patiënt nog onvoldoende is aangetoond.

De piekstroommeter.
Foto:NHG

Het tweede aspect van 'werkbare zorg' is de haalbaarheid/toepasbaarheid van de uit een NHG-Standaard. De standaarden moeten geïntegreerd kunnen worden in de praktijken":

Om dit te testen is in de ontwikkelingsprocedure een zogenaamde 'commentaarfase' ingelast.. Vijftig at random geselec-

teerde huisartsen ontvangen de conceptstandaard met een vragenlijst.. Met die vragenlijst wordt nagegaan in welke mate de voorgestelde richtlijnen aansluiten bij enJof geaccepteerd worden door de praktizerend huisartsen.
Wijzen deze huisartsen vrijwel unaniem de voorgestelde richtlijnen af, dan noopt dit tot heroverweging hiervan. Meestal zijn de uitspraken echter niet dermate afwijzend, al blijven er uiteraard altijd discrepanties bestaan tussen door de NHG gewenst en feitelijk handelen. Op deze discrepanties speelt de afdeling Deskundigheidsbevordering in door op maat gesneden onderwijsmateriaal te maken bij elke NHG-Standaard. Enkele uitgewerkte voorbeelden maken dit duidelijk..

De post-coïtumtest
Bij de opstelling van de NHG-Standaard 'Subfertiliteit", die richtlijnen geeft voor het handelen van de huisarts bij het ongewenst uitblijven van zwangerschap, werd in eerste instantie de verrichting van de zogenaamde post-coïtumtest of Sims-Huhnertest in de richtlijnen opgenomen. Bij deze test wordt rond de dag waarop de vrouw een eisprong verwacht, met de microscoop beoordeeld of in het slijm van de baarmoedermond bewegende spermatozoa aanwezig zijn, nadat tevoren geslachtsgemeenschap heeft plaatsgevonden. De test is niet moeilijk en vereist niet veel routine, zodat deze in principe door huisartsen verricht kan worden. Ook specialisten verrichten de test.
Omdat de voorspellende waarde van de test onduidelijk is - afwezigheid van spermatozoa blijkt ook bij vruchtbare paren geregeld voor te komen - werd de wetenschappelijke houdbaarheid van de test betwijfeld. Uit de commentaarronde kwam naar voren dat slechts een gering deel van de huisartsen gewoon is een post-coïtumtest te verrichten en dat zij de uitvoering lastig vinden, zodat ook de haalbaarheid ter discussie stond. Uiteindelijk werd de verrichting van de post-coïtumtest niet obligaat gesteld, maar alleen aanbevolen en dan nog onder specifieke omstandigheden: bij onvoldoende kwaliteit van het sperma blijkend uit voorafgaande spermaanalyse. Bij gebruik wordt ter verhoging van de betrouwbaarheid herhaalde bepaling aanbevolen.

Piekstroom of éénsecondewaarde en vitale capaciteit?
Bij de opstelling van de NHG-Standaard 'CARA bij volwassenen: diagnostiek" stond men voor het probleem de plaats van het longfunctieonderzoek in de huisartspraktijk aan te geven. De meeste huisartsen zijn niet gewoon enigerlei vorm van longfunctieonderzoek te doen.

CARA BIJ VOLWASSENEN: BEHANDELING **NHG-STANDAARD (samenvatting)** **M 27**

Geneesmiddelenoverzicht

Geneesmiddelen	inhalatiepoeder dosis per inhalatie	dosisaërosol dosis per inhalatie	aantal inhalaties per dag
- cromoglicinezuur	20 mg	5mg	2dd 2 (4 ddl)
Corticosteroïden			
- beclomethason	100, 200, 400 µg	50, 100, 250 µg	200 - 1600 µg in 2 - 4 inhalaties[1]
- budesonide	100, 200, 400 µg	50,200,400	200 - 1600 µg in 2 - 4 inhalaties[1]
Bronchusverwijders			
- ipratropium	40 µg	20 µg	zonodig 1-2 maximaal 8
β_2-sympaticomimetica			
- salbutamol	400 µg	100 µg	zonodig 1-2 maximaal 8
- terbutaline	500 µg	250 µg	
- fenoterol	200 µg	200 µg	

\ gemiddelde dOS\S 400 microgram per dag

Controles

3 maandelijks: streefniveau, longfunctieverlies, veranderingen aard klachten, voorlichting, inhalatietechniek en therapietrouw

[illegible]

- de oorzaak van de bronchusobstructie is onduidelijk
- maximale dosis inhalatiecorticosteroïden is nodig
- bij maximale therapie wordt het streefniveau niet gehaald
- onderhoudstherapie met orale corticosteroïden is nodig
- er bestaan complicerende afwijkingen met belangrijke consequenties voor behandeling
- zuurstoftherapie is nodig

Stofnaam	Merknaam	Stofnaam	Merknaam
- beclometason	- generiek, Aldecin®, Becloforte®, Becotide®, Clenil®	- prednis(ol)on inj.	- Di-Adreson-F® aquosum® inj.
- budesonide	- Pulmicort®	- prednis(ol)on	- generiek
- cromoglicinezuur	- Lomudal® (Forte), Lotal®, Vicrom®	- salbutamol	- generiek, Aerolin®, Ventolin®
- fenoterol	- Berotec®	- salbutamol inj.	- generiek, Ventolin® inj.
- hydrocortison inj.	- Solu-Cortef® inj.	- terbutaline	- Bricanyl®
- ipratropium	- Atrovent®	- terbutaline inj.	- Bricanyl® inj.

Standaard op kaart.

De éénsecondewaarde (de hoeveelheid lucht die iemand in één seconde kan uitademen na maximale inademing) en de vitale capaciteit (de hoeveelheid lucht die kan worden uitgeademd na maximale inademing) geeft een betrouwbaarder beeld van de toestand van de longen dan de piekstroom (de hoeveelheid lucht die iemand kan uitademen in een zeer korte tijdsperiode die echter niet verder gestandaardiseerd is).
Bepaling van de éénseconde waarde en de vitale capaciteit vereist echter de aanschaf van een spirometer, een apparaat dat betrekkelijk prijzig is, terwijl voor de bepaling van de piekstroom met een eenvoudig meetinstrument kan worden volstaan. Ten tijde van het opstellen van de CARA-standaarden waren weliswaar enkele goedkopere spirometers op de markt, doch deze werden onvoldoende betrouwbaar geacht.. De afweging van toepasbaarheid en haalbaarheid leidde tot de volgende discussie in de werkgroep:

P: Ik bepaal de éénsecondewaarde en de vitale capaciteit eigenlijk nooit, omdat ik niet begrijp wat ik mijn patinten dan meer kan bieden.

K: Je weet dan onvoldoende wat er echt met die patiënt aan de hand is. Iemand met een normale piekstroom kan een ernstige vorm van luchtwegobstructie hebben, die irreversibel is. Daarover is voldoende literatuur.

A: We moeten praktisch denken. Iemand met een lage piekstroom met anamnestisch duidelijk CARA, daarvan is voor mij duidelijk dat die een geobjectiveerde obstructie heeft. Wat is dan de aanvullende waarde van een éénsecondewaarde? Twee weken piekstroom geeft ook een indruk over de

variatie. Een éénsecondewaarde is alleen nodig bij anamnesische aanwijzingen voor CARA zonder piekstroomafwijkingen.

E: Ik ondersteun dat warm. De piekstroommeting is goedkoop, eenvoudig en brengt veel aan het licht. Bij tachtig tot negentig procent van de patiënten heb je aldus een parameter voor de beoordeling van het effect van de behandeling. Je moet wel rekening houden met de beperkte sensitiviteit, maar dat geldt ook voor de éénsecondewaarde, ook dat is slechts een momentopname.

K: Ik vind de piekstroom onvoldoende. Met name bij ernstige emfyseem-patiënten lukt het blazen van een piekstroom slecht.

P: Die moet je gewoon behandelen.

E: Een éénsecondewaarde is betrouwbaarder dan de piekstroom, dat staat buiten kijf.
Op dit moment is de introductie van meting van de éénsecondewaarde in de huisartspraktijk niet haalbaar, laten we beginnen met de piekstroom, dan verbetert er al heel wat.

K: Als je de haalbaarheid erbij betrekt, komen we dicht bij elkaat. Maar je moet wel vermelden dat de éénsecondewaarde op zich een zekere prioriteit heeft.

P: Om de gemiddelde huisarts, waar ik mezelf toe reken, te motiveren deze dingen te doen, moet je duidelijk maken wat de patiënt daar beter van kan worden.

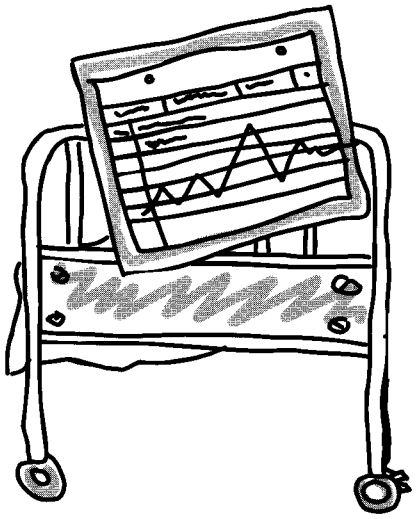
K: Ik hoop dat we dat over tien of twintig jaar kunnen waarmaken.

De haalbaarheidsargumenten wogen hier zwaar en deden de werkgroep kiezen voor de piekstroommeting. Bepaling van de éénsecondewaarde en de vitale capaciteit, waartoe in de praktijk verwijzing naar de longarts noodzakelijk is, wordt alleen aanbevolen in speciale gevallen.

Bloedonderzoek bij vage klachten

Vage klachten zijn klachten waarbij de huisarts na adequate anamnese en lichamelijk onderzoek geen duidelijk idee heeft waardoor ze worden veroorzaakt.. De term 'vaag' slaat dus niet op de omschrijving van de patiënt, maar betreft een label van de dokter. Meestal zijn het klachten als moeheid of duizeligheid. Het is bekend dat huisartsen bij vage klachten veelvuldig bloedonderzoek verrichten.

Bij de vervaardiging van de NHG-Standaard 'Bloedonderzoek" is overwogen te stellen, dat bloedonderzoek bij vage klachten geheel en al achterwege moet worden gelaten omdat ze uiterst zelden worden veroorzaakt door somatische pa-



thologie. Hoewel een dergelijke aanbeveling zeker toepasbaar is, werd ze door de werkgroep als onhaalbaar beschouwd: de maatregel veronderstelt een aanmerkelijk gedragsverandering bij de huisartsen en zal op weerstand stuiten bij de patiënten.

Uit haalbaarheidsoverweging koos de werkgroep voor een wachttijd van één maand alvorens bij vage klachten beperkt bloedonderzoek te verrichten, mede omdat veel vage klachten in deze periode spontaan overgaan. Ondanks het feit dat uitvoerig aandacht geschonken werd aan de motivering, bleek uit commentaren dat veel huisartsen één maand uitstel al veel gevraagd vinden, zodat het effect van de aanbeveling voorlopig moeten worden afgewacht..

TOT SLOT

Haalbaarheidsoverwegingen spelen bij de opstelling van iedere NHG-standaard dus een prominente rol. Daarbij wordt in de eerste plaats gelet op de vraag of de aanbevelingen van een standaard een bewezen effect hebben, met andere woorden of de therapie ook echt helpt.. Daarnaast bekijkt het NHG of de standaard uitvoerbaar ('werkbaar') is door de gemiddelde huisarts. Aanbevelingen waarvan de uitvoering teveel afwijkt van hetgeen vooraf gebruikelijk is (post-coïtumtest) of aanbevelingen die slechts kunnen worden uitgevoerd bij de gratie van de ontwikkeling van speciale expertise, moeten belangrijke winst opleveren - in termen van gezondheid of gemak voor de patiënt - willen ze in een standaard opgenomen kunnen worden.

Tevens moet bij de ontwikkeling van NHG-Standaarden rekening gehouden worden met al dan niet terechte verwachtingen van de patiënt, vooral ten aanzien van nader onderzoek en verwijzing naar de specialist.. Als een standaard veel afwijkt van verwachtingen, moeten huisartsen (te) veel energie steken in het overtuigen van de patiënt..

Ook moeten standaarden kunnen rekenen op een werkbare relatie met de specialist.. Een standaard die al dan niet expliciet stelt dat specialistische opvattingen en gebruiken belangrijke bijstelling behoeven, kan rekenen op de nodige kritiek en tegenwerking. Soms is het noodzakelijk water bij de huisartsgeneeskundige wijn te doen om de werkbaarheid van de standaard naar de tweede lijn te bevorderen.

En een standaard mag niet te veel kosten, zowel in termen van geld als tijd. NHG-Standaarden die de aanschaf van dure apparatuur aanbevelen zonder dat daar een vergoeding tegenover staat, zullen door financiële beslommeringen niet worden uitgevoerd. NHG-Standaarden die een flinke aanslag plegen op de tijd die de huisarts beschikbaar heeft, bijvoorbeeld door het aanbevelen van periodieke controles, zullen om organisatorische redenen onhaalbaar blijken.

Frans Meulenberg en Tjerk Wiersma zijn respectievelijk coördinator en huisarts-staflid van de afdeling Standaardenontwikkeling van het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG).

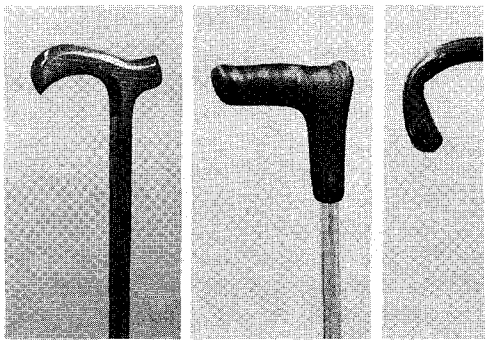
Literatuur

I. Rutten G.E.H.M., Thomas S. 'NHG-standaarden voor de huisarts'; Bunge Utrecht 1993.
2. Thomas S. 'Standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap' in Ned. Tijdschr. Geneesk. 1993 (137).
3. Eddy D.M. 'A manual for assessing health practices & designing practice guidelines'; Philadelphia 1992.
4. Field M.J., Lohr K. 'Guidelines for clinical practice, from development to use'; Institute of Medicine, National Academy Press, WashingtonDC 1992.
5. Voorn Th., Wempe P.A., Dubelaar J.M., Flikweert S., Moors J.P.e., Ponsioen E.p., Van der Waals EW, Van de Mannen J., Helder M., Van der Laan J.R., 'NHG-standaardsubfertiliteit'; . Huisarts Wet 1992 (35).
6. Bottema B.J.A.M., Fabels S.r, Van Grunsven P.M., Van Hensbergen W, Muris J.WM., Van Schayck C.r, Schreuder E, Starrnans R., Rosmalen e.EH. 'NHG-standaard Cara bij volwassenen:diagnostiek'; Huisarts Wet 1992 (35).
7. Dinant O.r, Van Wijk M.A.M., Janssens H.J.E.M., Somford R.G., De Jager C.r, Beusmans G.H.M.I., Dijkstra R.H., Wiersma Tj. 'NHG StandaardBloedonderzoek' ; Huisarts Wet 1994 (37).

HULPMIDDELEN IN EUROPA

Laurie M.e. Faro

"Het feit dat tot op heden geneesmiddelen wel door de overheid aan een nauwkeurige controle worden onderworpen, voordat ze in de medische praktijk mogen worden gebruikt, terwijl deze procedure voor medische hulpmiddelen niet wordt gevolgd, is slechts weinigen bekend."
Farobracht dit in 1990 naar voren en het wekte verwondering. Vijfjaar eerder overleden er Nederlanders omdat hun kunsthartklep kapot ging - ook toe verwondering. Geneesmiddelen worden in Nederland door de overheid, via het toelatingsbeleid op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening streng gecontroleerd. Hulpmiddelen ontberen die controle.
Na het Softenon-drama in de jaren zestig werden de regels strenger. De *problemen rond de Bjork-Shiley hartkleppen hebben echter niet tot verscherpt overheids optreden geleid. Wel vestigde de affaire de aandacht op wettelijke kwaliteitsregelingen voor medische hulpmiddelen.*
In de Wet op de medische hulpmiddelen uit 1970 is de definitie veelomvattend. Het komt er op neer, dat alles wat rond een patiënt wordt gebruikt en niet een geneesmiddel is, een medisch hulpmiddel is. Het operatiemes van een chirurg dan wel een pleister, koortsthermometer,, CT-scanner of *heupprothese.*



Medische hulpmiddelen zijn divers en het risico bij gebruik verschilt dan ook: een kapotte hartklep is veelal gevaarlijker dan een kapot verbandgaasje. Toch moet de kwaliteit van alle produkten hoog zijn, omdat ze invloed hebben op leven en welzijn.
Gezien de risico's zou je van de Nederlandse overheid een voortvarend wettelijk kwaliteitsbeheer verwachten. Dat is er echter niet. De Wet op de medische hulpmiddelen kende, tot voor kort, slechts vier uitvoeringsbesluiten. Drie betroffen de steriliteit van hulpmiddelen en één reglementeert de kwaliteit van rubbercondooms. Het recente Besluit 'Actieve Implantaten' (1993) volgt een Europese richtlijn.
Veel medische hulpmiddelen zijn dus niet door de overheid op kwaliteit en effectiviteit beoordeeld. In landen om ons heen en vooral ook in de Verenigde Staten (de Food and Drug Administration, de FDA, onder meer bekend van de problematiek rond de silicone borstprothesen), is er wel overheidsbemoeienis in de vorm van wettelijke regelingen.
Nu er, in het kader van de Europese Unie, EG-richtlijnen gaan gelden, zal het één en ander veranderen.

INVLOED EG

Ook voor de medische hulpmiddelen dienen de handelsbelemmeringen tussen de Lid-Staten van de Europese Unie, voornamelijk bestaande uit verschillende marktoelatingseisen, weggenomen te worden. Het harmonisatie-beleid dienaangaande betreft de opstelling van richtlijnen die nationaal overgenomen moeten worden.
Op 14 juni 1993 werd te Brussel de tweede richtlijn op het gebied van de medische hulpmiddelen, Richtlijn 93/42 vastgesteld. Het betreft hier een maatregel voor *medische hulpmiddelen* (niet zijnde actieve implantaten of in vitro diagnostica). Eén van de consequenties van invoering in de Nederlandse wetgeving is, dat elk medisch hulpmiddel vanaf 1998 voorzien moet zijn van een CE-merk (Conformité Européenne). Dit CE-merk verkrijgt de fabrikant als hij aangetoond heeft dat zijn hulpmiddel in overeenstemming is met de zogeheten "Essentiële Eisen" uit de richtlijn. Het Ontwerp-Besluit Medische Hulpmiddelen is op 17 december 1993 in de Staatscourant gepubliceerd.
De derde richtlijn voor medische hulpmiddelen heeft betrekking op de In Vitro Diagnostica en is momenteel in voorbereiding.
Pas na 1998 zal er dus een einde gekomen zijn aan de situatie, dat in Nederland elk medisch hulpmiddel praktisch zonder enige vorm van overheidscontrole vrij op de markt te brengen is.

DOEL EN EFFECT

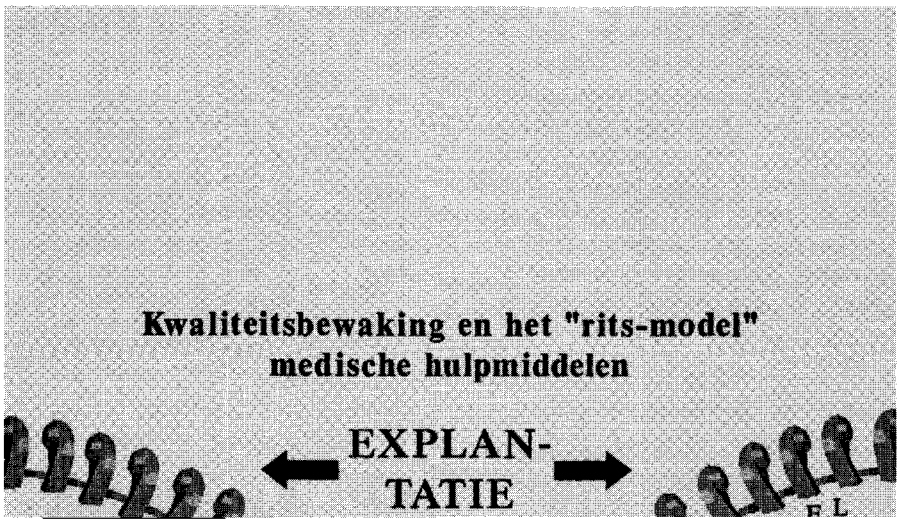
Om het effect van doorvoering van deze Europese regelgeving te kunnen analyseren, zetten we de verschillende doelstellingen van de regelingen tegen elkaar af.
De Nederlandse Wet op de medische hulpmiddelen heeft als doelstelling: *"de mogelijkheid te openen van regelend optreden, enerzijds teneinde een goede kwaliteit van medische hulpmiddelen te waarborgen, anderzijds ter voorkoming van ondeskundig gebruik."*
Aan de Europese richtlijnen ligt in de eerste plaats de economische doelstelling van

vrij handelsverkeer ten grondslag. Pas in de tweede plaats wordt aangegeven dat deze produkten een hoog beschermingsniveau moeten bieden. In het Ontwerp-Besluit Medische Hulpmiddelen staat: *"De hulpmiddelen moeten zodanig zijn ontworpen en vervaardigd dat het gebruik ervan geen gevaar oplevert voor de klinische toestand of de veiligheid van de patiënten, noch voor de veiligheid en de gezondheid van gebruikers of, in voorkomend geval, van andere personen, wanneer ze worden gebruikt op de voorgeschreven wijze en voor de doeleinden die ervoor zijn vastgesteld, met dien verstande dat eventuele risico's die aan het gebruik ervan kunnen zijn verbonden aanvaardbare risico's vormen ten opzichte van het nut van het hulpmiddel voor de patiënt en verenigbaar zijn met een hoog niveau van bescherming van de gezondheid en de veiligheid."*
Hulpmiddelen moeten dus doen wat de fabrikant belooft en de patiënt mag geen al te grote risico's lopen. Dat zou betekenen dat bijvoorbeeld een koortsthermometer die niet werkt, wel een CE-merk kan krijgen, zolang de fabrikant maar niet beweert dat hij werkt!

Het CE-merk iets zegt over de veiligheid van de produkten, maar veel minder over de kwaliteit. Ondanks dat kwaliteit, zoals bekend, moeilijk te definiëren valt, omvat het toch meer dan slechts een veiligheidsdimensie. Ook werkzaamheid en doeltreffendheid, het therapeutisch effect van het hulpmiddel, zouden onderdeel uit moeten maken van een kwaliteitstoetsing.

KWALITEITSHEUPEN

Wat is 'goede kwaliteit' in de zin van de Wet op de medische hulpmiddelen? Als illustratief voorbeeld nemen we het heupimplantaat. Heupimplantaten vervangen een versleten heupgewricht; ze dienen, vanzelfsprekend, aan hoge veiligheids- en kwaliteitseisen te voldoen.
De kwaliteit van het implantaat wordt gemeten aan de overlevingsduur in het lichaam van de patiënt. Deze levensduur is beperkt: bij 90% van alle patiënten gaat na gemiddeld tien jaar (de 'golden standard') het implantaat los zitten. Dat veroorzaakt pijn en uiteindelijk zal het implantaat vervangen moeten worden. De loslating wordt beïnvloed door diverse factoren als het ontwerp van het implantaat, de gebruikte materialen, de chirurgische techniek en de leeftijd en gezondheidstoestand van de patiënt. Om te weten te komen of een nieuw heupimplantaat tenminste voldoet aan de gouden standaard, of wellicht zelfs beter is, zullen dus trials uitgevoerd moeten worden van tenminste tien jaar.



Figuur 1.

De nieuwe regelgeving vereist minder langdurig onderzoek, zodat een nieuw model sneller op de markt gebracht kan worden. En het onderzoek naar de kwaliteit van een nieuwe heup is breder; het betreft de gehele heupvervangings-procedure.

VIER P'S

De "kwaliteit van een implantaat" is de synthese van drie factoren: het *implantaat* zelf, de deskundigheid van de *chirurg* en de conditie van de *patiënt.* Kwaliteitsbewaking en -bevordering zal zich dan ook op deze drie factoren dienen te richten. Dit gaat, overigens, in grote lijnen gelden voor alle medische hulpmiddelen.
Schematisch kunnen we kwaliteitsbewaking voor implantaten weergeven in het zogenaamde "rits-model" (fig. 1), waarbij het dichttrekken van de rits de implantatie symboliseert.
De vier P's (patiënt, produkt, professie en politiek) hebben elk hun eigen taak in de kwaliteitsbewaking en bevordering.

De *producent* heeft de taak te zorgen dat het implantaat aan alle specificaties voldoet en (na 1998) dat het CE-merk verkregen wordt. De lichamelijke en geestelijke conditie van de *patiënt* zullen eveneens van invloed zijn op het slagen van de operatie. Uiteraard dient de patiënt tevens voldoende voorgelicht te zijn omtrent consequenties en risico's van implantatie en zullen er instructies moeten worden gegeven hoe verantwoord te leven met een lichaam waarin een prothese is geïmplanteerd. De *professie* heeft de taak op deskundige wijze een goede prothese te implanteren. Het ziekenhuis zal uitsluitend kwalitatief goede implantaten mogen aanschaffen. De *politiek* dient er voor te zorgen dat er van overheidswege een goed kwaliteitsbeleid op dit terrein wordt gevoerd.

GEBRUIKSAANWIJZING

Kijken we naar de inhoud van de richtlijnen, dan zien we dat het accent gelegd is op het veilig functioneren van het produkt, gehanteerd volgens de gebruiksaanwijzingen van de producent. De fabrikant verkrijgt een CE-merk, en dus de markttoelating, als hij heeft aangetoond dat zijn produkt voldoet aan de essentiële produkt-eisen. De verplicht gebruiksaanwijzing garandeert echter nog geen goed gebruik. Daarom is er een set regels in de richtlijn opgenomen voor het *gebruik* van het medisch hulpmiddel, gericht op de toepassers, bijvoorbeeld artsen.

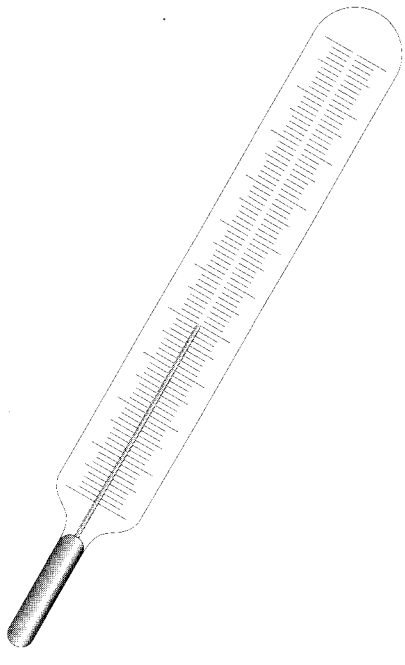
Is het Europese streven er op gericht vooral veilige hulpmiddelen op de markt te brengen, de Nederlandse wetgever wil de kwaliteit waarborgen. De discrepantie wordt veroorzaakt door de primaire doelstelling van de Europese regelingen: het wegnemen van handelsbelemmeringen.
Een interessant detail is dan ook, dat de eerste concepten voor de Europese regelingen werden opgesteld door de producenten van medische hulpmiddelen. De regelingen vallen in Brussel onder de verantwoordelijkheid van het Directoraat-Generaal voor de handel. Het accent ligt dus op alle fronten op economische principes.
Het gevolg van de doorvoering van de Europese regelgeving zal zijn, dat produkten met het CE-merk, hier te lande of in een andere Lid-Staat bij een Notified Body verkregen, vrij tot de markt moeten worden toegelaten. Veilige produkten zullen dat zijn, maar niet met gegarandeerde kwaliteit.
Een deel van de doelstelling van de Wet op de medische hulpmiddelen, specifiek gericht op het gebruik, zal dus niet verwezenlijkt worden
Misschien moet de wet dan maar niet het gebruik regelen en is het verantwoord toepassen van medische hulpmiddelen een aparte plaats waard in de discussie over de kwaliteit van de zorg.
Implantaten, bijvoorbeeld, zouden langdurig gemonitored kunnen worden na implantatie om gegevens te verzamelen omtrent de kwaliteit. Zulke "postmarketing surveillance" kan gedefinieerd worden als *de systematische rapportage en evaluatie van voorvallen met medische hulpmiddelen, die letsel toebrengen aan de patiënt.*
Het kan de risico's blootleggen die niet ontdekt zijn bij het klinisch onderzoek voorafgaand aan de marktintroductie. In het "rits-model" is dit de fellow-up fase: registratie en evaluatie van ervaringen met het produkt.
Het gaat hier dus om melding van direct geconstateerde incidenten als bijvoorbeeld breuk in een kunst-hartklep en systematische registratie van klinische ervaringen, om schadelijke effecten-op-termijn van het hulpmiddel te identificeren (bijvoorbeeld vaststellen van het effect van siliconen op het menselijk lichaam).
In de nieuwe regelingen wordt helaas geen aandacht geschonken aan dit soort systemen. De beroepsbeoefenaren zien er zelf wel het van belang in. Zo is er al jaren een pacemakerregistratie, en worden gebruikservaringen met hartkleppen en orthopedische implantaten bijgehouden. Een registratie van borstprothesen is in een vergevorderd stadium van voorbereiding. Op dit moment wordt ook gewerkt aan een dwarsverband tussen deze systemen teneinde gezamenlijke belangen, zoals bijvoorbeeld financiering, te kunnen behartigen.

CONCLUSIE

In de Europese regelgeving, en dus binnenkort ook in de Nederlandse wet, ligt het accent op de veiligheidstoetsing van het medische hulpmiddel.. Toetsing op werkzaamheid of doeltreffendheid vindt niet plaats.
Door middel van het 'rits-model' is aangetoond, dat bij de uitwerking van de Wet op de medische hulpmiddelen een breed kwaliteitsbegrip gehanteerd dient te worden waarbij patiënt, produkt, professie en politiek zijn betrokken. Het is onvoldoende de toetsing te beperken tot enkel veiligheidseisen.
De nieuwe regelingen leggen de nadruk op het normeren van de kwaliteit van het produkt zelf. Maar het gaat om meer dan de staat waarin het ding verkeert. Toepassing, gebruik door de patiënt en begeleiding daarvan bepalen evenzeer de kwaliteit van medische hulpmiddelen.

Laurie Faro is hoofd juridische zaken bij Ortomed B.V. te Zwijndrecht.

Literatuur
1. Faro Laurie M.e.. 'De kwaliteit van implantaten in juridisch perspectief; Vuga/De Tijdstroom Den Haag 1990.
2. Kallewaard M., De Mol B.A.J.M., McLellan R.B., Van Herwerden L.A., Defauw J.J., en Van der Graaf Y. 'Breuken in de uitstroombeugel van geëxplanteerde hartklepprothesen van Bjork-Shiley'; Ned Tijdschr Geneesk 1994 (138).
3. Faro L., Efting Dijkstra J.D., Jonker M.J. 'Medische beroepsgroepen ontwikkelen systemen voor post marketing surveillance'; Signet 1993-4: 22-24.



DE DOELTREFFENDHEID VAN DE ZORGVERZEKERAARS

Joost Visser

Vóór de stelselherziening was het regionale ziekenfonds niet veel meer *dan een kas met geld: iedereen die minder verdiende dan de ziekenfondsgrens was vanzelf klant, en de contracteerplicht maakte van iedere hulpverlener een 'medewerker'. Het fonds kreeg zijn geld uit de algemene kas, zonder zelf risico* te *lopen. Veel belangstelling voor de kwaliteit van de geleverde zorg had het dan ook niet, en pogingen* om *de kosten* te *beheersen waren weinig succesvol. Maar de tijden zijn veranderd.*

Vaag herinner ik me nog het bijkantoortje van het ziekenfonds, jaren zeventig: een kale ruimte met houten banken, de rol met volgnummers, achter het loket de klassieke nors zwijgende ambtenaar. Ik kwam premie betalen voor de aanvullende verzekering, al had ik geen idee wat ik daar eigenlijk voor kreeg.
Kom daar nu eens om! Niet alleen laat het fonds - pardon: de zorgverzekeraar - mij kiezen uit drie verschillende aanvullende pakketten, het stelt me ook per brief persoonlijk op de hoogte van veranderingen van naam en huisstijl: "Wij zelf vinden die erg mooi!". De ziekenfondsen hebben de verzekerdenmarkt ontdekt, heet dat in het jargon. En ook op de zorgmarkt - het slagveld van zorginkoop en zorgverkoop - zijn de verhoudingen sinds Simons drastisch veranderd: het nieuwe fonds wil weten wat het zijn verzekerden eigenlijk voorzet.
Hoewel de stelselherziening ergens halverwege is blijven steken, is de contracteerplicht inmiddels afgeschaft, mogen de zorgverzekeraars landelijk opereren en zijn zij voor een aantal verstrekkingen gebudgetteerd. Verzekerden betalen naast een percentuele ook een nominale premie, waarvan de hoogte per verzekeraar verschilt.

CONCURRENTEN?

In de praktijk is van de beoogde concurrentie - zowel van zorgaanbieders (om de gunst van de verzekeraars) als van verzekeraars (om de gunst van de verzekerden) - nog niet veel terecht gekomen. Eén reden daarvoor is dat de verzekeraars, ziekenfondsen en particuliere maatschappijen, de handen ineen hebben geslagen: na een nauwelijks bij te houden stortvloed aan fusies wordt de markt stevig gedomineerd door een zestal grote groepen zorgverzekeraars, met ieder meer dan één miljoen verzekerden. Een andere reden is dat de verzekeraars weinig invloed hebben op de hoogte van de nominale premie, doordat de meeste verstrekkingen - door het achterwege blijven van de functionele omschrijvingen - nog steeds vastliggen. Toen verzekerden begin dit jaar voorlopig voor het laatst van verzekeraar mochten veranderen, maakte naar schatting minder dan één procent dan ook van dat recht gebruik.

Globaal zijn er twee groepen zorgverzekeraars te onderscheiden: schadeverzekeraars, die primair gericht zijn op het behalen van winst, en sociale verzekeraars, voor wie gezondheidszorg vooral een publieke zaak is. Zullen de eersten vooral proberen hun positie te versterken door met aantrekkelijke premies 'goede risico's' binnen te lokken (zoals jongeren, werkenden en hoogopgeleiden), de laatsten zullen hun heil eerder zoeken in de combinatie van zo goed mogelijke zorg tegen zo laag mogelijke kosten. Maar door het wegvallen van de oude zekerheden moeten ook zij zich op de verzekerdenmarkt zien sterk te maken. Van goede bedoelingen alléén valt immers niet te leven.
De aanvullende verzekering is hèt terrein waarop de maatschappijen zich van elkaar kunnen onderscheiden. Neem bijvoorbeeld de drie aanvullende verzekeringen van een willekeurige zorgverzekeraar. De 'classic' verzekering biedt verstrekkingen als kraamzorg, brillen, hoortoestellen en plaswekkers, (stotter)therapieën, ziekenvervoer, een cursus stoppen-met-roken, het lidmaatschap van de Diabetes Vereniging en kosten van ziekenbezoek. De uitgebreide 'trend' verzekering geeft daarnaast ook nog tandheelkundige hulp, alternatieve geneeswijzen, homeopathische geneesmiddelen en hulp in het buitenland. Een 'all-in' verzekerde ziet voor een dikke vier gulden per maand ook de eigen bijdrage voor gezinsverzorging vergoed, podotherapie, kuurreizen en opname in een herstellingsoord.
Een bont geheel aan voorzieningen, al gaat verreweg het grootste deel op aan tandheelkundige hulp en alternatieve geneeswijzen. Ook volgens de commissie-Dunning horen die voorzieningen niet in de basisvoorziening thuis: de eerste niet omdat mensen die ook wel zelf zouden kunnen betalen, de tweede niet omdat noodzakelijkheid, werkzaamheid noch doelmatigheid voldoende zouden zijn aangetoond.

KRONEN EN PRET

Tandheelkunde en alternatieve geneeswijzen geven aan waar de aanvullende verzekering van de zorgverzekeraars voor staat. Deels gaat het om effectieve zaken die niet standaard worden vergoed, maar waarvan de werkzaamheid niet ter discussie staat: met een kroon is het prettiger leven dan zonder kies. En deels gaat het om een 'pretpakket' van voorzieningen waarvan de werkzaamheid niet onomstotelijk is aangetoond (de onwerkzaamheid trouwens ook niet), maar waarvan uit marktonderzoek is gebleken dat verzekerden er prijs op stellen.
Toen vorig jaar werd besloten de homeopathische en antroposofische middelen uit de AWBZ te schrappen, kreeg dat besluit vanuit de kringen der verzekeraars veel bijval. Desondanks stortten de verzekeringsmaatschappijen zich gretig op het ontstane gat in de markt: alternatieve geneeswijzen verkopen goed en doen nauwelijks kwaad. Dat alternatief behandelde patiënten misschien minder gebruik gaan maken van reguliere zorg (zeker is ook dat niet), maakt het vergoeden van alternatieven nog interessanter, of de werkzaamheid ervan nu wel of niet wetenschappelijk is aangetoond. Duur is de alternatieve zorg ook al niet, althans niet voor de verzekeraar. Een gemiddeld ziekenfonds is er per jaar 5 miljoen gulden aan kwijt, op een budget van 2 miljard: een kwart promille.

ZWEMMEN EN KUREN

Met een al even schuin oog naar de markt geeft een aantal zorgverzekeraars aanvullend verzekerde Bechterew-patiënten de gelegenheid regelmatig in een verwarmd zwembad te zwemmen. De gedachte daarachter is dat fysiotherapie voor deze

a!;";~"Oil:!!Hllllli

patiënten niet, maar het lotgenotencontact wel zinvol is. Daalt de consumptie van fysiotherapie bij deze patiënten, dan blijft het 'zwemmen' ongetwijfeld in het pakket; in het andere geval waarschijnlijk óók, want 'zwemmen' is een verstrekking die goed wordt verkocht en weinig kost. Eén van deze maatschappijen vergoedde in de afgelopen jaren kuurreizen van reumapatiënten naar Boedapest.. Het rapport van een begeleidende reumatoloog was niet onverdeeld gunstig: de mensen voelden zich beter, maar hij had niet de indruk dat het bezoek veel toegevoegde waarde had. Vanwege de hoge kosten werd die verstrekking vervolgens wèl geschrapt..

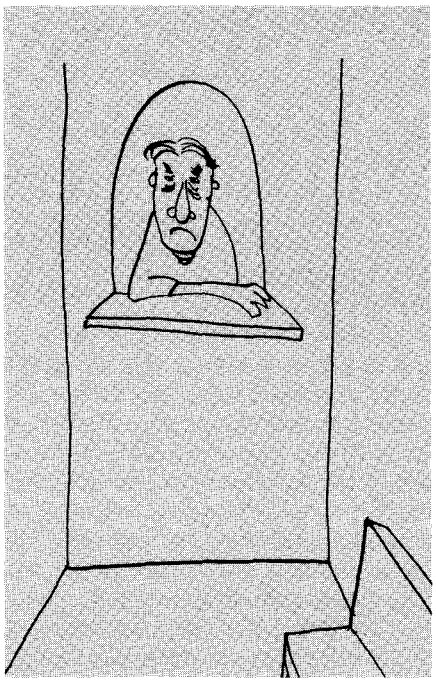
In tegenstelling tot zijn functie bij de aanvullende verzekering, speelt de consument geen rol van betekenis bij de verstrekkingen op grond van de ziekenfondswet en de awbz: daar heeft de verzekerde gewoon wettelijk recht op. Méér dan bij de aanvullende verzekeringen zal de verzekeraar daarom willen weten wat die verstrekkingen eigenlijk 'waard' zijn.

Het programma ontwikkelingsgeneeskunde van de Ziekenfondsraad moet nieuwe medische handelswijzen toetsen vóórdat ze aan het pakket worden toegevoegd, wat voor medicijnen allang gebruikelijk is. Ook bestaande voorzieningen zullen kritischer dan vroeger worden getoetst..

Op verzoek van de staatssecretaris kwam de Ziekenfondsraad eind vorig jaar met een lijst van voorzieningen die voor onderzoek in aanmerking komen. Bovenaan staat de ultrageluidbehandeling door fysiotherapeuten, gevolgd door 125 uiteenlopende onderwerpen als de behandeling en zorg voor niet-opgenomen acuut psychiatrische patiënten, specialistische controle van chronische patiënten en diagnostiek bij het vermoeden van een hernia. Wat er precies met het rapport gaat gebeuren is nog onzeker. "Er wordt over gesproken", zegt een woordvoerder van de Ziekenfondsraad voorzichtig. Dat er flink in het basispakket zal worden geschrapt is niet waarschijnlijk. Aanbieders van zorg èn verzekerden hebben tenslotte ook zo hun wensen en verlangens.

Ziektekostenverzekeraars hebben de wettelijk vastgestelde verstrekkingen maar aan te bieden, ook als er twijfel bestaat aan de werkzaamheid. Alleen op de doelmatigheid van de verstrekking hebben zij enige invloed. In de eerste plaats kunnen zij met de zorgaanbieders afspraken maken over de indicatiestelling. Plastische chirurgie, bijvoorbeeld, 'werkt' maar wordt alleen vergoed bij een medische noodzaak. Die afspraak is wettelijk vastgelegd. Wie van een hazelip af wil, kan zonder meer bij het ziekenfonds terecht.. Borstverkleining mag óók, althans als het gaat om cup D of groter. Maar wie uit esthetische overwegingen de vetcellen in de onderkin wil laten wegzuigen, zal dat zelf moeten betalen. Vergelijkbaar zijn de afspraken over het voorschrijven van anticholesterolmiddelen. Die worden pas vergoed als bij de patiënt drie maal achtereen een afwijkende cholesterolwaarde werd gevonden. Véél voorschrijvende artsen moeten dat in principe kunnen verantwoorden, al zal de ene verzekeraar daar harder aan trekken dan de andere.

Minder goed gelukt is het indammen van de zwangerschapsechografie. Ook zonder medische indicatie willen veel ouders dolgraag een echo van de komende zuigeling. Het maken van twee echo's bij iedere zwangerschap is dan ook gemeengoed geworden, lang voordat verzekeraars en zorgaanbieders daarover onderling afspraken hadden kunnen maken. De opkomst



" ziekenfonds, jaren zeventig ..."
Tekening Nene Stam.

van winkeltjes met complete video's laat overigens zien dat de markt op dat terrein nog allerminst verzadigd is.

Een tweede manier waarop verzekeraars enige invloed kunnen uitoefenen is door produktiecijfers te bekijken, en daarnaar te handelen. Het feit dat één enkele anesthesist net zoveel facetdenervaties (een vorm van pijnbestrijding) uitvoerde als alle collega's in de wijde omtrek bij elkaar, was voor een regionale zorgverzekeraar in het zuiden aanleiding om samen met het ziekenhuis een meta-analyse te laten uitvoeren door de Rijksuniversiteit Limburg. Resultaat:. de werkzaamheid van de behandeling werd, zacht uitgedrukt, in twijfel getrokken. Dat was voor de verzekeraar aanleiding de produktieafspraken met het ziekenhuis te herzien, waardoor de behandeling weliswaar niet geschrapt werd (dat is wettelijk immers onmogelijk), maar wel minder vaak kon worden gedeclareerd.

COLLEGIAAL

Mèt het verdwijnen van de contracteerplicht hebben verzekeraars ook meer invloed gekregen op het doen en laten van individuele hulpverleners. Een fysiotherapeut of huisarts moet het wel erg bont maken om zijn contract met de verzekeraar te verliezen. Gebruikelijk is dat een verzekeraar huisartsen regelmatig overzichten levert van hun produktiecijfers, zoals aantallen verwijzingen en hoeveelheden voorgeschreven medicatie. Een probaat middel, zeker als dergelijke cijfers een rol spelen in de onderlinge toetsing van groepen huisartsen. Zorgverzekeraars in de zuidelijke provincies hebben afspraken gemaakt met de regionale huisartsenorganisaties over de voorwaarden waaraan huisartsen - àlle huisartsen - moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een contract:. zij moeten zijn aangesloten bij een huisartsengroep en meedoen aan deskundigheidsbevordering en overleg met apothekers, zaken die ook door de huisartsenorganisaties zelf worden gepropageerd. Zorgverzekeraars laten zich in hun oordeel over het reilen en zeilen van individuele beroepsbeoefenaren leiden door 'hetgeen onder beroepsgenoten gebruikelijk is'. Dat verzekeraars blij zijn met standaarden en protocollen - zoals die vooral in de huisartsenwereld worden opgesteld - is daarom duidelijk. Dat sommige huisartsen die ontwikkeling juist met enige bezorgdheid gadeslaan, eveneens.

Al met al neemt 'werkzaamheid' in het beleid van de zorgverzekeraars geen belangrijke plaats in. Commerciële overwegingen enerzijds, wettelijke voorschriften anderzijds maken hun speelruimte klein. Anders dan in de Verenigde Staten zijn Nederlandse zorgverzekeraars ook niet gewend effectstudies uit te voeren naar de door henzelf geleverde verstrekkingen.

Over de doeltreffendheid van zorg heeft de verzekeraar meer te zeggen. Vooral sociale verzekeraars, die verder kijken dan hun eigen financiële neus lang is, en van wie de meesten hun werkzaamheden beperken tot één regio (waarbinnen zij goede contacten kunnen aangaan met de zorgaanbieders), zijn daarin geïnteresseerd. Als de zorgverzekeraars straks volledig zijn gebudgetteerd, krijgen verzekeraars daarbij ook een financieel belang. Voor de verzekerden is dat zo slecht nog niet..

Joost Visser is lid van de redactie van TGP.

DAT, EN MEER... NA DE REKLAME

Marc Berg

Het is een kenmerk van commerciële televisie dat de Complete Bevrediging er bijna aankomt - nog even reclame, nog even geduld, nog even doorbijten. Dan, voor de climax, voor de gewelddadige ontknoping van Missing in Action VII, wordt het volgende hoogtepunt alweer aangekondigd. Valt dan het vuurwerk van de Hoofdfilm Held wat tegen - en dat is bijna per definitie zo - dan is er al weer een volgende reden om aan de buis gekluisterd te blijven. De ultieme climax is altijd 'straks'.

Op veel punten werkt het in ons gezondheidszorgsysteem net zo. Beenmergtransplantaties resulteren in veel leed en weinig concreet resultaat - maar nog even geduld, en dan zal al dit geëxperimenteer nuttig blijken te zijn geweest. Open hart operaties zijn wellicht nu nog weinig écht effectief - maar het succes ligt heel dichtbij. En als we dan wat verder zijn, dan blijken beenmerg- en open hart transplantaties ineens al een 'fait accompli'. Dan zijn verwachtigingen gewekt, is in infrastructuur geïnvesteerd, en kunnen we eigenlijk niet meer terug. Ook al lijken de resultaten niet zo rooskleurig als was gehoopt. Het hoogtepunt viel eigenlijk wat tegen, maar we zitten nog steeds te kijken, wachtend op de pot Goud aan het einde van de Regenboog. De 'magie bullet' is steeds 'bijna' in zicht.

Ook met betrekking tot de rationalisering van medische praktijken is dit zelfde fenomeen zichtbaar. In mijn onderzoek naar technieken die het medische handelen 'rationeler' dienen te maken, die de praktijkvariaties moeten uitbannen, of de beperkte cognitieve functies van de arts wat moeten opvijzelen, is de *echt* werkzame techniek ook steeds elders.

Dat 'elders' kan in de toekomst zijn. Expert systemen, bijvoorbeeld, worden nog maar weinig ingezet in medische praktijken - maar 'dat is een kwestie van tijd'. Voor klinische besliskunde geldt hetzelfde: ook hier is er slechts 'meer onderwijs' nodig om de techniek echt tot alle praktizerende artsen te laten doordringen. Het probleem is, echter, dat precies dezelfde argumentatie twintig jaar geleden ook al gegeven werd. Ook toen was het slechts een 'kwestie van tijd' voordat deze beslissingsondersteunende technieken op grootschalige wijze gebruikt zouden gaan worden. Ten dele speelt hier wat Friedman en Cornford 'the problem of tenses' genoemd hebben: de belofte dat 'elders' echt heel dichtbij is wordt mede in stand gehouden door de neiging om bij 'ontwikkeling' al over 'implementatie' te spreken, en bij 'implementatie' al over 'grootschalig gebruik' (1989). Het succes lijkt dan inderdaad heel dichtbij - maar de pot bij het einde van de Regenboog is dan wel een grote deceptie.

'Elders' is dan ook vaak een geografische verplaatsing. Makers van expertsystemen, of toepassers van klinische besliskunde, zeggen vaak wat verontschuldigend dat bij hen artsen inderdaad niet of nauwelijks van de techniek gebruik maken. Expert-systeembouwers wijzen en masse naar De Dombal, die al ruim twintig jaar 'groot succes' zou hebben met zijn acute buikpijn-systeem in de Eerste Hulp in Leeds, Engeland. En besliskundigen wijzen naar Boston, waar Stephen Pauker als 'enige ter wereld' klinische besliskunde echt toepast. Maar De Dombal beschikt slechts over enkele verouderde PC's, stoffig, zelden gebruikt, in de kelder of, uitgeschakeld, in een hoekje op de EHBO. 'For all these twenty years that we've been here, medical staff has never really taken us seriously' verzuchtte zijn assistente. En Pauker beschikt over een team waarvan velen stelden dat ze eigenlijk helemaal niet in de uitgangspunten van klinische besliskunde geloofden. Het meten van zogenaamde 'utiliteiten' bij patiënten, bijvoorbeeld, een cruciaal onderdeel van deze techniek, gebeurde eigenlijk nooit. 'One day you measure this, and the next day that. And if you like a patient, her utilities rise'. En je kreeg toch eigenlijk altijd als uitslag dat de intuïties van de arts klopten. En als dat er niet uitkwam, dan lag dat meestal aan jouw berekening ...

Als de fata morgana die in de verte leek te blinken dan zo'n deceptie brengt, dan kan 'elders' tenslotte ook nog in een andere techniek te vinden zijn. Expert-systeem bouwers verwijzen soms naar klinische besliskunde als een 'echt' rationele en succesvolle techniek - maar klinisch besliskundigen hopen even hard op de redding van hun techniek door expert-systeem toepassingen. En dan is de cirkel rond; dan is de Regenboog gesloten. Eén mooie, ronde Regenboog, waarin iedereen verwachtingsvol naar elders wijst - totdat je weer bij het begin bent aangeland.

Nu is het geloof in een 'technical fix' voor medische problemen en voor de gepercipiëerde problemen van medische praktijken waarschijnlijk gebaat bij dergelijke 'uitgestelde hoop'. Door steeds hoopvol de blik naar elders te richten hoef je je eigen veronderstelligen niet te ondervragen. Steeds de pot Goud beloven, dichtbij, zo dichtbij, is goed fondsen werven. Steeds de climax in het vooruitzicht stellen werkt stimulerend - voor de externe aandacht, en voor de interne dynamiek. Maar de rethoriek blijft circulair, en dat is wel degelijk problematisch. Het verwijzen naar 'elders', in het geval van beslissingsondersteunende technieken houdt de aandacht af van diepgaandere studies naar wat er dan helemaal mis is met die praktijken. Hoeveel praktijk variatie er is - dat hebben statistische studies aangetoond. Maar hoe dat komt, waarom ze bestaan, of ze misschien ook ergens goed voor zijn? Dat wordt niet onderzocht.. De blik is vooruit gericht. Niet op de assumpties die de huidige positie mogelijk maken. Wat doen beslissingsondersteunende technieken eigenlijk in medische praktijken, als ze er al binnen komen? Wat gebeurt er met arts-patiënt verhoudingen, medische criteria, verpleegkundige taak-invullingen? Dat is niet aan de orde; integendeel, men is alleen gericht op het naderbij halen van het Ultieme moment.. Men onderzoekt hoe de technieken het beste geïmplementeerd kunnen worden, hoe artsen te overtuigen van hun nut. Wat er dan misschien schort aan dat ideaalbeeld van dat 'ultieme moment', van die Optimaal Rationele Praktijk, van die Optimaal Effectieve Zorg, daar wordt al helemaal niet over nagedacht. Wat het wil zeggen dat het steeds een fata morgana blijkt. Of het dan wel zo'n nastrevenswaardig ideaal is. Wat de assumpties nu precies zijn. Maar nee. Het wordt alleen steeds maar weer beloofd. Net als de programma's er bij de commerciële televisie eigenlijk alleen maar zijn om de tijd tussen de reclame te vullen. Maar zonde is dat wel.

Referentie: Friedman, A., Comîord, D.S. 'Computer systems development. History, organization and implementation.' Wiley, New York 1989.

Marc Berg is *docent bij de Vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, Rijksuniversiteit Limburg.*

BLOOTSTELLING AAN STRALING: DE MIX VAN FEITEN EN WAARDEN

Agnes Meershoek

In Nederland heeft de Gezondheidsraad de taak te adviseren over de wetenschappelijke fundering van normen op het gebied van ioniserende straling. Het is de vraag of een dergelijke fundering wel kan worden gegeven. In dit artikel zal ik aan de hand van twee adviezen van deze Raad ingaan op de wijze waarop adviezen over straling tot stand komen. Over de wetenschappelijkheid van deze adviezen bestaan verschillende meningen en dat heeft consequenties voor de besluitvorming. De adviezen van de Gezondheidsraad verdienen het predikaat 'wetenschappelijk', maar om *andere redenen dan de Gezondheidsraad zelf veronderstelt.*

Eind vorige eeuw was het röntgenapparaat een kermisattractie, waar voor een paar dubbeltjes het mysterie van de binnenkant van het lichaam zichtbaar werd. Tegenwoordig waarschuwen voorlichtingsbrochures van tandarts en specialist over de gevaren van röntgenstraling en luidt het advies dergelijke foto's alleen te laten maken als het echt noodzakelijk is.
Met het besef dat ioniserende straling, waartoe röntgenstraling behoort, riskant is voor de gezondheid, groeide de noodzaak tot het nemen van maatregelen. De medische beroepsgroep zelf begon daarmee en ontwierp in 1934 richtlijnen ter bescherming tegen de risico's. Inmiddels heeft de overheid deze taak overgenomen en worden de regels wettelijk vastgelegd.
De procedures die ontwikkeld zijn om nonnen vast te stellen en de absolute grens die getrokken wordt om gevaarlijk van niet- gevaarlijk te onderscheiden, suggereren duidelijkheid over de risico's van straling. Echter, er zijn controversen.
Onlangs nog begon Greenpeace een spraakmakende campagne tegen de heropening van de opwerkingsfabriek in Sellafield (Groot-Brittannië). De omgevingsstraling die deze fabriek veroorzaakt, leidt volgens Greenpeace tot ontoelaatbare risico's voor de volksgezondheid. Stralingsdeskundigen zijn van mening dat Greenpeace zich op onwaarheden en vertekende feiten baseert. Feit is dat de absoluut geformuleerde stralingsnormen niet algemeen aanvaard worden.

WETTEN EN PROCEDURES

Bescherming tegen de gevolgen van blootstelling aan ioniserende straling strekt zich uit over de beleidsterreinen arbeid, volksgezondheid en milieu. In Nederland zijn wettelijke bepalingen omtrent straling op deze terreinen vastgelegd in de Kernenergiewet (1963). De bepalingen hebben betrekking op allerlei organisatorische en technische aspecten van het omgaan met straling. Belangrijk in de wet zijn de limietdoses voor beroepsmatige blootstelling en milieublootstellling: normen voor de maximaal toelaatbare hoeveelheid straling. In dit artikel beperk ik me tot procedures voor de normstelling voor mensen die beroepsmatig aan straling blootstaan.
Bij de bepaling van die nonnen zijn verschillende organisaties betrokken. De regering stelt uiteindelijk de maatregelen vast. Daarbij is ze gebonden aan internationale verdragen, dit betekent ondermeer dat de nationale wetgeving zich moet houden aann de zgn. Euratom-basisnormen van de EG. Deze Euratom-basisnormen zijn weer gebaseerd op nonnen die de ICRP (International Commission on Radiological Protection) ontwikkeld heeft. De ICRP op haar beurt gebruikt de onderzoeksgegevens van de UNSCEAR, de wetenschappelijke organisatie op het gebied van radio-actieve straling van de Verenigde Naties.
De taak van de Gezondheidsraad is vastgelegd in de Gezondheidswet en luidt: 'Onze ministers voor te lichten over de stand der wetenschap op het gebied van de volksgezondheid.'. In de praktijk wordt ook de advisering op milieuhygiënisch gebied hieronder begrepen. Deze wetenschappelijke advisering heeft tot doel de politiek feiten te verschaffen om besluitvonningsprocessen te vereenvoudigen. Volgens de Gezondheidsraad betekent de beperking tot wetenschappelijkheid dat de adviserende taak zich met name richt op het eerste deel van de door de overheid geformuleerde strategie ten aanzien van het beheersen van risico's: het identificeren van gevaren voor mens en milieu en het bepalen van de omvang daarvan. Het tweede deel, de aanvaardbaarheid van risico's vaststellen en beheersende maatregelen treffen, behoort tot het domein van maatschappelijke advisering en beleidsvaststelling.
Voor de advisering over normstelling stelt de Gezondheidsraad op ad-hoc basis commissies van deskundigen samen. In deze commissies hebben de afgelopen 20 jaar voornamelijk deskundigen zitting gehad uit zelfstandige onderzoeksinstituten en universiteiten of aanverwante instellingen. Daarnaast waren enkele deskundigen uit de industrie afkomstig. Deze groep van deskundigen maken vrijwel allen deel uit van de wereld van de stralingsbescherming. Ze zijn vaak langere tijd betrokken bij advisering omdat ze zitting hebben in verschillende, elkaar opvolgende, commissies.

DE ADVIEZEN

In de jaren '80 heeft de Gezondheidsraad twee belangrijke adviezen uitgebracht op het gebied van normstelling voor ioniserende straling. Het eerste verscheen in 1984. Dit advies diende als antwoord op de vraag van de minister of het wenselijk is om de "ICRP-26 aanbevelingen" op te nemen in Nederlandse regelgeving. In dit rapport van de Internationale Commissie uit 1977 worden normen voor blootstelling voorgesteld.
Het tweede advies (1985) reageert op de vraag of het "UNSCEAR-77 rapport" implicaties heeft voor het Nederlandse beleid en of dit rapport een onderbouwing vormt van ICRP-26. UNSCEAR-77 geeft een overzicht van onderzoeksgegevens ten aanzien van bronnen, blootstellingsniveaus en effecten van ioniserende straling. Hieronder zal ik enkele argumenten bespreken die in de commissies ingebracht werden om tot een advies te komen.
In ICRP-26 werd een nieuwe grootheid, het effectieve dosisequivalent, geïntroduceerd. Deze grootheid is maat voor een middeling van de gevoeligheid voor verschillende somatische en genetische effecten. Het voordeel ervan is, dat ten aanzien van stochastische effecten (zie kader) volstaan kan worden met één limiet-waarde, in plaats van aparte limiet-waarden voor verschillende organen.
Om de vraag te beantwoorden of dit concept doelmatig is, moet de commissie be-

oordelen of effecten van straling op verschillende organen met elkaar vergeleken kunnen worden: is het risico op longkanker inwisselbaar met het risico op genetische afwijkingen? Wordt deze vraag met ja beantwoord, dan is de grootheid doelmatig, anders niet.

De commissie is van mening dat deze risico's niet zomaar vergelijkbaar zijn, omdat genetische afwijkingen veel verdergaande effecten met zich meebrengen. Tegelijkertijd echter acht ze het onwenselijk dat Nederland in haar normstellingsbeleid afwijkt van andere landen. De commissie lost dit probleem op, door de beoordeling van de nieuwe limietwaarde niet op theoretisch denkbare consequenties te baseren, maar op consequenties in de praktijk. Theoretisch is het mogelijk dat de toegestane stralingsdosis volledig door de genitaliën wordt geabsorbeerd. In de nieuwe limietstelling is deze dosis hoger dan wat eerst voor de genitaliën apart gold: een vergroting van het geaccepteerde risico. De commissie accepteert echter de aanname dat de dosis altijd verdeeld zal zijn over meer organen.

Een tweede punt waarop de geschiktheid voor Nederland van ICRP-26 beoordeeld werd, was een vergelijking met andere gezondheidsrisico's die beroepshalve worden gelopen. Ook voor deze vergelijking moeten eerst een aantal normatieve vragen beantwoord worden: is sterfte ten gevolge van kanker hetzelfde als sterfte door een mechanische oorzaak? Een val van een steiger kan 'erger' zijn dan kanker op hoge leeftijd, bijvoorbeeld. Verband tussen blootstelling aan straling en sterftecijfers volgt uit een theoretische berekening; kun je die zonder meer vergelijken met de concrete cijfers uit andere beroepen?

Uitgaande van de norm van de commissie, is de aan straling toe te schrijven sterfte hoger dan de cijfers voor conventionele beroepsrisico's. Maar ook hier acht de commissie afwijking van de internationale norm onwenselijk. En ook hier wordt de situatie in de praktijk als argument gebruikt om het dilemma op te lossen. Volgens de commissie is de blootstelling aan straling in de praktijk veel minder dan de limiet. Bij een vergelijking van beroepsrisico's vindt men dit 'gemiddelde' blootstellingsniveau dan ook een realistischer uitgangspunt.. Daarmee wordt het risico vergelijkbaar met dat van andere beroepen - en acceptabel..

Een onderwerp dat beide keren ter sprake komt, is de leeftijds- en geslachtsgebondenheid van het stralingsrisico. In het advies over het UNSCEAR-rapport vraagt de commissie zich af, of het zinvol is rekening te houden met de significante verschillen tussen mannen en vrouwen in risico op borstkanker. De commissie vindt de gedifferentieerde risicogetallen echter niet betrouwbaar genoeg om de normstelling te beïnvloeden.

De commissie die adviseerde over ICRP, deelt in haar rapport deze mening. Daarnaast hanteert deze commissie twee andere argumenten om risicoverschillen niet tot uitdrukking te brengen in de limiet voor het effectief dosisequivalent.. Bij vrouwen zou een groter somatisch effect (dan bij mannen) gecompenseerd worden door een kleiner genetisch risico. Ten tweede stelt de commissie dat een naar sekse gedifferentieerde limiet in de praktijk niet te handhaven valt.

De commissies van de Gezondheidsraad lopen hier vooruit op de vertaalslag van feiten naar eventueel beleid. De conclusies van de commissies zijn geen "harde feiten" maar inschattingen, gebaseerd op een beoordeling van feiten in het licht van in zekere zin contingente aspecten, zoals berekende effecten van stralingstoepassingen en waarden en normen voor kankersterfte en genetische afwijkingen. Uit de voorbeelden blijkt, dat de status van internationale afspraken en veronderstelde haalbaarheid van maatregelen in de praktijk doorslaggevend waren voor de commissies.

ANDERE MENSEN, ANDERE FEITEN

Meningen en inschattingen spelen een rol bij advisering door de Gezondheidsraad. Volgens de standaardopvatting van wetenschap, waarop de Gezondheidsraad haar werk baseert, horen deze normatieve elementen in de wetenschap niet thuis. Gaat de Gezondheidsraad met deze advisering haar boekje te buiten? Volgens de klassieke definitie van wetenschap wel. Deze definitie is echter door het wetenschapsonderzoek steekhoudend bekritiseerd.

Beleidsadvies op grond van wetenschappelijke gegevens draagt altijd een normatief aspect in zich. Analyses van het wetenschappelijk bedrijf laten zien dat zowel objectieve waarneming als methodische regels over afleiding van kennis daaruit, in strikte zin niet bestaan. Het wetenschappelijk bedrijf vormt actief een constructie van de waarheid, waarbij vooronderstellingen, waarden en normen van de onderzoekers onvermijdelijk een

GEZONDHEIDSRAAD

Naast de voorzitter en vice-voorzitter heeft de Raad ongeveer 180 leden, die op persoonlijke titel worden benoemd. De raad komt nooit plenair bijeen maar bestaat uit permanente beraadsgroepen en ad-hoc commissies; slechts enkele daarvan functioneren langduriger.

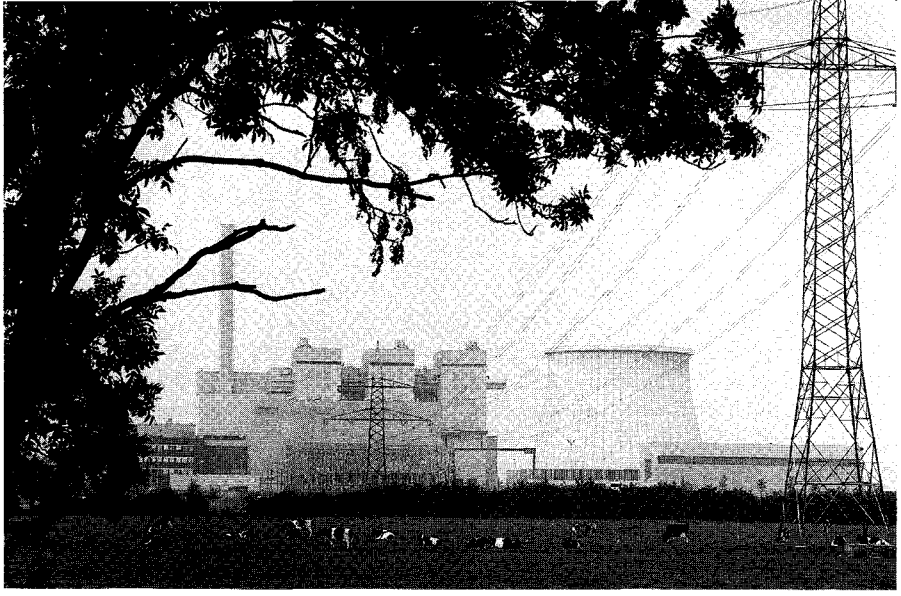
Voor deelterreinen zijn beraadsgroepen ingesteld die ontwikkelingen bijhouden en adviezen van commissies toetsen.

De daadwerkelijke advisering vindt plaats in de commissies. Deze commissies bestaat uit leden van de Gezondheidsraad en deskundigen van buiten. Alleen een commissie is verantwoordelijk voor de tekst van het advies.

IONISERENDE STRALING

Ioniserende straling, beter bekend als radio-actieve straling, is straling waarbij energie vrijkomt, doordat atoomkernen uiteen vallen. Er zijn verschillende typen ioniserende straling: alfastraling, betastraling, protonenstraling, neutronenstraling, röntgenstraling en gammastraling. Het `gevaar' van ioniserende straling wordt veroorzaakt door overdracht van energie aan biologisch materiaal. Het biologisch materiaal wordt hierdoor beschadigd. Naast het type en hoeveelheid straling wordt die beschadiging ook bepaald door de verdeling ervan: hoge dosis op een klein gebied heeft een ander effect dan dezelfde dosis verspreid over bijvoorbeeld het hele lichaam.

De effecten van deze straling worden ingedeeld in twee categorieën: stochastische en niet-stochastische effecten. Stochastische effecten zijn die effecten waarvan de kans op optreden en niet de ernst, als functie van de dosis wordt gezien. Genetische effecten, leukemieën en tumoren zijn hier voorbeelden van. De non-stochastische effecten zijn effecten waarvan de ernst varieert met de dosis. Bij deze effecten is meestal sprake van een drempeldosis: pas bij een bepaalde dosis treedt er überhaupt effect op. Accute effecten, zoals beenmerg-, darm- en centrale-zenuwstelselsyndroom en bepaalde late effecten (staarvorming) zijn hier voorbeelden van. Ten behoeve van normstelling wordt vanaf ± 1980 voor stochastische effecten de grootheid effectief dosisequivalent gebruikt. Naast een limietwaarde voor het effectief dosisequivalent bestaan er ook limieten voor afzonderlijke organen ten behoeve van het voorkomen van non-stochastische effecten.



Opwerkingsfabriek als bron van straling: KALKAR. .
Foto: Michiel Wijnbergh.

rol spelen. Deze waarden en normen verschillen per vakgebied en worden, bijvoorbeeld in de opleiding, als impliciete kennis verworven. Die kennis betreft onder meer het soort problemen die onderzoek waard zijn, de wijze waarop onderzoekers moeten waarnemen en interpreteren en het selecteren van de relevante aspecten.

Een epidemioloog kijkt anders naar het kankerverwekkende effect van straling dan een radioloog die het effect van straling op biologisch materiaal beschouwt.. De vraagstelling van beide onderzoekers verschilt, de theoretische uitgangspunten die ze hanteren lopen uiteen en het gewicht dat ze aan diverse soorten onderzoek toekennen verschilt.. Beide onderzoekers hanteren eigen kaders die niet tot elkaar te herleiden zijn. Ze zijn echter wel allebei nodig om iets te zeggen over de risico's van straling.

Met dit beeld van de wetenschap kun je niet zeggen dat de Gezondheidsraad zijn boekje te buiten gaat omdat ze niet 'puur' wetenschappelijk zou werken. Wel is een andere beoordeling van de gang van zaken mogelijk.

Ervan uitgaande dat waarde en zelfs waarheid van wetenschappelijke feiten afhankelijk zijn van de onderzoekers, van hun sociale positie in brede zin, is het relevant wie er bij het normstellingsproces betrokken is. Andere onderzoekers, dat betekent andere feiten. Vanuit dit beeld van wetenschap bekijk ik de advisering door de Gezondheidsraad opnieuw.

NIEUWE WEGEN VOOR ADVISERING

Het is moeilijk normatieve en cognitieve aspecten te scheiden - een constructivistische opvatting.

Keuzen, veronderstellingen en praktische argumenten spelen een rol, ook in het continuüm van onderzoeksresultaten en beleidsadviezen. In bovengenoemde commissies ging het bijvoorbeeld om de vragen of genetische en somatische effecten gelijkelijk behandeld moeten worden, of risicogetallen van de meest kwetsbare groep dan wel gemiddelden voor de populatie uitgangspunt moet zijn en of beschermingsmaatregelen gebaseerd moeten zijn op theoretisch mogelijke risico's of op 'reële' inschattingen van risico's.

De beantwoording, het beleidsadvies dus, hangt samen met het (wetenschappelijke) kader van leden van de commissies. In de commissies die adviseren over risico's van blootstelling aan ioniserende straling, is sprake van een gespreide samenstelling, institutioneel en ook enigermate disciplinair. Maar het zijn éénzijdige commissies: bijna alle leden behoren tot de besloten wereld van de stralingsbescherming, die nauwe banden heeft met internationale organisaties. De oriëntatie op internationale overeenstemming, waarvan sprake was in het voorgaande, is dan ook niet verwonderlijk..

Evenmin verwonderlijk is het, dat sommige wetenschappelijke adviezen van de Gezondheidsraad ter discussie werden gesteld in de Centrale Raad voor Milieuhygine (die in het verleden de maatschappelijke advisering tot taak had). In deze Raad zaten vertegenwoordigers van maatschappelijke groeperingen, vaak ook met een wetenschappelijke opleiding, die echter geen binding hadden met bijvoorbeeld de ICRP. Zij beantwoordden bepaalde vragen anders, bijvoorbeeld omdat ze meer waarde hechten aan het beschermen van kwetsbare groepen dan aan internationale overeenkomsten.

Of internationale overeenkomsten, die ook gebaseerd zijn op inschattingen, een reëler uitgangspunt vormen voor normstelling dan door sommigen minder betrouwbaar geachte gedifferentieerde risico-getallen, kan niet neutraal vastgesteld worden. Het valt echter te betwijfelen of de deskundigen in de stralingsbescherming het primaat moeten hebben bij de beantwoording van zo'n vraag.

In het kader van democratische beleidsvoering zou de groep verbreed moeten worden met andere deskundigen. (Een voorzichtige verandering valt overigens binnen de Gezondheidsraad te constateren.) Welke deskundigen dat precies moeten zijn is een vraag die maatschappelijk beantwoord moet worden. Je kunt denken aan meer epidemiologen, algemene milieudeskundigen en sociale wetenschappers die deskundig zijn op het gebied van risico's. Een dergelijke verbreding van de deskundigheid kan misschien zelfs leiden tot het opheffen van de waterscheiding tussen wetenschappelijke en maatschappelijke advisering.

Alhoewel stralingsdeskundigen vragen naar eer en geweten beantwoorden, doen ze dat vanuit hun specifieke wetenschappelijk kader, met de normen van dien. In de (Nederlandse) normstellingsprocedure wordt deze normativiteit afgedekt door een sluier van wetenschappelijkheid. Om een verantwoorde afweging ten aanzien van de bescherming tegen risico's van ioniserende straling mogelijk te maken, vind ik dat een openlijke afweging van diverse normatieve aspecten wenselijk is. Dit zou de legitimiteit van het stralingshygiënisch beleid in Nederland sterk vergroten.

Agnes Meershoek is als onderzoeker verbonden aan de Faculteit Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Limburg. Dit artikel is gebaseerd op haar afstudeeronderzoek uitgevoerd in het kader van de studie Gezondheidswetenschappen .

literatuur

- 2e interimadvies inzake I.C.R.P.-26. 1979. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad.
- Advies inzake de betekenis van UNSCEAR-rapport 1977 voor stralingshygiënebeleid in Nederland. 1980. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.
- Advies inzake stralingsbescherming in Nederland; de I.C.R.P.-aanbevelingen in de praktijk.. 1984. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad.
- Advies inzake wetenschappelijke onderbouwing van het stralingshygiënisch beleid op basis van de UNSCEAR-77,' -82 en BEIR-rapporten. 1985. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad.
- Boon, L. en G. de Vries (red.) 1989. Wetenschapstheorie; de empirische wending. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Afkortingen

- Euratom-Europese Gemeenschap voor Atoomenergie
- ICRP=Tnternational Commission on Radiological Proteetion = Internationale commissie op het gebied van de stralingsbescherming die voorstellen doet voor regelgeving ten aanzien van maatregelen tegen risico's van blootstelling aan straling.
- UNSCEAR=United Nations Scientific Comrnittee on the Effects of Atomie Radiation = Cornmittee van de VN, dat wetenschappelijke gegevens over bronnen, blootstelling en effecten van ioniserende straling verzameld.

STROPERIG, ELASTIEK EN GRANIET

Niemand zag eigenlijk veel heil in het parlementaire onderzoek naar de gezondheidszorg waarmee PvdA-voorman Wöltgens tijdens de algemene beschouwingen van september vorig jaar op de proppen kwam. Wöltgens - nog een beetje in de ban van het geruchtmakende eindverslag van de parlementaire-enquête-commissie over de uitvoering van de sociale zekerheid - wilde nu wel eens helderheid over de stroperige gang van zaken rondom de gezondheidszorg.

Veel handen kreeg hij daarmee niet op elkaar. 'Tijdverlies', schamperde ex-staatssecretaris Van der Reijden, 'er bestaat geen geheim van Soestdijk over de gezondheidszorg dat ontsluierd moet worden.' D66-kamerlid Kohnstamm suggereerde dat volstaan kon worden met het nalezen van de Handelingen van de Eerste en Tweede Kamer, want dat zou voldoende duidelijk maken hoezeer de politiek op dit punt zelf had gefaald.

Deze scepsis kon echter niet verhinderen dat er op 8 december een officiële parlementaire onderzoekscommissie (inclusief Kohnstamm) onder leiding van het kamerlid Willems het werk ging. Er was bovendien haast geboden, zodat een nieuw kabinet wat aan de aanbevelingen zou hebben. Ruim vier maanden na haar aantreden presenteerde de commissie-Willems dan ook al haar eindverslag. Een parlementair record.

Heeft de commissie nu helderheid geschapen over wat Van Londen, de voorzitter van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, ooit zo treffend omschreef als de elastieke muur van de gezondheidszorg? Het antwoord moet na lezing van het 75 pagina's tellende eindverslag helaas 'nee' luiden. De commissie zet vanaf 1987 alles nog eens verdienstelijk op een rijtje en maakt daarmee zonneklaar duidelijk dat nogal wat spelers op het veld van politiek en gezondheid bepaald onbetrouwbaar zijn en - afhankelijk vanuit welke politieke hoek de wind waait - probleemloos van mening veranderen. Lange termijn-visies worden onmiddellijk terzijde geschoven als een onderdeel van de plannen nare koopkrachteffecten heeft voor de kiezers. Men regeert met algemeenheden en laat de concrete uitvoering en invulling over aan anderen die er niet uitkomen en zich vervolgens tegen de algemeenheden gaan verzetten. Het is, kortom, een warboel ("alle betrokkenen hadden eigen agenda's, strategieën en belangen"), waarover niemand echt meer de regie voert en dat zou de politiek zich moeten aantrekken, zo ongeveer luidt - vrij vertaald, want het is een in hoge mate onleesbaar rapport, de conclusie van de commissie.

Daar is natuurlijk geen speld tussen te krijgen, behalve dan dat we dat eigenlijk allemaal al wisten. De commissie komt - zoals ook bij voorbaat al was gevreesd - met vage en nietszeggende aanbevelingen (voor complexe operaties, zoals de stelselwijziging in de zorgsector, is een langdurig maatschappelijk en politiek draagvlak noodzakelijk') en meent dat er nu maar eens snel helderheid moet komen over het wat en hoe van het basispakket. De commissie zegt impliciet: als we nu maar wat concreter worden en een aantal knopen doorhakken, dan krijgen we de trein wel weer op de rails. Anders gezegd: als de overheid zich nu maar weer boven de partijen verheft, dan lukt het wel weer.

Dat nu is een illusie. Twee weken nadat het rapport werd gepresenteerd, verscheen bij Uitgeverij de Balie het boekje *Bijten in graniet - over machtsverschuivingen in de gezondheidszorg.* De auteur, de journaliste Lin Tabak, gaat in een ongekend frisse schrijfstijl na wat het overheidsbeleid op een zestal volksgezondheidsterreinen heeft bewerkstelligd. Het resultaat is fascinerend. Tabak laat zien dat de voorspelbaarheidsrelatie tussen plan en effect in de gezondheidszorg eigenlijk altijd al zoek is geweest. Tussen plan en effect staat immers die immense besluitvormingscultuur die in staat is om elk initiatief in een tegengesteld effect om te toveren. Eigenlijk is het in de geschiedenis maar één keer echt tot een effectieve politieke ingreep in de gezondheidszorg gekomen en dat was in 1941, toen de Duitsers met het invoeren van een Ziekenfondswet de Hollandse besluitvormingscultuur in een klap opzij schoven.

Waar de commissie-Willems spreekt over verschillende belangen en agenda's, laat Tabak concreet zien hoe die verborgen agenda's feitelijk werken en hoe alle spelers op het terrein elkaar met hun "hindermacht' bestoken en allianties aangaan om hun zin door te drijven. De mogelijkheid om 'gelijk' te krijgen in de gezondheidszorg hangt minder af van het beleid van de overheid dan van de mate van onkwetsbaarheid van de organisatie in kwestie. En die onkwetsbaarheid heeft te maken met de exclusiviteit van het produkt (medische en farmacologische kennis en technische kunde) en de zeggenschap over afzet, distributie en financiering. De thuiszorg scoort op geen van beide punten, is nauwelijks een interessante coalitiepartner in de arena en is dus makkelijke prooi voor ombuigingen; de farmaceutische industrie daarentegen heeft zowel de produktkennis als een deel van de afzet in eigen hand en is nagenoeg onaantastbaar.

Meer nog dan het parlementaire onderzoek naar de besluitvorming in de volksgezondheid blijft na lezing van *Bijten in graniet* de vraag hangen hoe de politiek en het ministerie van WVC zich tot de gezondheidszorg moeten verhouden. Natuurlijk moeten de dames en heren aan het Binnenhof besluiten nemen over kwesties als basisverzekering, premies en budgetten, zoals de commissie-Willems aanbeveelt. Zeker. Maar Tabak en een eeuw gezondheidszorgpolitiek maken duidelijk dat er nog een heel andere tot nu toe altijd min of meer verborgen agenda is voor politiek-ambtelijk Den Haag en die is: zich mengen in de strijd, tegenstanders zoeken en coalities aangaan - beleefd oorlog voeren dus.

In feite doet de overheid dat al - zij het nog hoofdzakelijk achter de ambtelijke schermen. Met impliciete instemming van ziekenhuisdirecties en verzekeraars is de overheid niet zonder succes de slag aangegaan over de honorering van de medisch-specialisten die plotsklaps ontdekten dat ze er nagenoeg alleen voor stonden. De definitieve aanval op de 'voorrechten' van de meer dan riant verdienende apothekers - ook al met rugdekking van de verzekeraars - is aanstaande. En zo bouwt de overheid langzamerhand een reputatie op in de strijd tegen de 'kruideniers' van de gezondheidszorg.

Misschien zouden de politici en regering minder over plannen en koopkracht moeten discussiëren en meer over de vraag hoe zij na de kruideniers ook de kartels (verzekeraars) en groothandelaren (farmaceutische industrie) in het gareel denken te houden. Wat dat betreft kan de nieuwe kabinetsformateur dan ook beter het boekje van Tabak lezen dan het voorspelbare rapport van de commissie-Willems.

Jos van der Lans

Onderzoek besluitvorming volksgezondheid. Tweede Kamer, 23666 *vergaderjaar* 1993-1994, *Sdu, 's-Gravenhage* 1994, *ISBN 9039906645.*
Lin Tabak, Bijten in graniet - over machtsverhoudingen in de gezondheidszorg. Uitgeverij De Balie, Amsterdam 1994, *ISBN 9066171332.*

VROUWEN EN DE OVERGANG

In het kader van het debat 'Keuzen in de zorg, vrouwen 'n zorg?' in de Balie te Amsterdam, legde Ineke van Wingerden de kennisontwikkeling over de overgang onder het mes. Waarom is de overgang tegenwoordig bijkans een ziekte en hoe blij zijn vrouwen met hormoonkuren? Hoe verhouden de medische ontwikkelingen zich ten opzichte van de feministische kritiek en wat betekent dit voor het debat over keuzen in de zorg?

De Balie, Amsterdam.

Management van de menopauze met behulp van hormoontherapie is een thema waar onderzoekers, artsen, vrouwen, de farmaceutische industrie en beleidsmakers zich mee bezighouden. Het boek van Wilson 'Feminine Forever' uit 1966 kan beschouwd worden als startpunt van de marketing van oestrogeen therapie. Al een kleine dertig jaar leeft het idee dat je als vrouw iets moet *doen* aan de derde levensfase. De relatie tussen afnemende bloedspiegels van oestrogenen en een breed scala aan verschijnselen die zich voordoen rond of na de menopauze, is door velen onderzocht.. Echter, de 'waarheid' omtrent de overgang en haar verschijnselen is niet makkelijk te vinden. De produktie van kennis is immers een sociaal proces waarin veel factoren een rol spelen. Vanuit het perspectief van wetenschapsonderzoek en vrouwenstudies wil ik drie punten nader belichten.

Ten eerste: hoe is de overgang gevestigd geraakt als een *ziekte* van vrouwen en hoe zit het met de 'medicalisering' ervan ?

Vervolgens : hoe kunnen we het onderzoek naar de overgang karakteriseren en wat is de wisselwerking met feministische kritiek en - onderzoek?

Tenslotte wil ik ingaan op de context van de publieke discussie over 'Keuzen in de Zorg'. Welke rol speelt voorlichting voor vrouwen die keuzen moeten maken over hoe ze met hun overgangsperikelen moeten omgaan? Hoelang vantevoren moeten ze al bezig zijn mogelijke problemen te voorkomen?

DE ONDERZOEKSPRAKTIJK

"een belangrijk verschijnsel (...) is volgens de meeste onderzoekers het langzaam ontstaan van een psychische verandering, vooral gekenmerkt door een subjectief gevoel van nervositeit, neerslachtigheid, apathie en teruggetrokkenheid. De patiënt is doorlopend mismoedig gestemd, voelt zich als een vreemde in de eigen omgeving en verliest de belangstelling voor gezin en vriendenkring. Arbeidslust en energie nemen af, de dagelijkse taak lijkt onnoemelijk zwaar, (...) vroeger gaarne als ontspanning uitgevoerde bezigheden verliezen hun aantrekkelijkheid. Bijzondere aandacht verdienen de vasomotorische verschijnselen, de 'opvliegers', omdat zij zo kenmerkend zijn (....)."

Dit is geen hedendaagse beschrijving van de symptomen van de overgang bij vrouwen, maar een beschrijving van overgangsverschijnselen bij de man in het biomedische tijdschrift. Het Hormoon uit 1946. De auteur concludeert dat deze 'ziekte' niet meer ontkend kan worden. Aannemelijk wordt gemaakt dat de oorzaak gezocht moet worden in het ouder worden van de testikels, wat leidt tot een afname van de testosteron produktie. Dit kan bestreden worden met een therapie waarbij datzelfde testosteron wordt toegediend. De auteur benadrukt de overeenkomst met overgangsverschijnselen bij vrouwen.
Hoe komt het dat we tegenwoordig niets meer horen over een hormoontherapie voor de overgang bij mannen en wel bij vrouwen? De symptomen lijken immers sterk op elkaar. Kijken we naar de geschiedenis van de overgang bij vrouwen dan zien we opmerkelijke verschuivingen. Eind vorige eeuw werd de overgang gezien als aanleiding gevend tot verschillende ziektes, zoals diarree, rheumatische pijnen, tumoren van baarmoeder en borsten, tuberculose, diabetes. De beste remedie voor vrouwen was een rustige levensstijl, het vermijden van intellectuele inspanningen en een commitment aan huis en haard: hetzelfde advies als gegeven werd aan meisjes die de puberteit in gingen. Rond de eeuwwisseling noemde Freud de overgang een psychisch verlies, een wond. Voorheen gezonde vrouwen werden zwaar neurotisch ten tijde van de overgang (MacPherson, 1981).

In de periode tussen de twee wereldoorlogen ging het hormoon onderzoek het denken over de overgang beinvloeden. De geslachtshormonen werden 'ontdekt' en hun werking in het lichaam werd onderzocht. Geslachtshormonen komen bij beide seksen voor, echter in wisselende en onderling verschillende verhoudingen. AI spoedig voegde het biomedische denken over vrouwelijkheid en mannelijkheid zich naar de nieuwe inzichten. Lag het wezen van een vrouw daarvoor nog in haar baarmoeder en eierstokken, nu werd vrouwzijn bepaald door de geslachtshormonen. Nelly Oudshoorn liet in haar proefschrift zien hoe het denken over het vrouwelijk lichaam in termen van hormonen een gevestigde praktijk werd en met het mannelijk lichaam niet. (Oudshoorn, 1991) . Oudshoorn heeft aannemelijk gemaakt dat dit ondermeer te maken had met het (toen) ontbreken van een mannelijke pendant van de gynaecologie. Het bestaan van een specialisme en klinieken voor de vrouwelijke geslachtsorganen vergemakkelijkte het verzamelen van onderzoeksmateriaal (zoals urine om hormonen uit te isoleren) aanmerkelijk.
Een ander verschil vond ik, in eigen onderzoek naar kennisontwikkeling over osteoporose, in inschatting van risico's en bijwerkingen van hormoonpreparaten. (Wingerden, 1993). Men waarschuwt dat een therapie met testosteron riskant is met het oog op prostaatkanker, en dat een combinatietherapie van oestrogenen en androgenen, het libido in gevaar brengt. Over bijwerkingen en risico's van deze hormonen voor vrouwen stelt men, dat het risico van kanker van het baarmoederslijmvlies niet aanwezig is zolang de hormonen met intervallen worden gegeven. Regelmatige controles van de borsten zouden afdoende zijn om ontwikkelende borstkanker op te sporen ; de *toename* van libido door combinatietherapie wordt vooral voor alleenstaande vrouwen als een ongewenst effect gezien. (Henneman & Wallach, 1957).

GEBREKSZIEKTE

Vanaf de jaren dertig wordt de overgang de ziekte van een tekort aan geslachtshormonen. En hoe prettig was het dat er reeds een produkt op de markt was om het tekort aan te vullen! De inmiddels te produceren geslachtshormonen vormden hét middel om deze nieuwe ziekte te bestrijden. Dit idee van de overgang als een gebreksziekte kreeg verder gestalte door succesvolle marketing in de zestiger jaren (McCrea, 1983). De overgang bij mannen werd geen onderwerp van uitgebreide medische aandacht. Sporadisch verschijnen er artikelen over mannen en de overgang (Deslypere, 1991). In de titel 'hormonaal pensioen' valt het verschil in taalgebruik op : mannen mogen uitrusten van een welbesteed leven, vrouwen moeten er tegenaan.
We kunnen concluderen dat de conceptualisering van de overgang bij vrouwen als een ziekte mede bepaald is door de organisatiestructuur van de geneeskunde en culturele noties omtrent mannen en vrouwen. De conceptualisering als ziekte is tevens ingrediënt in discussies over medicalisering van de 'derde levensfase' bij vrouwen'.
Medicalisering, opgevat als een proces waarbij klachten en verschijnselen onder de oordeelsbevoegdheid van de medische professie worden gebracht en steeds meer in biomedische termen worden gedefinieerd (be)treft mannen, vrouwen, kinderen en ouderen. Toch lijken vooral vrouwen met medicalisering te maken krijgen. Dit leidde tot discussies waarin verschillende invullingen van het begrip medicalisering worden gehanteerd. Medicalisering kan immers ook verstaan worden als 'meer medisch begeleiden'. Hiermee wordt dan bedoeld begeleiding vanaf de eerste vaccinaties, via pil consulten, zwangerschapsbegeleiding, enzovoorts en hier kan zonder probleem de overgang aan worden toegevoegd. Of medicalisering wordt begrepen als 'meer medicijngebruik'. Het medicijngebruik van vrouwen is hoger dan dat van mannen, voor slaap- en kalmeringsmiddelen op oudere leeftijd zelfs 1.5 keer zo hoog. Hier en daar wordt ook wel het idee van een 'emanciperende medicalisering' gelanceerd. Omdat vrouwen nu dezelfde maatschappelijke posities bereiken als mannen, worden ze geconfronteerd met de keerzijde van de rat-race, zullen ze meer ziek worden en dus meer medicijnen gaan gebruiken, aldus deze verklaring.

Bovenstaande omschrijvingen verschillen in hun oordeel over medicalisering en roepen tevens veel vragen op. Is het niet zo dat vrouwen eindelijk de aandacht krijgen van dokters waar ze recht op hebben? Zijn er niet vele vrouwen die de hele overgang het liefst zouden willen afschaffen en bereid zijn daartoe kunstgrepen (hormoontherapie, implantatie foetale eierstokken) toe te passen, al dan niet verleid door beelden van de nieuwe oudere vrouw, tijdloos, aktief, fit en eeuwig vrouwelijk?

In oudere feministische literatuur is een ware complottheorie te vinden. Boosaardige artsen zouden maar één doel hebben: beheersing van vrouwen en de voortplanting door beheersing van het vrouwenlichaam, listig verpakt als zorg en aandacht. De complottheorie kan echter niet verklaren waarom vrouwen meewerken aan zo'n proces. Kohler-Riessman (1983) heeft beschreven dat medicalisering opgevat kan worden als een complex sociaal politiek *proces* waarin artsen *en* vrouwen een rol spelen. Tussen de partijen ontstaat een soort akkoord over de benoeming van een probleem in medische termen. Daarbij heeft ieder zijn belang en de mate van overeenkomst van deze belangen is doorslaggevend of vrouwen met artsen in zee gaan. Zo zijn er voorbeelden van de medicalisering van geboorte , voortplanting, het premenstrueel syndroom, van dik zijn en van psychische problemen. Resteert natuurlijk de vraag naar de machtsverhouding en de (on)gelijkwaardigheid van de betrokkenen. De bedoeling van de vrouwen die een lichte verdoving bij de bevalling wensten was meer controle te hebben over het proces van de baring. Het resultaat was dat ze op het cruciale moment onder zeil gingen en alle controle uit handen gaven.
Medicalisering zien als proces met vele actoren is noodzakelijk voor het bepalen van strategieën ter beïnvloeding van dit proces en maakt ons bewust van het di-

lemma tussen een individueel en een algemeen maatschappelijk belang.

FEMINISME EN HET MENOPAUZE ONDERZOEK

We hebben gezien dat er sprake was van kritiek van feministen op de medische wetenschap en behandelpraktijk.. Ik ga nu in op de wisselwerking tussen beide. Er bestaat echter niet zoiets als dé feministische kritiek. Ik licht er een drietal benaderingen uit. Ten eerste: ontrafeling van definities, klassificeringen en opvattingen; ten tweede: (eigen) empirisch onderzoek naar veronachtzaamde (oorzakelijke) factoren; en ten derde het lanceren van alternatieven voor het biomedische model zoals biopsychosociale modellen.

Een voorbeeld van de eerste benadering levert Kaufert (1988). Zij laat zien hoe de verschillende medische specialismen vrouwen graag willen indelen in *menopauzaal* of *niet-menopauzaal.* Klinische onderzoekers hanteren deze parameter in het bloed. Zij maken echter geen onderscheid in de manier waarop een vrouw deze spiegels bereikt (door een operatie aan de eierstokken of op natuurlijke wijze). Epidemiologische onderzoekers moeten het hebben van grote getallen. Zij werken met '35.000 persoonsjaren van menstruatie cycli'. Hormoonspiegels en menstruatiecycli worden daarbij op één hoop gegooid ten behoeve van bepaalde classificaties. Een dergelijke rigoureze indeling van vrouwen in premenopauzaal of postmenopauzaal is een methodologische abstractie. Kauferts conclusie is dat biomedische categorieën constructies zijn die door vrouwen niet als zodanig worden ervaren.

Benadering twee wordt gepraktizeerd door de onderzoeksgroep van Alice Dan in de VS (Wilbur, Dan, Hedricks, & Holm, 1990), die door middel van empirisch onderzoek kennis over osteoporose genereert. Haar groep onderzoekt de relatie tussen lichamelijke activiteit en osteoporose. Osteoporose, het broos worden van de botten, wordt door vele medici gerekend tot de postmenopauzale deficiëntie verschijnselen. Door ontwikkeling van een eigen onderzoeksinstrument, produceert Dan andere gegevens over de relatie tussen lichamelijke activiteit en opbouw en behoud van botmassa.

Bij de derde benadering tenslotte gaat het om te komen tot een bio-pyscho-sociaal onderzoeksmodel.. Daarbij wil men af van de mannelijke fysiologie als norm, af van een visie op het lichaam als een machine en wiJ men toe naar de geleefde ervaring met de verschillen tussen vrouwen als uitgangspunt.. Het is echter niet gemakkelijk gebleken te ontsnappen aan het belang dat aan de biologie wordt toegekend. Zelfs als wordt geaccepteerd dat psychologische en situationele factoren een rol spelen naast een biologische factor (hoe klein ook) dan krijgt deze laatste toch al snel het predikaat van oorzakelijke factor.

DE BEAUVOIR ALS BEWIJS

Na de aanvankelijke openlijke irritatie over de bemoeienis van feministen met hun vakgebied, kunnen we nu signaleren dat het medisch circuit inmiddels subtieler te werk gaat. Sinds een aantal jaren verhouden vooraanstaande biomedische onderzoekers en artsen zich nadrukkelijk tot het feministische gedachtengoed. In literatuurlijsten staan vaak één of meerdere feministische artikelen genoemd of wordt in een voorwoord of inleiding een bekende feministische uitspraak of leuzes van de vrouwenbeweging aangehaald. Wanneer dit gebeurt dan is het oppassen geblazen. Vaak wordt de betekenis aangepast aan het doel van de onderzoeker. Zo citeert Greenblatt, een bekende gynaecoloog uit de VS, De Tweede Sekse van Simone de Beauvoir en gebruikt de zinnen over haar gemoedstoestand ('inner illuminations fade and moments of exalation give way to hours of melancholie gloom"), als een bewijs van de algemene depressieve toestand van vrouwen in de overgang, die het best met hormonen te bestrijden is. (Greenblatt & Heithecker, 1986).

Toch kunnen we zeggen dat de boodschap van de vrouwengezondheidsbeweging dat klachten van vrouwen zijn gebagatelliseerd door artsen, op bepaalde terreinen zeker is aangekomen. Bij het effekt ervan kunnen we echter enkele vraagtekens zetten: Is de gewenste erkenning van klachten van vrouwen door medisch specialisten niet doorgeslagen in een verregaande en eenzijdige medische oplossing ? En welke motieven sturen deze nieuwe medische aandacht en zorg voor vrouwen?

KENNIS, VROUWEN EN KEUZEN

In Nederland hebben vrouwen de afgelopen twee jaar gediscussieerd over het rapport van Dunning 'Keuzen in de Zorg'. Als afnemers van medische zorg worden vrouwen geconfronteerd met vragen naar noodzakelijke en doelmatige zorg, ook met betrekking tot de overgang. In het voorafgaande hebben we gezien dat de beschikbare kennis over de overgang gefragmenteerd is en dat er hard wordt gewerkt aan nieuwe pakketjes kennis. Het valt dus niet mee om keuzes te maken. Toch zullen vrouwen zich meer gaan roeren. De onderzoekster Bush voorspelt in een artikel dat vrouwen uit de na-oorlog se geboortegolf volledige en systematische evaluatie zullen eisen van hormoontherapie in de jaren 90 (Bush, 1992). Ze vindt te grote terughoudendheid over oestrogeentherapie slecht en verwacht nieuwe indicaties voor oestrogeengebruik (zoals de behandeling van urine-incontinentie, de verbetering van cognitie en geheugen en een verbetering van stemming en seksuele funkties) en nieuwe produktvormen zonder bijwerkingen. Vrouwelijke politici in de VS worden opgeroepen om van osteoporose net zo'n politiek issue te maken als mannen hebben gedaan met hart en vaatziekten. Een appèl dus aan vrouwen om het beleid in de gezondheidszorg te beïnvloeden.

Terug naar Nederland. Ik ben van mening dat de context van beïnvloeding van het beleid en het gebruik maken van medische zorg, gedomineerd wordt door de ontwikkeling van het *preventiedenken,* gekoppeld aan *marktmechanismen.* Ik wil dat illustreren aan het voorbeeld van osteoporose als probleem voor oudere vrouwen. Vrouwen zullen in de toekomst een keuze moeten maken of ze al dan niet willen deelnemen aan preventie van osteoporose. Doelgroep van de voorlichting is de 'perimenopauzale' vrouw van rond de 45. Zij moet in een gesprek met haar arts voorbereid worden op de keuzes voor over pakweg vijf jaar. De leuze 'de vrouw beslist' (uit de strijd om het recht van vrouwen om zelf te beslissen over abortus) wordt daarbij heel gemakkelijk gebruikt om de veranderende rol van de arts als adviseur te legitimeren. In dialoog met de huisarts is kiezen een individuele aangelegenheid die recht doet aan de gewenste autonomie van vrouwen. Op het niveau van de individuele vrouw is er echter geen discussie meer over een maatschappelijke noodzaak van de preventieve activiteiten. De discussie op maatschappelijk niveau wordt gevoed door de gepresenteerde aantallen fracturen en berekeningen over de kosten van verpleging en revalidatie. Door preventieve activiteiten, bijvoorbeeld in de vorm van hormoontherapie, kunnen vrouwen bijdragen aan een besparing voor de maatschappij op de kosten aan gezondheidszorg ten gevolge van heupfracturen . Hiermee wordt geappelleerd aan het verantwoordelijkheidsbesef van vrouwen.

KWAKKELEN

De gebruikte taal omtrent de kwaliteit van leven is zeer belangrijk. Het onlangs verschenen rapport over de top tien van toekomstige (in 2010) ziektes en doodsoorzaken, werd in de Volkskrant gepresenteerd onder de kop 'Vrouw brengt extra levensjaren kwakkelend door". Onze huidige gezondheidszorg veronderstelt bovendien een goed geïnformeerde patiënt.. Voorlichting bereikt mensen het best met een verleidelijke boodschap. Vrouwen wordt een probleemloze overgang en een betere kwaliteit van toekomstig leven be-

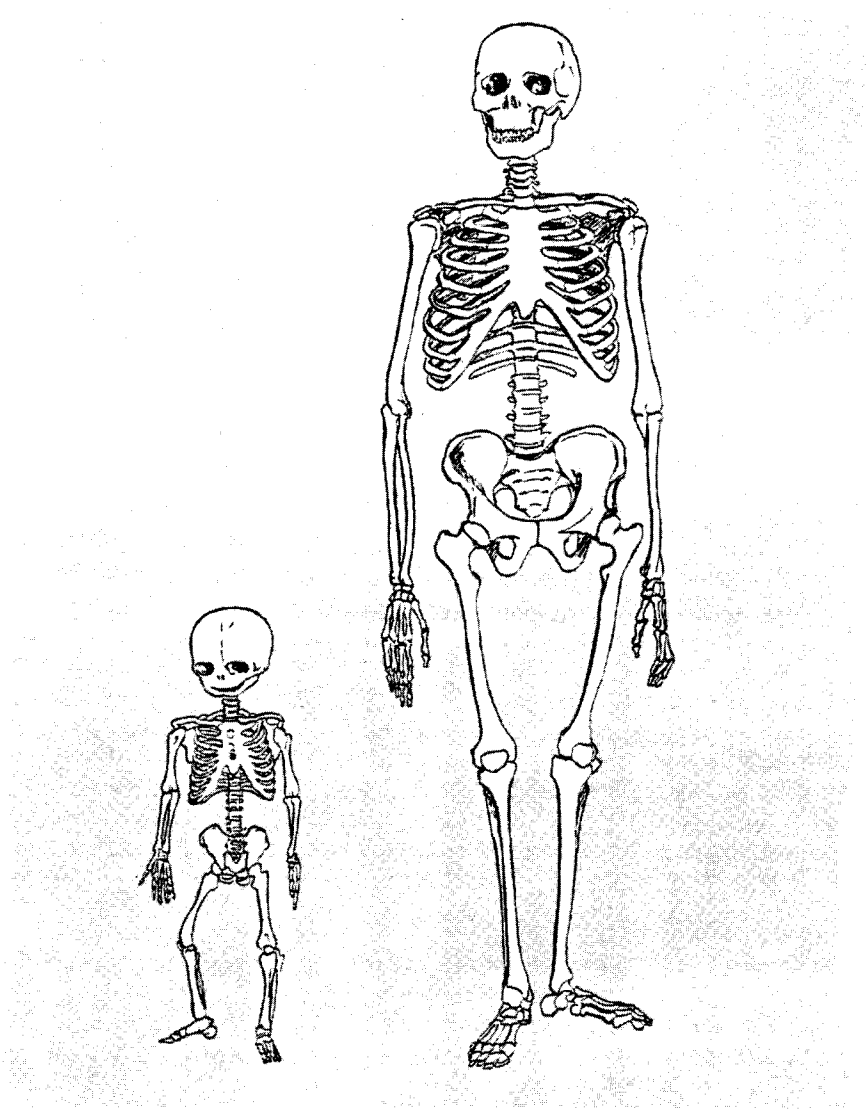
loofd in de voorlichting en dat is toch wel aantrekkelijker dan een kwakkelend bestaan.
Staatssecretaris Simons heeft de aanbevelingen van de Gezondheidsraad uit 1991 om tot een landelijke screening op botmassa over te gaan in de ijskast gezet. Onmiddelijk zijn de privé klinieken uit de grond gerezen waar vrouwen voor eigen rekening wel terecht kunnen voor zo'n botmeting. Deze klinieken verschillen mijns insziens hemelsbreed van de Climacterium klinieken uit de jaren 80. Die klinieken waren een antwoord op de behoefte van vrouwen (o.a. VIDO) aan meer en serieuze aandacht voor de overgang. Het aanbieden van een losse botmeting daarentegen is een techniek die sterk inspeelt op de factor angst, angst voor een toekomst met botbreuken. Preventie is hiermee in commercieel vaarwater terecht gekomen. Het valt te betwijfelen of de belangen van vrouwen ermee gediend zijn.

SLOTPLEIDOOI

Ik zou er voor willen pleiten dat zij die zich bezig houden met kennisproduktie over de overgang zich lieten inspireren door vrouwenstudies. De vragen zijn niet eenvoudig, maar er ligt een kans voor meer aandacht voor verschillen tussen vrouwen, anders dan in termen van een verschillend risicoprofiel voor de een of andere aandoening. Er is immers geen eenvoudige of eenduidige manier om medische kennis en medische zorg te benaderen, omdat zowel kennis als vrouwen geen homogene categorieën zijn. Net zo min als alle vrouwen systematische klagers met vage klachten waren, net zo min zijn zij nu verenigde, assertieve, calculerende beslissers. De kennis is gefragmenteerd en vrouwenbelangen zijn er in alle soorten en maten. De confrontatie tussen beiden leidt tot verschillende uitkomsten, afhankelijk van tijd en plaats, uitkomsten waarover bovendien verschillend geoordeeld kan worden. De uitdaging ligt in het verzinnen van creatieve manieren om recht te doen aan de pluriformiteit van kennis en vrouwen. De spanning tussen het individuele belang en het maatschappelijke belang is daaruit niet weg te denken.

Bewerking van lezing de Balie / Metis; De tuin van pijn en hoop / Keuzen in de zorg, vrouwen een zorg, 18 *november 1993. 'Breekbare vrouwen. Over de medicalisering van de overgang.'*

Ineke van Wingerden is *werkzaam als onderzoekster vrouwenstudies natuurwetenschappen, Rijksuniversiteit Utrecht. Zij werkt aan een proefschrift 'Botten en sekse. De representatie van het vrouwen/ichaam in het debat over osteoperose. '*



Referenties

Bush, T. L. (1992). Feminine Forever Revisited : Menopausal Hormone Therapy in the 1990s. Joumal ofWomen's Health, 1(1), 1-4.

Deslypere, J. P. (1991). Hormonaal pensioen. Mannen in de overgang. Natuur en Techniek, 59(2), 90-97.

Greenblatt, R. B., & Heithecker, R. (1986). A modem approach to the perimenopausal years. New York: Walter de Gruyter Berlin.

Henneman, P. H., & Wallach, M. D. (1957). A review of the prolonged use of estrogens and androgens in postmenopausal and senile osteoporosis. A.M.A. Archives of Intemal Medicine, 100,715-723.

J.H.G. (1946). Het climacterium virile. Het Hormoon, 11(2), 17-31..

Kaufert, P. (1988). Menopause as process or event : The creation of definitions in biomedicine. In M. Loek & D. Gordon (Eds.), Biomedicine examined (pp. 331-349). Kluwer Academie Publishers.

Kohler-Riessman, C. (1983). Women and medicalization : a new perspective. Social Policy, 14(11),3-19.

MacPherson, K.I. . (1981). Menopause as disease : The social construction of a metaphor. Advances in Nursing Science, 3(2), 95-113.

McBride, A. B., & McBride, W. L. (1993). Women's Health Scholarship : from Critique to Assertion. Joumal ofWomen's Health, 2(1),43-47.

McCrea, F. B. (1983). The politics ofmenopause : The discovery of a deficiency disease. Social Problems, 31(1),111-123. .

Oudshoorn, N. (1991). The making ofthe hormonal body: A contextual history of the study of sex hormones 1923 - 1940. Universiteit van Amsterdam.

Wilbur, J., Dan, A., Hedricks, C., & Holm, K. (1990). The relationship among menopausal status, menopausal symptoms and physical activity in midlife women. Fam Community Health, 13(3),67-78.

Wingerden, I. van, (1993). Hormonaal of mineraal? Osteoporose en het vrouwen lichaam. Tijdschrift voor Vrouwenstudies, 14 (2),149-171.

Worcester, N., & Whatley, M. H. (1992). The selling of HRT : Playing on the fear factor. Feminist Review, 41, 1-26.

SIGNALEMENTEN BUITENLAND

GEWELD (1)

In toenemende mate is geweld onderwerp van onderzoek in de medische literatuur; geweld wordt meer en meer gezien als volksgezondheidsprobleem, vanwege de grote bijdrage aan ziekte en sterfte. Dat dit met name in de Verenigde Staten een belangrijk onderwerp is zal niemand verbazen; een vuurwapen is er gemakkelijker aan te schaffen dan pakweg een mueslibol, en jaarlijks worden er dan ook 24.000 amerikanen vermoord in niet-oorlogs situaties. Moord is in de VS de tweede doodsoorzaak van alle mensen tussen de 15 en 24, en de belangrijkste doodsoorzaak van zwarte Amerikaanse mannen tussen de 15 en de 34 jaar oud. Maar ook dokters lopen gevaar: als men de Journal of the American Medical Association *(IAMA)* mag geloven is het werken op de eerste hulp van een grotestads ziekenhuis ongeveer even veilig als het zetten van wat hechtinkjes in het schootsveld van leden van schietsportvereniging 'punt 22'. Reden waarom een aantal artsen de "Physicians for a Violence-Free Society" heeft opgericht. De groep heeft tot doel artsen voor te lichten over gevolgen van geweld, een vaak miskende oorzaak van verwondingen of miskramen. Ook wil men voorlichtingsmateriaal voor patiënten en artsen ontwikkelen en wetgeving steunen die gericht is op beperking van geweld. Voorbeeld van het laatste is een in de VS omstreden wetsontwerp om het bezit van handvuurwapens aan banden te leggen. Niet in de laatste plaats is de organisatie ook bedoeld om gezondheidswerkers te beschermen tegen geweld door te lobbyen voor veiligheidsmaatregelen in ziekenhuizen, met name op eerste hulp afdelingen, in een poging om tot een loodvrije werkomgeving te komen. Hoe dat moet, daar is men het niet over eens. Er zijn voorstellen die voorzien in ingangen met metaaldetectors en tot de tanden toe gewapend bewakingspersoneel, terwijl anderen niets zien in patiëntenzorg in een fort, maar liever willen leren de-escalerend op te treden. Waar beide richtingen het wel over eens zijn, is dat er veel te weinig concrete onderzoeksgegevens bestaan over geweld van patiënten in hulpverleningssituaties.

R. *Voelker, Physicians Try Creating an Violence-Free Society. In: Journalof ihe American Medical Association 1994;271:732.*

GEWELD (2)

In de VS is een debat opgelaaid n.a.v. het al eerder genoemde wetsontwerp ter beperking van het wapenbezit.. Of wapens meer geweld in de hand werken dan dat ze effectief zijn tegen (mogelijk) gewelddadige personen is een onderwerp van verhitte diskussie tussen voor- en tegenstanders.

De vuurwapenlobby moet in oktober j.l. tandenknarsend het New England Joumal of Medicine hebben gelezen, waarin de stelling dat wapens beschermen tegen misdaad met een zeer indringend onderzoek bij het oud vuil wordt gezet. Het in bezit hebben van vuurwapens thuis is namelijk een duidelijke risicofactor voor moord in datzelfde huis, aldus een groep onderzoekers in het New England Journal. In nauwe samenwerking met de bureaus moordzaken van drie regio's in de VS onderzochten zij 1860 moorden van personen boven de 12 jaar, waarvan er 444 thuis -d.w.z. niet op straat of in een openbare ruimte- werden gepleegd. Bij iedere thuismoord werd een controlepersoon gezocht die in dezelfde buurt woonde als het slachtoffer en die op essentiële kenmerken zoals leeftijd, geslacht en huidskleur daarmee vergelijkbaar was.

Deze werd geïnterviewd over wapenbezit, veiligheidsmaatregelen thuis (van sloten tot honden), drank- en druggebruik, en het voorkomen geweld in het gezin, vragen die al eerder gesteld waren aan een goede bekende van het slachtoffer. Van controlepersonen en slachtoffers werd bovendien een aantal sociaal-economische

kenmerken verzameld, zoals opleidingsniveau en grootte van het huishouden.
Driekwart van de slachtoffers bleek vermoord te zijn door een familielid of bekende, en in de helft van de gevallen was sprake van moord met een vuurwapen. Meningsverschillen en driehoeksverhoudingen zorgden in de helft van de gevallen voor het motief.
Bij vergelijking van de groep slachtoffers met de controlegroep bleek dat slachtoffers vaker een vuurwapen in huis hadden, dat ook nog eens in een groter aantal gevallen geladen en vuurklaar was opgeborgen. Druggebruik, geweld en criminaliteit in het gezin, en de aanwezigheid van één of meer vuurwapens in huis vertoonden een duidelijk verband met het risico op moord, met name om het slachtoffer te worden van een familielid of goede kennis. Compenserend voor mogelijk verstorende invloeden is dat risico voor klanten van de firma Magnum, Smith & Wesson, Browning of wat ons nog meer aan wapenkennis via buis of witte doek mag zijn bijgebleven ruim 4 maal zo groot als voor degenen die er geen klant zijn. Dit risico bleek op te gaan voor alle leeftijden, blank en zwart, mannen en vrouwen. Een relatie tussen slachtoffer worden van moord en het bezit van steekwapens kon niet worden aangetoond, evenmin als een verband met (veel) veiligheidsmaatregelen in en om huis. Veel haalt dat laatste dus blijkbaar ook niet uit, hetgeen niet verbazend is als je bedenkt dat de meeste mensen worden vermoord door een familielid of bekende die in het merendeel van de gevallen waarschijnlijk al in huis was.
Deze bevinding zou tegelijkertijd een kritiek kunnen zijn op dit onderzoek. Een vuurwapen beschermt je niet tegen je familie, maar wel tegen een vreemde die je huis binnendringt, hoor je de wapenlobby al roepen. Bij het onderzoeken van die gevallen waarbij een vreemde de woning van het slachtoffer was binnengedrongen, konden de auteurs inderdaad een verhoogd risico om vermoord te worden niet hard maken. Zij hebben echter ook geen beschermend effect van vuurwapenzit kunnen aantonen.

A.L.. Keiierman. F.P.Rioara. N.B. Rushforth et al. 'Gun ownership as a risk factor for homieide in the home'. New England Journalof Medicine 1993;329:1084-1091.

GEWELD (3)

Hoewel geweld zich uiteraard niet beperkt tot het Amerikaanse continent, signaleren enkele Colombiaanse onderzoekers dat geweld een kritiek probleem is van Vuurland tot Vermont, in het bijzonder omdat vooral kinderen en jonge volwassenen tot de slachtoffers behoren. De onderzoekers uit Cali, samen met Medellin één van de hoofdsteden van de cocaïnehandel, laten de statistiek voor zich spreken: het sterftecijfer voor moord steeg van 22 per 100.000 personen in 1970 via 36 in 1980 naar 73 in 1990. Dat betekent dus, dat er in Colombia 23.000 personen vermoord op een bevolking van 32 miljoen mensen, bijna evenveel als jaarlijks in de 200 miljoen inwoners tellende VS, dat zoëven al als afschrikwekkend voorbeeld werd aangehaald. In Cali zelf steeg het sterftecijfer voor moord in tien jaar tijd nog sterker dan in de rest van het land: van 32 tot 90.5 per 100.000 inwoners (bijna een verdrievoudiging dus); in Medellin ligt dit cijfer nog drie keer hoger. Van ruim de helft van alle moorden in Cali is het slachtoffer jonger dan 25 jaar.

Deze op zichzelf al dramatische cijfers hebben grote gevolgen voor de gezondheidszorg. Herstel van gevolgen van geweid is de op één na belangrijkste reden voor het gebruik van revalidatie voorzieningen. De toegenomen vraag naar spoedeisende hulp zuigt geld en mensen weg van andere belangrijke voorzieningen; de veelal kostbare behandeling van verwondingen door geweld verminderen het geld dat gestoken kan worden in preventie van het ontstaan ervan. In Cali is daarom een project begonnen om het aantal slachtoffers van geweldsdelicten te verminderen, in samenwerking met de vier gangs die het grootste deel ervan veroorzaken. Dit project stoelt oa. op het idee dat gangleden gelijkwaardige partners zijn op het gebied van zoeken naar oplossingen en dat de gangs en de gemeenschap betrokken zijn bij onderhandelingen en voorstellen om de situatie te verbeteren. In het project wordt aan gang-leden die de criminaliteit vaarwel zeggen de mogelijkheid geboden om een bedrijfje te beginnen, waarbij ook financiële steun aanwezig is. Ook kunnen gang-leden aanspraak maken op revalidatie voorzieningen. De onderzoekers uit Cali menen, dat epidemiologisch onderzoek naar geweld een belangrijke bijdrage kan leveren aan de controle van het probleem. Helaas komen ze zelf (nog) niet met onderzoek, waaruit blijkt dat het door hen aangehaalde project een daling van de leeftijdsspecifieke sterfte door geweld laat zien. Mogelijk is het daarvoor, amper negen maanden na de start, nog te vroeg. In de volksgezondheidssector zijn meer goede, interdisciplinaire projecten nodig die gericht zijn op preventie van geweld, vinden de onderzoekers. Zij menen dat zonder maatregelen deze 'sociale epidemie' wel eens tot een internationale crisis in de volksgezondheid zou kunnen leiden.

G.I. de Roux, C. Chelala. Letter from Cali: Violenee in the Amerieas. Journalof the Ameriean Medical Association 1994;271:727.

WETENSCHAP

Soms vraag ik mij wel eens af wat wetenschappers beweegt om een bepaald onderzoek te doen. Zo trof ik in de Lancet een ingezonden brief aan met de titel: 'Do scientists really live longer?' Het wetenschappelijk onderzoek waar verslag van wordt gedaan toont aan dat 80% van de wetenschappers 70 jaar wordt, terwijl dat voor niet-wetenschappers 74% is. De bestudeerde personen worden sinds 1922 vrijwel hun hele leven lang achtervolgd door wetenschappers. Zij begonnen hun carrière als wetenschappelijk object op school, waar zij als "bright children' werden gerecruteerd. Uit eerder wetenschappelijk onderzoek in deze groep, die vrijwel gelijkelijk verdeeld is in wetenschappers en niet-wetenschappers, kwam naar voren dat wetenschappers niet en niet-wetenschappers wel sociaal zijn. Omdat, volgens de huidige onderzoekers, er goede bewijzen zijn dat sociale banden en gezondheid positief samenhangen, verwachtte men onder de groep wetenschappers een grotere mate van dood en verderf. Dat bleek dus niet juist te zijn. Omdat beide groepen vergelijkbaar zijn, behalve verschil in interesse in wetenschap en in socialibiliteit, kan deze uitkomst alleen 'verklaard' worden door het verband tussen sociaal zijn en gezondheid te verwerpen.

Ik geef het eerlijk toe, ik heb moeite met dit soort onderzoek. Er wordt gewerkt met zeer algemene categorieën en gelijkschakelingen. Zo wordt gezondheid op een doodscijfer gebaseerd en wordt sociabiliteit als een vaststaand persoonlijkheidskenmerk beschouwd. Uiteindelijk vraag ik me af wat we hier nu mee opschieten. Terecht merken de auteurs op dat het onderzoek slechts een voetnoot oplevert, die luidt dat het dus aantrekkelijk is om de wetenschap in te gaan. Maar waarom de wetenschap (daaronder wordt voornamelijk natuurwetenschap verstaan) het leven zo verlengt, is volstrekt onduidelijk. Het lijkt wel of we hier dan eindelijk concreet op de mythische heilsbelofte van de (natuur)wetenschap zijn gestuit, maar dan wel in een ander jasje dan normaal: niet de uitkomsten van wetenschap, maar de beoefening van wetenschap is levensverlengend. Een nieuwe vorm van een mythe is geboren.

Howard S Friedman c.s.: Do non-scieniisis really live longer? Lancet 1994;343:296.

John P Newnham c.s.: Effects of frequent ultrasound during pregnancy: a randomised controlled trial.. Lancet 1993;342:887-91.

WETENSCHAP, TECHNIEK EN GENEESKUNDE (1)

Nu we het toch over mythen hebben: de mythe dat een echo van de foetus tijdens de zwangerschap onschadelijk is, is door een artikel in de Lancet ook aan de kaak gesteld. Meer dan vijf echo's in een zwangerschap levert volgens onderzoekers een groeiachterstand op. Deze groeiachterstand heeft overigens geen enkele consequentie, noch in mortaliteit, noch in morbiditeit, noch in complicaties bij de bevalling. Toch haalt zoiets onmiddellijk de voorpagina van kranten, want welk fotoalbum van de nieuwe spruit begint tegenwoordig niet met een foto van de eerste echo? Pret-echo's zijn bovendien zeer gewild om het gat in de tijd tussen de eerste echo en de geboorte met sprekende afbeeldingen op te vullen.

Maar ook voor dit onderzoek gelden bezwaren die boven reeds genoemd zijn. De onderzoekers claimen dat de twee onderzochte groepen volledig vergelijkbaar waren, behalve wat betreft het aantal echo's. Dus moet het aantal echo's wel de verklaring zijn voor de groeiachterstand, zo wordt geredeneerd. Hoewel de groeiachterstand door ultrageluid biologisch 'aannemelijk' is volgens de auteurs, kan niet gezegd worden dat alle aannemelijke hypotheses er bij worden betrokken. Om er maar eens één te opperen: stel dat de aanstaande moeders zich bij elke echo die er gemaakt wordt zorgen maken over de toestand van hun kind, zodat de blijde verwachting een angstige verwachting wordt. Zo gek is deze veronderstelling niet. Ook bij het meten van bloeddruk is de meting zelf, of beter gezegd het feit dat er gemeten wordt, van invloed op de uitkomst.. Een frequente echoscopische controle stelt elke keer de mogelijkheid dat er iets mis is aan de orde, hetgeen via allerlei tussenstappen ook een biologisch effect kan hebben dat vervolgens weer met de echo gemeten wordt. Maar 'groeivertraging door medicalisering van zorgen' komt niet op de voorpagina.

Het komt mij voor dat de terughoudendheid ten aanzien van echo's die nu plotseling ook in het editorial van de Lancet doorklinkt, ook het gevolg had kunnen zijn van de stelregel dat er alleen op indicatie echo's worden gemaakt.. Maar dat had de commerciële echo-industrie niet weerhouden om haar winstgevende praktijk voort te zenen. en aanstaande ouders er niet van overtuigd dat verwachtingen niet gefotografeerd kunnen worden,

WETENSCHAP, TECHNIEK EN GENEESKUNDE (2)

Niet iedereen laat (medischjwetenschappelijke inzichten en daarop gebaseerde technieken toe, zo blijkt uit twee berichten in de Lancet.. In Massachusetts hebben twee ouders hun zieke kind laten overlijden aan wat later een 'corrigeerbare' darmafwijking bleek te zijn, omdat zij, als Christian Scientists, hun vertrouwen in gebedsgenezing hadden gesteld. Omdat er zich in de wet een passage bevond, waarin dit toegestaan werd, konden zij niet veroordeeld worden wegens doodslag en kindermishandeling. De wet is ondertussen veranderd.

In Chicago weigerde een vrouw in de 37e week van haar zwangerschap ook op religieuze gronden een keizersnede die werd geadviseerd vanwege hartdecelerations van het kind. De artsen gingen naar de rechter omdat zij de kans op een dood of ernstig geestelijk gehandicapt kind te groot vonden. Terwijl, in grote haast ongetwijfeld, drie achtereenvolgende rechtbanken dit verzoek afwezen, beviel de vrouw op natuurlijke wijze van een 'ogenschijnlijk gezonde zoon van 2.2 kilo.'

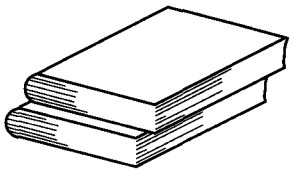
Vooral dit laatste zinnetje is illustratief voor de situatie waarin ons oordeelsvermogen terecht is gekomen. Gezondheid en ziekte is ogenschijnlijk geworden, behalve voor de bedieners van de medische apparaten. De winst die daarmee geboekt is, is ook een verlies. Van medische techniek wordt nogal eens gezegd dat ze autonoom is, maar dat is een onzinnige bewering voor een produkt van menselijke creativiteit.. Het echte probleem schuilt, zo zegt Eric CasselI in het Hastings Center Report, in de artsen die de techniek gebruiken, het publiek dat de techniek adoreert en de voor kennis van de mens beperkte pathofysiologische en anatomische kennis waarop de techniek gebaseerd is. Ten onrechte verbinden wij aan die techniek een gevoel van zekerheid. De mensen die er op wijzen en ook aantonen dat bijvoorbeeld beeldvormende technieken behalve zekerheid ook interpretatieproblemen (en dus onzekerheid) oproepen zijn veelal roependen in de woestijn. Maar het moet worden toegegeven dat het niet eenvoudig is om te bepalen of medische techniek wel of niet op zijn plaats is. Ervan af zien brengt een zeker risico met zich mee, soms met ernstige gevolgen zoals in het eerste voorbeeld. Maar er gebruik van maken roept weer andere problemen op, soms in de vorm van (achteraf!) overbodige interventies, zoals in het tweede voorbeeld. Er is echter wel een verschil tussen onzekerheid zonder en onzekerheid met medische techniek. In het eerste geval gaat het om onzekerheden met betrekking tot gevoelens die arts en patiënt tot op zekere hoogte met elkaar kunnen delen. In het tweede geval ligt de onzekerheid vooral bij degene die de techniek kent en zijn de interpretatieproblemen moeilijker te delen met de patint.. Techniek schept een afstand tussen arts en patint, concludeert CasselI, die niet altijd de patiënt ten goede komt en de arts met de techniek isoleert.

Michael McCarthy: End of legal protection against spiritual healing in Massachusetts. The Lancet 1994; 343: *107.*

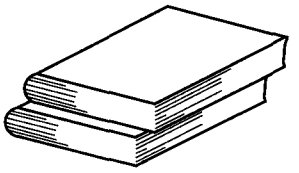
Michael McCarthy: Right to refuse caesarean section in USA. The Lancet 1994; 343: *107-8.*

Eric J CasselI: The Sorcerers Broom. Medicine's Rampant Technology. Hastings Center Report, November-December 1993

Bijdragen: Joost van der Meer, Arko Oderwald.



boeken



ONGEZONDE VERSCHILLEN

J.P. Mackenbach. Ongezonde verschillen - over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gorcum, 1994, ISBN 90323 2857 X; 162 bladzijden, f 37,50.

Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen. Onderzoeksprogramma sociaal-economische gezondheidstierschillen: eindverslag en aanbevelingen. Rijswijk: Ministerie van WVC,, 1994, ISBN 9074364659,61 bladzijden,! 15,-- (bestellen bij Hageman Verpakkers, 079-661188)

Achterstanden op sociaal-economisch terrein gaan samen met achterstanden in gezondheid. Simpel gezegd: als je arm bent of alleen lagere school hebt afgemaakt, dan ga je gemiddeld eerder dood en ben je ook verder gemiddeld ongezonder. Het boek *Ongezonde verschillen* brengt nauwgezet in kaart wat bekend is over sociaal-economische verschillen in het vóórkomen van verschillende gezondheidsproblemen in Nederland. Verschillen zijn er bijvoorbeeld wat betreft het hebben van psychische problemen en van lichamelijke beperkingen, maar ook wat betreft het krijgen van ziekten als een hartinfarct en longkanker of de overlevingsduur nadat kanker is vastgesteld.

Verder bevat het boek veel informatie over de manier waarop deze verschillen ontstaan. Vooral over de verschillen tussen laag en hoog opgeleiden is relatief veel bekend. Leefwijzen en de gevolgen daarvan spelen hier een belangrijke rol. Laag opgeleiden roken gemiddeld meer en hebben vaker een te hoge bloeddruk of een te hoog lichaamsgewicht.. Waarschijnlijk daarmee samenhangend zijn hoog opgeleiden gemiddeld sterker op de toekomst gericht en hebben zij meer het gevoel dat zij zelf invloed kunnen uitoefenen op hun gezondheid. Ook op andere terreinen spelen dergelijke verschillen, die uiteindelijk kunnen leiden tot deze "ongezonde verschillen". Voorbeelden daarvan zijn arbeidsomstandigheden en psychosociale stress, maar ook levensomstandigheden tijdens de jeugd. Het boek bevat een vrij compleet overzicht van wat hierover bekend is, met name wat betreft Nederlands onderzoek.

Het boek van Johan Mackenbach is daarmee een waardige afsluiting van een 5-jarig onderzoekprogramma over sociaal-economische gezondheidsverschillen (hoewel het formeel niet onder verantwoordelijkheid van dit programma is uitgebracht). Mackenbach was coördinator van dit door WVC gefinancierde project waaraan vele Nederlandse onderzoeksgroepen een bijdrage leverden. Zowel het boek van Mackenbach als het eindverslag van de commissie die dit programma stuurde, laten zien dat het project heeft geleid tot veel meer kennis over sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland.

Brits onderzoek had eerder al duidelijk gemaakt dat deze verschillen ook in westerse landen nog bestaan. Het fameuze Black-report uit 1980 liet bijvoorbeeld zien dat de verschillen in Engeland aanzienlijk waren, een bericht dat het toenmalige kabinet-Thatcher hardnekkig trachtte te verdoezelen. En de twee Amsterdamse vergelijkende buurtonderzoeken lieten relatief kort daarna zien dat ook de opbouw van de verzorgingsstaat in het na-oorlog se Nederland deze verschillen niet had geëlimineerd.

Onze kennis over aard en oorzaak van sociaal-economische gezondheidsverschillen is dus nu veel groter, maar bij lezing van beide boeken bekruipt je wel de vraag: en wat gaan we hier nu aan doen? Wat is er bekend over de effectiviteit van activiteiten om de gezondheid van achterstandsgroepen te verbeteren? Hierover wordt je door lezing van beide publikaties maar beperkt wijzer. Aangegeven wordt welke ingrepen mogelijk kunnen leiden tot verkleining van de verschillen. Voorbeelden daarvan zijn een gelijkere spreiding van werk en inkomen en verbetering van de arbeidsomstandigheden in vooral lager gewaardeerde beroepen. Verder wordt geconstateerd dat op sociaal-economisch terrein de verschillen op dit moment juist groter worden, wat waarschijnlijk ook zal leiden tot toename van de gezondheidsverschillen. De programmacommissie merkt dan ook op dat compenserende ingrepen op het directe terrein van de volksgezondheid, zoals gezondheidsvoorlichting en preventieve zorg, op dit moment meer kans van slagen hebben dan op andere, sociaal-economische, terreinen.

De vraag naar interventies stond ook centraal op het symposium waar beide publikaties werden gepresenteerd, in februari van dit jaar. Zowel Simons, toen nog net staatssecretaris van volksgezondheid, als de top van het departement gaven hier aan dat oplossingen zouden moeten komen via een buurtaanpak, via GGD-en, en via het netwerk Gezonde steden. Lokale overheden zouden hierbij centraal staan. Over het wat en hoe bleef men echter in het vage: een nieuwe programma-commissie moet zich hier mee bezig gaan houden. Wat die nieuwe commissie precies moet gaan doen zal waarschijnlijk pas enige tijd na de landelijke verkiezingen duidelijk worden.

Duidelijk was wel dat tijdens dit symposium de zaal gevuld was met betrokkenen bij de gezondheidssector en niet bij bijvoorbeeld economische zaken en onderwijs. Die sectoren betrekken bij het verbeteren van de gezondheid van achterstandsgroepen blijft een probleem. Dat geldt landelijk, maar ook lokaal. Werken aan bijvoorbeeld luchtwegklachten bij kinderen in een Amsterdamse probleembuurt kan betekenen dat ouders moeten worden voorgelicht over de invloed van hun rookgedrag op de gezondheid van hun kind. Maar het betekent ook praten met een woningbouwvereniging over woningverbetering, en met de sociale dienst over de kosten van een woningsanering.

Aanbevelingen van landelijke politici om dit probleem lokaal op te lossen zijn daarom wat te makkelijk als daar niet ook middelen voor beschikbaar zijn. Juist op lokaal niveau wordt op dit moment driftig bezuinigd op welzijn en zorg, sectoren waarbinnen zo'n lokale aanpak zou moeten worden gecoördineerd. Opbouwwerk, sociaal-cultureel werk en GGD-en merken dat in hun begrotingen. In zo'n klimaat lijken de kansen voor het opzetten en coördineren van speciale activiteiten voor achterstandsgroepen zeker niet optimaal. Dat betekent echter zeker niet dat pogingen daartoe bij voorbaat kansloos zijn, maar wel dat de behoefte aan inzicht in de effectiviteit van dergelijke interventies nog sterker wordt.

Menno Reijneveld

GG&GD Amsterdam en lid redactieraad TGP

MEER PROFESSIONALS IN PLAATS VAN ZORGVERLOF

A.H.. de Boer (geen familie) e.a., 'Informele zorg, een verkenning van huidige en toekomstige ontwikkelingen', Cahier 108, 316 pagina's, ISBN 90-5250-611-6, Rijswijk (SCP) 1994, is *voor* f 30 *verkrijgbaar* in *de boekhandel*..

Mantelzorg blijft de beleidsmakers in ons land met bezorgdheid vervullen. Zijn er ondanks ontgroening en vergrijzing straks nog wel genoeg mensen bereid en in staat om voor bijvoorbeeld hun zieke partner, moeder of vader te zorgen? De thuiszorg is de afgelopen jaren zo afgekwepen dat ze eigenlijk alleen nog hulp kan bieden als ze ook op mantelzorg kan rekenen. Substitutieprojecten kunnen alleen slagen als men aan het thuisfront rond het bed al met de handjes staat te wapperen. Kortom: in het zorgbeleid speelt de informele zorger een sleutelrol..

Over de beschikbaarheid van informele zorg deden de laatste jaren akelig onheilspellende verhalen de ronde. De vraag zou enorm gaan toenemen, het aanbod tegelijkertijd dalen. Dat kwam niet alleen door demografische factoren - meer ouderen, minder jongeren - maar ook omdat er zoveel vrouwen de arbeidsmarkt op werden gezogen. En (schoon)dochters en andere vrouwen vormen nu eenmaal al een paar duizend jaar de belangrijkste recruteringsbron voor dit onbetaalde en zware werk. Er moest iets gebeuren, vonden de onheilsprofeten, anders zouden al vrij snel zieke en oude mensen gaan verkommeren of moeten worden opgenomen in een zieken- of verpleeghuis.
Maar hoe ernstig is de situatie eigenlijk? Tot voor kort was het moeilijk om na te gaan of de onheilsprofeten het aan het rechte eind hadden. Sinds maart is dat een stuk gemakkelijker geworden. In het rapport *'Informele zorg'* zet het Sociaal en Cultureel Planbureau de feiten over mantelzorg keurig op een rij.

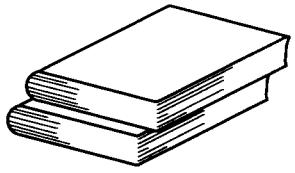
AIIVE AND KICKING

Neem het vermoeden dat de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen de basis onder de informele zorg wegslaat.. Dat vermoeden is gebaseerd op de verwachting dat wie werkt, geen - of althans: minder - tijd over heeft voor informele zorg. Dat valt nogal mee. als we het SCP mogen geloven. Om te beginnen is er nog altijd een substantieel deel van de mannen dat informele zorg verstrekt: zeven procent, tegen vijftien pn:\..~lr\w alk \ı·oowen. Verder valt dat met die arbeidsparticipatie reuze mee. Weliswaar steeg het percentage werkende vrouwen van een kwart in 1971 tot meer dan de helft in 1991, maar de meeste van die vrouwen hebben part time banen. Naast hun betaalde werk zijn ze bijna net zoveel werk blijven doen in hun eigen huishouding.
Wie naar de urenbesteding van vrouwen kijkt, ziet iets heel opmerkelijks. Tussen 1975 en 1990 zijn vrouwen per week twee uur en 42 minuten *meer* betaald werk gaan doen, terwijl ze in diezelfde periode drie uur *minder* huishoudelijk werk zijn gaan doen. Dat is achttien minuten tijdwinst.. Ondanks de toegenomen arbeidsparticipatie hebben vrouwen momenteel dus per week de afgelopen 25 jaar ruim een kwartier meer beschikbaar gekregen voor andere activiteiten - waaronder bijvoorbeeld mantelzorg.
Het SCP prikt in het rapport 'Informele zorg' nog een tweede onheilsprofetie door (die overigens vaak in een adem wordt genoemd met de vorige): mensen zouden het langzaamaan te druk krijgen om nog informele zorg te kunnen verlenen. Valt ook nogal mee. Mantelzorgers doen hun nuttige werk kennelijk heel efficiënt.. In vergelijking met de gemiddelde bevolking nemen ze zelfs tamelijk actief deel aan het maatschappelijk leven. 'De groep informele zorgers maakt zeker niet de indruk bedolven te zijn onder de taken die verband houden met informele zorg,' concludeert het SCP.

OVERBELASTING DREIGT

Is er dan helemaal geen reden tot bezorgdheid? Toch wel. Volgens het SCP zal het aanbod van informele zorg de komende twintig jaar ongeveer gelijk blijven, maar neemt de vraag in diezelfde periode toe. Dat brengt met zich mee dat informele zorgers overbelast kunnen raken. Maatregelen om hen te ondersteunen zijn dan ook zeer wenselijk. Ook voor een discussie over de vraag welke maatregelen dat zouden moeten zijn, levert het SCP bruikbaar - zij het voor sommigen wat tegendraads - materiaal.. Zo wijzen de onderzoekers het invoeren van betaald zorgverlof voor werkende informele zorg van de hand. Dat is te duur: 1,1 tot 1,5 miljard. Dat geld zou beter besteed kunnen worden aan de versterking van de professionele thuiszorg. Met name de positie van de werknemers daar zou in materiële zin moeten worden verbeterd, aldus het SCP. 'Vooral hun motivatie is immers onmisbaar voor de ondersteuning van informele zorg.' De vakbeweging moet zich dus maar eens achter de oren krabben. Misschien moet ze (nog) wat minder hoog inzetten op het opnemen van zorgverlof in CAO's en zich alvast beraden op de onderhandelingen over de nieuwe CAO-Thuiszorg.
Voorstanders van een zorgverlof laten zich graag inspireren door het buitenland. Het SCP heeft daar geen hoge pet van op. 'In landen waar gediscussieerd wordt over "payment for care" en zorgverlof is het reguliere voorzieningenniveau meestal minder hoog dan hier. Vergoedingen worden daar - zo ze al worden gegeven - niet aangeboden naast reguliere zorg, maar in plaats daarvan. In die landen was en is de belasting van de mensen die informele zorg geven gemiddeld zwaarder dan in Nederland, waar de thuiszorg traditiegetrouw een belangrijke plaats heeft in het stelsel van gezondheidszorg.' Dat dat voor de USA en Duitsland geldt, is evident.. Of een land als Denemarken ook in dat rijtje hoort, laat het SCP echter onbesproken.
Uit de aanbevelingen in 'Informele zorg' spreekt een duidelijke visie: we hebben een goed professioneel stelsel, laten we dat maar niet uithollen door non-professionals geld te geven. Een goed functionerende thuiszorg ziet het SCP als een voorwaarde voor het praktizeren van solidariteit.. Vanuit veel gezichtspunten doet die visie sympathiek aan. Niet alleen het belang van de professionals lijkt ermee gediend, maar ook dat van de meeste mantelzorgers, die immers niet in loondienst zijn en met zorgverlof niet veel opschieten.

Nico de Boer



VREEMDE GEZONDHEIDSZORG

Eric van Rijswijk

Artsen en verpleegkundigen in ziekenhuizen komen in toenemende mate in contact met asielzoekers en vluchtelingen, die voor medische problemen worden verwezen door een huisarts of *vluchtelingenarts. Maar de bejegening van deze groep patiënten is niet altijd zoals je zou wensen. Vluchtelingenarts Van Rijswijk zoekt verklaringen.*

Hoe weinig respectvol vluchtelingen in de tweede lijn worden bejegend, blijkt uit de brieven waarin specialisten verslag doen van het contact en de behandeling. Een (willekeurige) greep uit deze brieven, afkomstig uit verschillende ziekenhuizen, levert zinsnedes op als:

- "Anamnese: blanco"
- "De klachten lijken vooral cultuurbepaald"
- "Patiënt spreekt geen nederlands"
- "Met patiënt blijkt niet te cornmuniceren"
- "Patiënt wil me niet begrijpen"

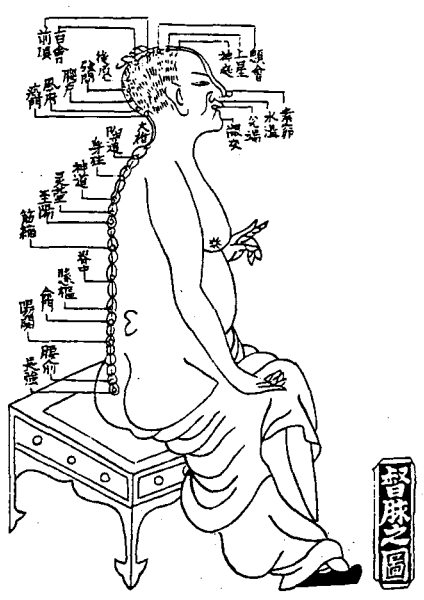
Of neem dat telefoontje waarin een specialist aan me vroeg de positieve uitslag van een HIV-test - gedaan buiten medeweten van de patiënt - met de patiënt te bespreken. Testen zonder toestemming van de patiënt is wettelijk verboden, en moet het altijd gepaard gaan met 'pre- en post-test counseling'. Het verzoek van de specialist werd dan ook niet ingewilligd.

Het is schokkend te ervaren dat er geen recht gedaan wordt aan vluchtelingen en dat geen moeite wordt gedaan om met hen te communiceren. De consequenties hiervan voor de kwaliteit van de medische zorg zijn groot. Zonder adequate communicatie zal bijvoorbeeld de compliance voor een noodzakelijke therapie laag zijn, de voorlichting over eventuele bijwerkingen of voorzorgsmaatregelen onvoldoende en de bereidheid om een 'ongezonde leefstijl' te veranderen gering.

Veel van de gesignaleerde problemen zie je ook in de benadering van migranten in de gezondheidszorg. Daar spelen eveneens communicatieproblemen en ook migranten hebben een andere (cultuurbepaalde) beleving van ziekte en gezondheid. Ook nemen migranten net als vluchtelingen in de Nederlandse samenleving een marginale (sociaal-economische) positie in. Maar er zijn ook verschillen. Vluchtelingen zijn meestal nog maar kort in Nederland en hun komst was niet, of minder, vrijwillig. Daarnaast hebben vluchtelingen vaak traumatische ervaringen (zoals oorlogsgeweld, marteling en verkrachting) achter de rug. Dat artsen daaraan vaak meewerkten, maakt het niet eenvoudiger vertrouwen te hebben in de gezondheidszorg.

VERKLARINGEN

"Onbekend maakt onbemind", om maar eens een oud Nederlands spreekwoord uit de kast te halen, is de meest voor de hand liggende verklaring. Onbekendheid kan leiden tot communicatieproblemen met patiënten uit andere culturen en tot onbegrip voor de vaak andere lichaamsbeleving, voor de andere manier om klachten te uiten en voor de specifieke problemen (inclusief gezondheidsproblematiek).



Dat specialisten niet voldoende op de hoogte zijn van mogelijkheden om ten minste de communicatie-barrière te slechten, kan leiden tot: 'anamnese: blanco'. De regionale tolkencentra leveren met persoonlijke tolken en de tolken telefoon een prima service. Niet altijd is direct een tolk beschikbaar, maar voor elke buitenlandse patiënt valt dat wel te regelen, zelfs al bij de eerste afspraak. Mijn ervaring is dat de taalbarrière nog de meest eenvoudig te overkomen barrière is.

Dat na het wegnemen daarvan communicatieproblemen blijven bestaan, kan samenhangen met andere verwachtingen van de patiënt van specialistische zorgverlening. Het ligt voor de hand te denken dat deze verwachtingen voortkomen uit een (ook in medisch opzicht) andere cultuur. Maar dit mag geen excuus zijn om dan maar minder te communiceren. Zowel de hulpverlener als de patiënt zullen moeite moeten doen om die verwachtingen duidelijk te maken.

Bij Nederlandse patiënten zijn specialisten al geneigd reductionistisch te denken en weinig aandacht te hebben voor de gehele mens. Geconfronteerd worden met een 'vreemde' geeft onzekerheid, en dit kan verklaren dat zij dan zich nog meer richten op een bepaald orgaansysteem of laboratoriumbepaling.

De beleving van de klachten en de manier waarop die worden geuit zijn slechts zelden alléén maar cultuurbepaald. Ze hangen ook samen met persoonsgebonden factoren. Het lijkt een beetje op de dooddoener: "Mijnheer, het probleem is psychisch, ik kan niets voor u doen". Door zorgvuldig dóór te vragen naar de activiteiten van de patiënt kan de specialist bijvoorbeeld een redelijke inschatting maken van-de ernst van de pijn.

In hoeverre ethnocentrisme of racisme een rol spelen, durf ik niet te zeggen. Maar ik ben bang dat dat soms het geval is. Dat er zo weinig moeite gedaan wordt om adequaat met de patiënt te communiceren, leidt tot tot die gedachte.

Bovenstaande verklaringen lijken niet voldoende. Ik denk dat het vooral gaat om attitude. Hulpverleners voelen zich onmachtig de culturele kloof te overbruggen en willen zich niet voldoende inzetten om eenzelfde kwaliteit van zorg te leveren als aan Nederlandse patiënten.

PERSOONLIJKE ERVARING

Dat communiceren met vluchtelingen niet altijd eenvoudig is, is ook mijn ervaring als vluchtelingenarts in een Asielzoekerscentrum. Maar met goede wil van zowel hulpverlener als patiënt is ver te komen. Het genoemde tolkencentrum draagt bij

De gezondheidszorg voor asielzoekers en vluchtelingen wordt in het algemeen Medische Opvang Asielzoekers (MO) genoemd. De taken van de MO zijn de volgende:
- screening gezondheidstoestand van asielzoekers
- psychosociale begeleiding
- curatieve zorg
- screening importziekten
- voorlichting en preventie
- overdracht naar reguliere zorg

Als een asielzoeker in Nederland aankomt verblijft hij/zij eerst enige maanden in een zogenaamd Opvangcentrum (OC); na enige maanden verhuist hij/zij naar een Asielzoekerscentrum (AZC).

Het is de bedoeling dat in een OC de gezondheidstoestand van de asielzoekende bekeken wordt. Daartoe wordt een vragenlijst over de medische voorgeschiedenis, ervaren gezondheid en gezondheidsproblemen ingevuld. Vervolgens vindt een intake-gesprek plaats. Gezondheidsproblemen, geweldservaringen, vluchtverhaal en dergelijke komen daar standaard aan de orde. Indien gewenst volgt nader onderzoek of begeleiding.

Psychosociale begeleiding is in een AZC de belangrijkste taak van de MO, en van het maatschappelijk werk. Veel gezondheidsproblemen van asielzoekers en vluchtelingen hebben psychosociale problemen als onderliggende 'oorzaak'. Bij ernstige psychiatrische problematiek wordt ook een psychiater van het RIAGG ingeschakeld, die ook supervisie kan geven. Als zeer specifieke "vluchtelingen-deskundigheid' noodzakelijk is kan de Sociaal-Psychiatrische Dienst Vluchtelingen in Amsterdam ingeschakeld worden.

Beleid is dat een plaatselijke huisarts de huisartsgeneeskundige zorg verleent. Elke dag is er een zogenaamd inloopspreekuur bij de vluchtelingen-arts of verpleegkundige. Kleine problemen worden zelfstandig afgehandeld, maar vaak wordt er naar het huisartsenspreekuur. In enkele centra is de plaatselijke huisarts niet of te weinig beschikbaar; de vluchtelingen-arts verleent dan huisartsgeneeskundige zorg.

Een belangrijke taak van de verpleegkundigen ligt op het gebied van de voorlichting. Voorlichting vindt ondermeer plaats over de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland (zo is in veel landen een huisarts een onbekend begrip), over AIDS, voeding, seksueel overdraagbare aandoeningen, en kleinere medische klachten. Veelal wordt voorlichting gegeven in groepen, tijdens de inloopspreekuren ook individueel.

Bij verhuizing van een asielzoeker of vluchteling naar een gemeente vindt overdracht naar de reguliere zorg plaats, een belangrijk aandachtspunt voor de continuïteit van zorg. Zogenaamde 'risico-cliënten' (mensen met ernstige gezondheidsproblemen, vaak op psychisch vlak) worden aangemeld bij Pharos (steunpunt gezondheidszorg vluchtelingen) dat tot taak heeft de reguliere hulpverleners te ondersteunen en meekijkt of er adequate zorg verleend wordt.

aan het wederzijdse begrip. Hoe goed hulpverlener en patiënt ook een vreemde taal beheersen, spreken in je eigen 'moerstaal' verdient de voorkeur; nuances zijn er veel beter in aan te brengen. Bovenal is klachtbeleving ook aan eigenheid gekoppeld, zeker als het gaat om intieme lichamelijke of psychische klachten.

Als de taalbarrière overwonnen is gaat het erom elkaar te begrijpen. Proberen te begrijpen wat de klacht precies inhoudt, wat hij voor de patiënt berekent en wat deze van je verwacht. Dwje::~r12,er; \\at en waarom je voor een ~~,: , x:: ,:c,est, vereist een actieve :'w.:S:~j-~~,:r: :'.OD~.:.

en van de hulpverlener nog meer aandacht voor de uitleg dan bij Nederlandse patiënten.

Het is niet altijd mogelijk de manier waarop een klacht beleefd wordt te begrijpen. Ik snap ook niet hoe "I feel hot in stomach" aanvoelt. Maar vaak is belangstelling en trachten het te begrijpen, al heel wat.

Vragen naar de verwachtingen van de vluchteling wordt door hem soms gezien als blijk van ongeïnteresseerdheid. Als je uitlegt waarom dat voor jou als hulpverlener belangrijk is. wordt het in het algemeen goed begrepen.

Voor mij is het een uitdaging om te werken met mensen uit een andere, voor mij vreemde cultuur. Het geeft mij een bredere kijk op ziekte en gezondheid. Het doet beroep op mijn creativiteit. om (in overleg met de patiënt) oplossingen te zoeken voor de gezondheidsproblemen. Het levert me als Nederlandse hulpverlener een groter arsenaal op aan (therapeutische) mogelijkheden en ik kom in aanraking met de beperkingen ervan. Een belangrijke motivatie is dat ik me kan inzetten voor een kwetsbare groep en kan bijdragen aan integratie van vluchtelingen in de Nederlandse samenleving.

OPLOSSINGEN

Dat de diensten van het regionale tolkencentrum een belangrijke bijdrage kunnen leveren bij het overwinnen van de taalbarrière hoeft geen nadere toelichting. In het zoeken naar oplossingen - gericht op een betere kwaliteit van de zorg en integratie van de vluchtelingen in de Nederlandse samenleving - gaat het er vooral om te proberen elkaar te begrijpen en elkaar te respecteren. Proberen te begrijpen wat de klachten zijn en betekenen. Verwachtingen over het hulpaanbod duidelijk krijgen. Het is geen concrete oplossing, maar één die gericht is op een verandering van attitude.

Meer aandacht voor de (gezondheids)problemen van vluchtelingen en migranten in de opleidingen in de gezondheidszorg en in nascholing kan leiden tot meer begrip, kennis en vaardigheden.

Specialisten kunnen daarnaast met een vluchtelingenarts uit een naburig asielzoekerscentrum over de gesignaleerde problemen overleggen. En tenslotte biedt de stichting Pharos (steunpunt gezondheidszorg vluchtelingen) in Utrecht ondersteuning aan de reguliere hulpverlening. In de eerste fase van hun verblijf in Nederland kunnen vluchtelingen echter het best behandeld worden door (gespecialiseerde) vluchtelingenartsen, in nauwe samenwerking met huisartsen en specialisten. Hopelijk zal blijken dat het niet waar is dat de problemen in de zorg aan migranten voortkomen uit ethnocentrisme.

Eric van Rijswijk is werkzaam als v/uchtelingenarts in een asielzoekerscentrum.

SIGNALEMENTEN

Bijdragen voor de rubriek signalementen moeten gestuurd worden naar het redactieadres:
Postbus 17107
1001 JC Amsterdam

PUBLIKATIES

Het idee dat een jonge faculteit als Gezondheidswetenschappen ook progressief is ten aanzien van het aangeboden onderwijs, blijkt een illusie. Vrouwen spelen in het onderwijs, zowel in de inhoud als in de vorm, duidelijk de tweede viool. Mannen zijn de norm. Bovendien wordt er een stereotype- en vooroordeelbevestigend beeld geschetst van mannen en vrouwen.
Zo zijn afslankingsprogramma's bedoeld voor dikke vrouwen (en dus niet voor dikke mannen). Als men het over Aids-patiënten heeft, denkt men alleen maar aan homoseksuele mannen.
Dit zijn enkele conclusies uit het onderwijs(evaluatie)rapport 'Nog een halve wereld te begrijpen' dat in samenwerking met het bestuur van de faculteit Gezondheidwetenschappen van de Rijksuniversiteit Limburg tot stand kwam. Het onderzoek sluit af met een dringend appel op allen die met onderwijs te maken hebben om in deze traditionele praktijken verandering te brengen.
Het rapport 'Nog een halve wereld te begrijpen - Sekse en gezondheid in het onderwijsprogramma van Gezondheidswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Limburg' werd geschreven door Anne Janssen. Het is *voor f 15,00 te bestellen, telefoon 043- 881144.*

Samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten is mogelijk. Voorwaarden zijn dat huisartsen niet afwijzend staan tegenover alternatieve geneeswijzen en dat alternatieve therapeuten arts of fysiotherapeut zijn. Onder die condities schatten husartsen het effect van de alternatieve behandeling van hun patiënten vrij gunstig in en zien zij voordelen in samenwerking. Voor alternatieve therapeuten en patiënten geldt dat laatste ook.
De samenwerking hoeft niet intensief te zijn. Het is voldoende als huisartsen weten welke alternatieve therapeuten in hun buurt gevestigd zijn en bericht krijgen als een patiënt daar onder behandeling is.
Dit zijn conclusies van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) na evaluatie van twee experimentele samenwerkingsverbanden.
Het NIVEL-rapport 'Samenwerking van huisartsen en alternatieve therapeuten; evaluatie van twee experimenten' is geschreven door G.J. Visser en P Peters. Zij geven iriformatie: 030-319946.

Vorig jaar zijn vanuit het project 'de GGD op weg naar 2000' zes regiobijeenkomsten gehouden over lokaal gezondheidsbeleid en de kwaliteit van collectieve preventie. Op basis van de inleidingen van GGD-directeuren, wethouders en gemeentesecretarissen is de publikatie 'de GGD, de Gemeentelijke Geheime Dienst' verschenen. De titel verwijst naar de constatering dat de GGD zich onvoldoende profileert. In de publikatie staan 40 uitdagingen beschreven om een gedegen kwaliteitsbeleid voor het lokaal gezondheidsbeleid te bereiken.
De publikatie 'De GGD, de Gemeentelijke Geheime Dienst?: 40 *bekende en onbekende uitdagingen voor lokaal gezondheidsbeleid, de gemeente, haar GGD en de kwaliteit van collectieve preventie' is samengesteld door A. WM.. Meijer. Kost f 15,- exclusief verzendkosten; te bestellen bij het Landelijk Instituut voor GGD'en, Postbus 85300, 3508 AH Utrecht.*

Invervolg op de rapporten van de commissie-Dunning en de Gezondheidsraad over het medisch handelen, is WVC in gesprek gegaan met de beroepsgroepen in de zorgsector. Het ministerie doet in een brochure verslag van de eerste consultatieronde, onder meer over vakinhoudelijke ontwikkelingen, kwaliteitsbeleid en opleiding.
'In gesprek. Beroepsinhoudelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg'. Te bestellen bij het Ministerie van WVC, afd. publieksvoorlichting, Postbus 5406, 2280 HK Rijswijk. Telefoon 070-3406015.

De FNV heeft onlangs haar visie op de stelselherziening vastgelegd. Zij spreekt zich uit voor een basisverzekering die voor 100% wordt betaald uit inkomensafhankelijke premies en tegen een verzekering met een particulier karakter. Daarmee neemt zij stelling tegen de voorstellen van de VVD, werkgevers en enkele zorgverzekeraars, die de voorkeur geven aan het laatstgenoemde alternatief..
De brochure 'Gezondheidszorg verzekerd' is te bestellen door overmaking van f 5,- (voor leden) of f 7,50 (niet leden) op giro 687942 tnv FNV afd. publikaties te Amsterdam onder vermelding van bestelnummer GZ-94-007.

Als de vrouwen in het politieke debat over keuzen in de zorg nog niet voldoende aan bod zijn gekomen, is daar nu in ieder geval veel aan gedaan met een mooi uitgegeven bundel vol glashelder beschreven vraagtekens, aanvullingen en opvattingen bij onderbelichte aspecten als: de vrouwelijke patiënt, de medicalisering van voortplanting en overgang, de zorg voor migrantenvrouwen en de vertegenwoordiging van vrouwen in adviesorganen. Zo'n verhaal als 'Denkt Dunning wel aan Sjaan?' laat goed zien hoe de discussie niet louter moet gaan over zorg als gezondheidszorg, maar ook over zorg in die andere humane, niet te kwantificeren betekenissen.
A. Meinen, C. Parlevliet en S. Sevenhuijsen, 'Op haar recept; vrouwen in politiek debat over gezondheidszorg', MetislVrouwenstudies Utrecht.

Marijke* (7)*, a/4 jaar zwaar reumapatiënte. De stille pijn. Net als 3 miljoen andere mensen in Nederland. Maar toch fietsen. Toch zwemmen. Het Reumafonds steunt patiënten en zeer noodzakelijk onderzoek. Dankzij u.

ZE MOETEN DOOR. GEEF!

NATIONAAL " ' aws
Statenlaan 128. 25B2 GII 0..r ~
Giro 324. Banlln!lL ~.'"l:'I.ÄIIIII.