

Naar aanleiding van punt 2 menen wij dat het de ethische taak van de arts blijft de zin van een activiteit te bewijzen ondanks publiciteit ten gunste van deze activiteit van welke omvang dan ook. De gezondheidszorg mag onder geen beding een „ziek-makende” gezondheidszorg worden. Een evolutie in deze richting als gevolg van het massaal opsporen van weinig voorkomende ziekte kan alleen vanuit de gezondheidszorg zélf worden voorkomen.

Naar aanleiding van punt 3 zou men kunnen concluderen dat onze standpunten toch niet zover uit elkaar liggen als gesuggereerd wordt door de rest van het ingezonden stuk.

Naar aanleiding van punt 4 willen wij het volgende opmerken. Een screeningsprogramma bestaat uit de volgende drie fasen: (1) de test; (2) nadere diagnose; (3) interventie. Een screeningsprogramma is er op gericht zo efficiënt mogelijk via de test en de nadere diagnose tot de uiteindelijke „actie” te komen: de interventie. Als interventie geen enkele gunstige consequentie zou hebben op de genezingskans en mortaliteit, heeft het geen zin om ook maar één ogenblik aan een screeningstest te denken. Pas als er aanwijzingen zijn dat de interventie de genezingskans vergroot en sterfte reduceert kan men de test en de nadere diagnose gaan beoordelen naar hun effectiviteit.

Bij de beoordeling van de effectiviteit van een screeningsprogramma gaat het om de vraag: in welke mate zijn de test en de nadere diagnose in staat om alleen de werkelijke zieke personen de interventie te laten ondergaan. M.a.w. onthoudt men enerzijds niet te veel zieken (dus ten onrechte) de interventie of laat men anderzijds niet te veel niet-zieken ten onrechte de interventie ondergaan? Bij de beslissing of een screeningsprogramma al dan niet gestart moet worden, moet men de ernst en frequentie van deze beide typen fouten beoordelen en tegen elkaar afwegen. Dit is het richtsnoer volgens hetwelk men zich moet laten leiden bij het nemen van een juiste beslissing. MILLER vermeldt hier niets over, maar hij zelf pretendeert dan ook niet een richtsnoer te zijn.

De vraag of de baten (de positieve effecten in de ruimste zin) van de verhoopde vergroting van de genezingskans en reductie van mortaliteit voldoende opwegen tegen de kosten (de negatieve effecten in de ruimste zin) van de test én beide bovengenoemde typen fouten, blijft hiermede derhalve nog onbeantwoord en zeer actueel.

*Literatuur:* MAUSNER en BAHN (1974) *Epidemiology, an introductory text*. Saunders, Philadelphia. — PARRISH (1969) *Med. Times* 97, 112.

Rotterdam, augustus 1976

F. STURMANS  
H. A. VALKENBURG  
L. BUREMA

## Coronaria-chirurgie in Nederland

Prof. MEIJLER (1976) geeft op duidelijke wijze zijn visie op de volgens hem noodzakelijke ontwikkeling van de hartchirurgie in ons land. Als resultaat van zijn beschouwing stelt hij dat het nodig is voorzieningen te treffen opdat jaarlijks 4000-5000 ingrepen kunnen plaatsvinden, benevens 15.000-20.000 coronaria-angiografieën.

Over de kosten hiervan laat hij zich niet uit, maar stelt men de kosten van operatie op *f* 25.000 per geval (een getal dat in dit verband vaak wordt genoemd) en van een angiografie met ziekenhuisopname e.d. op *f* 5000, dan gaat het

over een totaal van *f* 175 à *f* 225 miljoen per jaar (!), hetgeen de argeloze lezer met verbijstering vervult. Onmiddellijk rijzen dan vragen waar Prof. MEIJLER in zijn stuk niet bij schijnt stil te staan. Ten eerste: waar moet dit geld vandaan komen? Ten koste van de overige gezondheids- of welzijnszorg? Ten koste van het budget van de gemiddelde Nederlander? Men moet er toch in deze tijd vanuit gaan dat de gezondheidszorg als een geheel moet worden gezien, en niet als een „catch as catch can” (zie LEENEN 1976). Uitspraken zoals die in het stuk van MEIJLER, die als verwijten aan de desbetreffende departementen zijn te beschouwen, doen met deze opvatting voor ogen onverantwoordelijk aan. Als het beter zou zijn de intramurale wildgroei van de gezondheidszorg in te perken, is het artikel van Prof. MEIJLER een fraaie illustratie van de vermedicalisering van onze samenleving, die in „Medical Nemesis” (ILLICH) als schrikbeeld wordt afgeschilderd, en het tegendeel van het streven naar een gezondere maatschappij.

Is er ooit nagegaan of begeleiding van coronaria-patiënten op andere dan chirurgische wijze (revalidatie, psychosociale aanpassing, dieet, rookverbod e.d.) met vergelijkbare hoeveelheden geld gesteund, niet een even goede, zo niet betere prognose biedt? Of als men deze *f* 200 miljoen per jaar eens aan preventie besteedde (leefgewoonten, opsporing van risicofactoren en high-risk-groepen), zou dan de 10% vermindering aan sterfte en invaliditeit waarop Prof. MEIJLER mikt, niet te bereiken zijn?

Nu er een aantal, enkele honderden patiënten in Nederland, geopereerd zijn is m.i. een mooi moment aangebroken om pas op de plaats te maken en een zeer zorgvuldig prospectief onderzoek in te stellen met een goede controlegroep, naar vitale, sociale en psychologische gevolgen, zowel van opereren als van conservatief begeleiden.

Zolang aan vrijwel alle vormen van behandeling van coronaria-patiënten zoveel vraagtekens zijn verbonden ten aanzien van de prognose (zie bv. de controverste opvattingen over antistollingtherapie) is het nog niet de tijd om aan de bypass-operatie een zo groot belang te hechten (*f* 200 miljoen per jaar) dat andere voorzieningen daarvoor moeten wijken. Stellig is dat niet zo duidelijk als Prof. MEIJLER het stelt, dat „vrij” zeker de kosten zullen worden goedgeemaakt door geringere sterfte en invaliditeit. Hoe zeker?

*Literatuur:* LEENEN, H. J. J. (1976) *Med. Contact (Amst.)* 31, 1105. — MEIJLER, F. L. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1500.

Amsterdam, september 1976

C. H. A. WESTSHOFF

Het artikel „Coronair-chirurgie in Nederland” werd geschreven omdat ik als cardioloog voor mijn patiënten en als hoogleraar voor mijn onderwijstaak hoor op te komen. Ik zou als burger wellicht nog vrede kunnen hebben met een keuze waarbij de curatieve geneeskunde een veer zou moeten laten ten bate van de preventieve gezondheidszorg, er vanuit gaand dat voorspelbare preventieve bevordering van de gezondheid mogelijk is. Het geld ( $25 \times 5 = 125$ ) dat voor de coronaria-chirurgie nodig is, moet worden opgebracht door de (toekomstige) patiënten zelf en dat zijn we in principe allemaal, maar niemand hoeft zich te laten opereren en de overheid kan beslissen of en zo ja in hoeverre de voorzieningen voor hartchirurgie ten koste gaan of moeten gaan van de overige middelen ten behoeve van de gezondheids- of wel-

zijnszorg. Dit is een politieke beslissing, die ik (gelukkig) niet hoeft te nemen.

Als mijn uitspraken als verwijten aan de desbetreffende departementen zijn te beschouwen, dan geldt dat het feit dat er niet wordt gekozen, dat beslissingen worden ontweken en een duidelijk beleid moeilijk valt te bespeuren. Het stellen van prioriteiten in de gezondheidszorg was geen onderwerp van mijn artikel en is in zekere zin voor de praktizerende arts buiten de orde. De luchtbrug voor hartpatiënten heeft ons overigens wel geleerd dat de gezondheidszorg niet bij de grens of op het Noordzeestrand is tegen te houden.

Als cardioloog wordt van mij verwacht dat ik een patiënt met angina pectoris de best mogelijke therapie adviseer en onder bepaalde omstandigheden is dat coronaria-chirurgie. Op medisch wetenschappelijke, dus kwantitatieve criteria kan redelijkerwijs worden vastgesteld wat voor een bepaalde patiënt de beste therapie is.

Als collega WESTHOFF in staat is op kritische, wetenschappelijke wijze gegevens aan te dragen die kunnen leiden tot een gezondere maatschappij, moet hij niet aarzelen. Uitdrukkingen als „intramurale wildgroei van de gezondheidszorg” en „vermedicalisering van onze samenleving” lenen zich echter niet voor een zinvolle gedachtenwisseling.

Patiënten met een coronaria-lijden behoeven hulp. Die hulp zal nooit alleen maar bestaan uit chirurgie. Een bypass-operatie behoort onderdeel te zijn van een totaal pakket van maatregelen. Het is ook helemaal niet zo'n gemakkelijke beslissing of iemand geopereerd moet worden of niet. Men realiseert zich echter dat de totale pool van hartpatiënten in Nederland zo'n 250.000 bedraagt waar helaas ieder jaar een groot aantal patiënten bij komt en helaas ook van afgaat. Als we dus over 5000 operaties spreken is dat een fractie van het totale probleem dat we onder ogen moeten zien. De overheid moet beslissen of er wel of niet ruimte is voor de gevraagde voorzieningen; het is echter gewenst gegevens aan te dragen waarmee een dergelijke beslissing op rationele gronden kan worden genomen.

De vraag is zeker legitiem of de begeleiding van coronaria-patiënten op andere dan chirurgische wijze met vergelijkbare hoeveelheden geld gesteund niet een even goede, zo niet betere prognose biedt. Het probleem is echter dat voor een wetenschappelijke beantwoording van die vraag, de genoemde factoren als revalidatie, psycho-sociale aanpassing enz. een kwantitatief karakter moeten krijgen. Dat is helaas nog niet mogelijk. Een goed hartteam (cardioloog + cardiochirurg) zal in het algemeen slechts dan tot coronaria-chirurgie adviseren als met conservatieve middelen geen duidelijke verbetering is te bereiken. Daarbij weten we dat het coronaria-lijden voor kan komen bij mensen die voor zover na te gaan geen der bekende zg. risicofactoren in de voorgeschiedenis hebben. De oorzaak of de oorzaken van de aandoening is resp. zijn niet bekend. De cardioloog wordt dus dagelijks geconfronteerd met patiënten met klinische manifestaties van een ziekte waarvan hij de oorzaak niet kent.

Het is evenmin bekend of met de besteding van f 200 miljoen aan preventieve maatregelen een 10% vermindering aan sterfte en invaliditeit te bereiken is. Er hebben reeds vele studies plaatsgevonden waarbij conservatieve en chirurgische therapie bij vergelijkbare groepen patiënten met elkaar werden vergeleken met als criteria, vermindering van klachten, verbetering van fysieke prestaties, verlenging van gemiddelde levensduur etc. De vitale, sociale en psychologische gevolgen van wel of niet opereren zijn niet in maat en getal weer te geven en onttrekken zich derhalve aan een wetenschappelijke analyse en oordeelsvorming. Het zeer zorgvuldige prospec-

tieve onderzoek waar collega WESTHOFF om vraagt is dus helaas (nog) niet mogelijk. Het grote aantal vraagtekens dat collega WESTHOFF plaatst bij vrijwel de gehele begeleiding van coronaria-patiënten ten aanzien van de prognose kan met enige studie van de relevante literatuur wellicht belangrijk worden gereduceerd.

Uit het feit dat ik nu aandrang op adequate curatieve voorzieningen voor de Nederlandse patiënten met een coronaria-lijden kan niet worden afgeleid dat andere voorzieningen daarvoor moeten wijken. Ik geef graag toe dat de problemen met betrekking tot de hartchirurgie de aandacht hebben afgeleid van de vele malen grotere groep van hartpatiënten voor wie chirurgie (nog) geen soelaas kan bieden. Dit neemt niet weg dat is vastgesteld dat bij patiënten met stamlaesies van de linker coronairarterie coronaria-chirurgie het leven verlengt (MCCONAHAY e.a. 1976) en dat op goede indicatie verrichte coronaria-chirurgie de fysieke invaliditeit van coronaria-patiënten vermindert of tot verdwijning brengt (BARRY e.a. 1976).

*Literatuur:* BARRY, W. H., J. G. PFEIFFER e.a. (1976) *Amer. J. Cardiol.* 37, 823. — MCCONAHAY, D. R., D. A. KILLEN e.a. (1976) *Amer. J. Cardiol.* 37, 885.

Utrecht, september 1976

F. L. MEIJLER

Bij lezing van het door Prof. Dr. F. L. MEIJLER geschreven instructieve artikel (1976) rees bij mij een vraag, te weten: Waarom stelt de auteur, met betrekking tot de door hem gewenste tien nieuwe diagnostische centra, dat die „door het Departement van Volksgezondheid moeten worden aangewezen”? Waarom wordt hier ineens de overheid om bemoeienis verzocht op een gebied, waarop deze tot nog toe de vrije hand had gelaten? Dit doet mij wat erg serviel aan, maar wat erger is: de overheid zou uit een dergelijk voorstel, vrees ik, gemakkelijk de conclusie kunnen trekken, dat de praktizerende artsen er in principe naar streven steeds meer van de overheid en steeds minder van hun patiënten — in wier dienst zij toch op de eerste plaats behoren te staan — afhankelijk te worden. Wanneer het ooit zover mocht komen, dat de overheid tegen de praktizerende artsen kan zeggen: „nu heb ik jullie in mijn greep en dans nu maar naar mijn pijpen”, dan lijkt het mij vervelend als zij daar met reden aan toe zou kunnen voegen: „en je hebt er zelf om gevraagd”.

*Literatuur:* MEIJLER, F. L. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1500.

Utrecht, september 1976 J. A. VAN DER DOES DE WILLEBOIS

Ter zake deskundigen hebben tijdens de „Workshop” te Arnhem in april van dit jaar bevestigd dat er niet minder dan 200 coronair-angiografieën, maar bij voorkeur 500 of meer onderzoeken per diagnostische eenheid dienen te worden verricht. Daarvan uitgaand lijkt het niet zo logisch de op- en inrichting van nieuwe centra voor coronair-angiografie aan het toeval over te laten. Bovendien blijkt dat, indien er een algemene maatregel van bestuur ex. artikel 18 wordt afgekondigd, de coronair-angiografie in beginsel onder de wet Ziekenhuisvoorzieningen valt.

Inderdaad lijkt het gewenst nieuwe diagnostische centra op zinvolle wijze over het gehele land te spreiden. Het zal collega VAN DER DOES DE WILLEBOIS bekend zijn dat er