

Gasthuis in Amsterdam, het Academisch Ziekenhuis Groningen en een ziekenhuis in de Duitse stad Kleef. Daar wordt nu ook een onderzoek ingesteld.

Prof.dr.R.A.Coutinho, directeur Volksgezondheid van de Amsterdamse Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, vertelde in *Trouw* dat naar zijn schatting 0,5 tot 1% van de Nederlandse chirurgen drager is van het hepatitis-B-virus; bij de gewone bevolking is dat slechts 0,1 tot 0,2%. Hepatitis B is dus een soort beroepsziekte onder chirurgen. Toch is de helft van hen niet tegen het virus gevaccineerd.

De Wereldgezondheidsorganisatie pleit al jaren voor een algemene hepatitis-B-vaccinatie. In België en Frankrijk heeft men dit advies inmiddels opgevolgd. In Groot-Brittannië wordt het personeel in de gezondheidszorg al sinds 1993 getest op hepatitis B en gevaccineerd. Chirurgen die een positieve testuitslag hebben, mogen niet meer opereren. Duitsland beperkt zich, net als Nederland, tot een aanbeveling dat risicogroepen (waaronder artsen) zich moeten laten testen en vaccineren.

HIV-test voor zwangere vrouwen

Artsen en verloskundigen moeten zwangere vrouwen uit risicogroepen gaan testen op het aidsvirus. Dat schrijft minister Borst van Volksgezondheid in een brief aan de Tweede Kamer (<http://www.minvws.nl>). De reden is dat in Nederland steeds meer met het aidsvirus besmette kinderen worden geregistreerd.

Minister Borst baseert zich voor haar aanbeveling op een begin januari dit jaar verschenen advies van de Gezondheidsraad 'Herziening van het HIV-testbeleid'. Daarin wordt gepleit voor het actief opsporen van seropositieve zwangere vrouwen. Verloskundigen, huisartsen en gynaecologen moeten in een vroeg stadium van de zwangerschap onderzoeken of vrouwen risico gelopen hebben op een HIV-infectie. Dat is het geval bij vrouwen die drugs gespoten hebben, veel wisselende partners hebben gehad of afkomstig zijn uit een gebied waar aids veel voorkomt, zoals een land bezuiden de Sahara of in het Caribisch gebied.

De HIV-test blijft vrijwillig. Om de bewustwording bij vrouwen met een verhoogd risico te vergroten, moet er tijdens hun zwangerschapscontrole uitgebreide informatie komen over de mogelijkheden om de kans op besmetting van het kind zo klein mogelijk te maken. Als een seropositieve zwangere vrouw op tijd begint met medicijnen, bevalt via een keizersnede en afziet van borstvoeding, kan de kans op overdracht van het HIV-virus van moeder op kind teruggebracht worden van 20% naar 1%.

Minister Borst zal de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en het Nederlands Huisartsen Genootschap verzoeken om in het kader van de Wet op het Bevolkingsonderzoek een vergunning aan te vragen voor het uitvoeren van een actiever testbeleid. HIV is volgens de Wet op het Bevolkingsonderzoek namelijk een 'vergunningplichtige aandoening'. In afwachting van de toekenning van die vergunning zal minister Borst de Inspectie voor de Gezondheidszorg vragen niet op te treden tegen initiatieven die hierop vooruitlopen.

De kosten van de HIV-tests komen voor rekening van ziektekostenverzekeraars (naar verwachting gaat het om een kleine groep patiënten). Daartegenover staat dat de verzekeraars besparingen kunnen verwachten op de (zeer dure) behandeling van kinderen met HIV.

Elseviers ziekenhuisenquête, commentaar

De aan het medisch centrum Atrium Heerlen verbonden chirurg dr.P.R.G.Brink schrijft ons dat hij met verbazing kennisgenomen heeft van onze berichtgeving over de ziekenhuis-

quête van Bureau Lagendijk, die in het weekblad *Elsevier* verschenen is (deze rubriek, 1999:2065-7). Hij vervolgt: 'De wijze waarop u melding maakt van de uitkomst van deze enquête en daarbij zelfs 1 A4-pagina wijdt aan het overzicht van de beste ziekenhuizen (althans volgens Bureau Lagendijk) geeft de enquête mijns inziens een status die zij geenszins verdient. Ik ben verbaasd dat er collegae specialisten in den lande zijn die in staat zijn deze enquête in te vullen. Iedereen zal vragen over zijn ziekenhuis positief beantwoorden, waardoor de waarde van dit onderdeel bij voorbaat niets objectiefs meet. Erger wordt het nog als de mening wordt gevraagd over het eigen specialisme in aanpalende ziekenhuizen. Blijkbaar zijn er collegae in staat een oordeel te geven over de bejegening door collega-specialisten in andere ziekenhuizen, de wachttijden en de kwaliteit van handelen. Deze aspecten zijn mijns inziens alleen maar te beantwoorden door de patiënten die daadwerkelijk in de wachtkamer van de specialisten in het betreffende ziekenhuis hebben gezeten. Dat een andere enquête, recent verricht door de Consumentenbond en beschreven in uw tijdschrift (deze rubriek, 1999:1974-5), een volledig ander beeld geeft, is dan ook begrijpelijk. Door het ontbreken van goede toetsing door onszelf ontstaan dit soort enquêtes, waarbij iedere validiteit ontbreekt. Ik heb mij binnen mijn eigen medische staf sterk gemaakt om geen medewerking te verlenen aan enquêtes als van Bureau Lagendijk. Ik denk dat een generale boycot van slechte enquêtes de enige manier is om te voorkomen dat een schijnwerkelijkheid betreffend de kwaliteit van een ziekenhuis en prestaties van specialisten een eigen leven gaan leiden.' Dr.Brink besluit zijn brief met de opmerking dat het een taak van de redactie van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* is om de resultaten van dergelijke enquêtes te voorzien van kritische kanttekeningen, als men er al toe overgaat ze te publiceren.

Het is echter zo dat de resultaten van enquêtes zoals die van Bureau Lagendijk kunnen rekenen op grote interesse bij het publiek. Alle gepubliceerde overzichten van de beste ziekenhuizen en de beste artsen (maar vooral de manieren waarop dit soort enquêtes worden opgezet) zijn daarom ook voor dr.Brink en alle andere artsen van belang; zij kunnen toch moeilijk de ogen sluiten voor de (waan)ideeën die patiënten in groten getale over hen opgedaan hebben? In ons omringende landen zijn zulke lijsten al heel gebruikelijk (zie bijvoorbeeld het hiervóór afgedrukte bericht over de Duitse artsenranglijsten). Een boycot zal ze niet doen verdwijnen.

In Groot-Brittannië werkt de National Health Service al een aantal jaren mee aan de publicatie van nauwkeurige statistieken over ziekenhuissterfte, wachtlijsten, vermijdbare sterfgevallen, om niet-medische redenen afgelaste operaties en de 5-jaarsoverleving bij borst- en cervixkanker. Dit resulteert in hele krantenpagina's vol gegevens over de Britse ziekenhuizen, zie bijvoorbeeld *The Times* (17 juni 1999). In een redactioneel commentaar erkent deze krant dat men de resultaten van ziekenhuizen heel moeilijk kan vergelijken. Gespecialiseerde ziekenhuizen met moeilijker gevallen hebben een hogere sterfte, sociaal-economische verschillen tussen regio's kunnen een rol spelen, ernstig zieke patiënten worden naar befaamde specialisten verwezen enzovoort. Daarom heeft *The Times* zoveel mogelijk de sterfgevallen in vergelijkbare ziekenhuizen bij elkaar gezet. De krant noemt de op die manier gerangschikte resultaten toch wel zeer onthullend: 'Waarom is het sterftecijfer voor hartaanvallen in het Kentse Dartford and Gravesham Hospital zoveel lager dan dat in het naburige Kent and Canterbury Hospital?' (De cijfers zijn respectievelijk 7857 en 11.556 dodelijke hartaanvallen binnen 30 dagen na de opname.)

J.B.MEIJER VAN PUTTEN