

Dubieuze praktijken: kwakzalverij en geestelijke volksgezondheid

In het met bijna 120 aanwezigen goed gevulde Bethaniënklooster te Amsterdam luisterde men naar een viertal interessante voordrachten, die aanleiding gaven tot levendige gedachteswisselingen tussen publiek en sprekers.

Psychopseudologie • Het spits werd afgebeten door prof. Scott O. Lilienfeld, als klinisch psycholoog verbonden aan de Emory Universiteit (Verenigde Staten) en zeer actief op het gebied van pseudowetenschap in de psychologie.

Zijn verhandeling was getiteld 'Pseudoscience in Clinical Psychology and Psychiatry: Problems, Perils and Solutions'. Hij besteedde o.a. aandacht aan de kloof tussen wetenschappers en therapeuten, aan de aantrekkingskracht van psychotherapie en aan modes in behandelmethoden. Daarnaast gaf hij aan welke therapieën beter kunnen worden vermeden.

Een prikkelende beginstelling was: we dreigen af te dwalen van onze wetenschappelijke ankers. Daarmee bedoelde Lilienfeld dat ook al houden de meeste behandelaars zich aan wetenschappelijk gefundeerde technieken, er toch een kloof bestaat tussen de pure wetenschappers en de therapeuten. Dit komt deels doordat de meeste therapeuten hun vakliteratuur niet bijhouden en deels doordat de wetenschappers zelf hun bevindingen niet breed genoeg uitdragen. Een voorbeeld: de meerderheid van wie aan angsten of depressies lijdt, krijgt een behandeling die stoelt op wetenschappelijke feiten, maar de meerderheid van de therapeuten die mensen met een eetstoornis behandelen, doet dat juist met onbewezen therapieën. Lilienfeld vertelde ook dat in Amerika 25% van de therapeuten in 'hervonden herinneringen' blijkt te geloven en bij de behandeling van hun patiënten vooral technieken als hypnose, geleide fantasie of lichaamswerk hanteert. Ter geruststelling: het aantal Amerikaanse therapeuten dat gelooft dat onder hypnose ook valse herinneringen naar boven kunnen komen, is nog altijd 79%. Wat is nu de aantrekkingskracht van pseudo-wetenschappelijke therapieën? Dat is dat ze hoop bieden en snelle oplossingen. Therapeuten die dit soort behandelingen toe-

passen, zeggen al gauw en met veel nadruk dat hun behandeling succesvol is. Mislukkingen worden verzwegen. Ze hanteren een wetenschappelijk aandoend jargon (*synaptic valences of neuro-nodes*) en snoeren critici de mond met 'bewijs maar eens dat deze methode NIET werkt'. Een voorbeeld van een pseudo-wetenschappelijke therapie die op dit moment zeer populair is, is EMDR: *Eye Movement Desensitization & Reprocessing*, een techniek waarbij de patiënt de vinger volgt die door de therapeut voor zijn ogen heen en weer wordt bewogen. Reeds 50.000 Amerikaanse therapeuten passen EMDR toe, omdat deze behandeling beter zou werken dan andere therapieën. Regulier wetenschappelijk onderzoek heeft echter uitgewezen dat EMDR niet beter werkt dan standaard gedragstherapie.

Een voorbeeld van een therapie die volgens Lilienfeld beter kan worden vermeden, is crisisdebriefing bij trauma's: het in groepen bijeenkomen meteen na een traumatische gebeurtenis. Zulke bijeenkomsten zijn vaak erg dwingend en belemmeren de natuurlijke verwerking van het ondergane leed. Bovendien wordt er in een groep geen rekening gehouden met individuele manieren van leedverwerking. Als voorbeeld van 'dwingende' en daarmee af te raden behandelingen noemt Lilienfeld ook nog *rebirthing* en *reparenting* (bij adoptie). Bij *rebirthing* moet het trauma van het geboren worden worden 'herbeleefd', zodat pijn en woede een uitweg kunnen vinden. Bij *reparenting* is de verklaring voor de woede het afgesneden worden van een biologische ouder en de behandeling 'vasthoudtherapie'. Een vierde voorbeeld van een pseudo-wetenschappelijke behandeling die niet aanbevelenswaardig is, betreft autisme en met name de uit Australië afkomstige behandeling ervan met *facilitated communication*. Autisme is in de ogen van degenen die deze techniek hanteren geen mentale stoornis

maar een stoornis in de motoriek. Bij *facilitated communication* gebruiken de kinderen een letterbord of het toetsenbord van de computer en vormen zinnen of wijzen met een stok letters aan en maken daarna zinnen. Onderzoek naar deze therapie laat zien dat nogal wat ouders worden beschuldigd van misbruik, dat de gebruikte woorden en/ of zinsconstructies niet des kinds zijn maar kenmerkend voor volwassenen en dat ze (dus) 'gestuurd' zijn door de *facilitators*. Verder ging de spreker nog in op wat wij MPS noemen, het Meervoudige Persoonlijkheden Syndroom of DID (*Dissociative Identity Order*). Het fenomeen is al langer bekend (*Jekyll and Hyde*) maar kreeg grote bekendheid in de jaren '70 door een boek en een film. De diverse persoonlijkheden worden *alters* genoemd. Schattingen nu zeggen dat er alleen al in de Verenigde Staten miljoenen mensen aan deze stoornis lijden, een stoornis die door (ernstig) misbruik in de vroege kinderjaren zou zijn veroorzaakt. Uit onderzoek zijn een aan paar opmerkelijke zaken naar voren gekomen: het blijkt dat de gebruikelijke therapie voor MPS de aanwezigheid van alters zo niet oproept dan toch zeker versterkt en dat het er tijdens de behandeling ook steeds meer worden. Ook de aandacht van de media speelt een rol. Verder is het zo dat lijders aan MPS vóórat ze in behandeling gingen nauwelijks symptomen van de ziekte vertoonden. Ook blijkt dat therapeuten die hypnose gebruiken meer MPS-patiënten in hun praktijk hebben dan behandelaars die niet aan hypnose doen en dat de diagnose MPS vrijwel alleen wordt gesteld door therapeuten die zich in de behandeling van deze kwaal hebben gespecialiseerd. Het aardige, zo zei Lilienfeld, is dat de ziekte tot voor kort alleen in Amerika voorkwam, maar nu toch is overgewaaid naar Europa en met name naar Nederland. Er is overigens weinig bewijs voor de stelling dat MPS komt door misbruik in de vroege jeugd. Met twee zorgelijke ontwikkelingen besloot prof. Lilienfeld zijn praatje: in Amerika daalt het aantal studenten met een adequate wetenschappelijke opleiding en misleidende informatie (internet, boeken) is op steeds grotere schaal beschikbaar. ●

Verslag S. Josephus Jitta

Onverklaarbaar • De tweede spreker was mevrouw dr. A.M.M. Kolk, als gezondheidspsychologe verbonden aan de afd. psychologie van de UvA. Het onderwerp van haar voordracht luidde: 'Medisch onverklaarde lichamelijke klachten. Een machteloze hulpverlening?' Klok vertelde dat er bij huisartsconsultaties in

18% van de contacten sprake is van onverklaarde lichamelijke klachten. Dat percentage is bij mannen en vrouwen gelijk, en - naar zij later in de discussie meldde - ook bij allochtonen niet veel hoger. Ze liet zien dat deze groep patiënten een aanzienlijke medische consumptie hadden vertoond, ook in de periode voorafgaand aan het bedoelde consult. Tevens vertoonden zij meer ziektegedrag: gebruik van medicatie, extra rust nemen, ziekmelding of zelfs bedrust. Daarmee vormt dit type klachten ook een economische last voor onze samenleving. Een deel van de patiënten met onverklaarde klachten werd verwezen naar een centrum waaraan psychologen verbonden waren. Deze patiënten ondergingen vaak ook andere vormen van therapie: plm.60% kreeg fysiotherapie, ruim 20% bezocht alternatieve genezers en plm. 15% had al psychiatrische/psychologische hulp. Onder de naar het centrum verwezen patiënten werd vaak co-morbiditeit gevonden: 75% somatiseerde en/of vertoonde angst en depressie, terwijl 15% een van deze twee nevenproblemen vertoonde. Het aantal patiënten dat zijn symptomen als psychogeen ziet is iets groter dan diegene die aan een lichamelijke verklaring geloven. Gebleken is dat 95% van deze patiënten in de huisartsenpraktijk een 'somatiche interventie' onderging, meestal medicatie (75%), nader diagnostisch onderzoek (33%) of verwijzing (11%).

Kolk liet zien dat de resultaten van psychotherapie in het centrum niet veel beter waren dan het spontane beloop. Na een grondig intake gesprek ontving een deel van de patiënten een aantal sessies psychotherapie en een ander deel niet. In beide groepen was na enkele maanden een afname van de klachten vast te stellen. Dit voor Kolk teleurstellende feit zou, aldus spreekster, wellicht toegeschreven mogen worden aan het goede en reeds afdoende intakegesprek, maar zeker daarvan was zij niet.

Voor de huisartsen, die deze categorie patiënten zelf behandelen had Kolk enkele aanbevelingen. Zo zou het aanbevelenswaard zijn de angsten en attributies van de patiënten te bespreken en zo nodig geruststellende interpretaties van de symptomen aan te bieden. Soms kan aanvullende diagnostiek daarbij behulpzaam zijn. Heb ook een oog voor emotionele en sociale problemen bij deze patiënten en zie geen depressie over het hoofd, zoals nog te vaak gebeurt. De patiënt moet zich te allen tijde begrepen weten en de realiteit van zijn klacht moet erkend worden. Een goed lichamenlijk onderzoek mag nooit achterwege blijven en de negatieve bevindingen moet op gezaghebbende wijze worden gecommuniceerd. Zo mogelijk moet

daarna de klacht in een ander perspectief worden geplaatst, in samenhang dus met eventuele depressiviteit, angst en/of life events. Implementatie van dit type aanpak in de eerste lijn door opleiding van huisartsen kan zeker onnodig leed, onnodige kosten en nutteloze therapieën (zoals alternatieve geneeswijzen, maar die niet alleen) voorkomen. Aldus Kolk. ●

Verslag C.N.M. Renckens

Dubieuze DBC's, wat moeten we ermee? •

Prof.dr. J.A. Swinkels, psychiater gaf aan dat zijn motivatie om deel te nemen aan het symposium o.a. te maken heeft met zijn ergernis jegens betweterige journalisten als Jan Blokker en Marcel van Dam, die allerlei onzin over de GGZ te berde brengen, de Patty Brards die ons TV-scherm onveilig maken en niet in de laatste plaats jegens de verzekeraars die waar voor hun geld willen, maar wel doorgaan met het faciliteren van alternatieve behandelwijzen. Dit laatste valt moeilijk te rijmen met de trend in de geneeskunde om steeds meer evidence based te gaan werken. Zelf heeft Swinkels o.m. als opdracht het ontwikkelen van evidence based richtlijnen in de psychiatrie. Inmiddels zijn er twee hoogleraren benoemd met als leeropdracht respectievelijk evidence based psychologie en psychiatrie.

Met als streefdatum 1 januari 2006 zal de GGZ, zoals dat ook voor andere medische specialismen gaat gelden, gefaseerd op basis van DBC's gefinancierd worden. DBC staat voor Diagnose Behandeling Combinatie. Uitgaande van de typering (o.a. diagnose) van de meest voorkomende zorgvragen wordt een zorgprofiel samengesteld (o.a. nadere diagnostiek, therapie en begeleiding), op grond waarvan een kostprijs bepaald wordt voor de hele behandeling. Van een totaalbudget op basis van landelijk vastgestelde normen gaat het verzekeringsstelsel over naar een contractenstelsel tussen de diverse zorgverzekeraars en (individuele) zorgaanbieders. De aanvankelijke bureaucratische belasting wordt naar de mening van de spreker ruim gecompenseerd door de te verwachten voordelen:

- Een betere financiële systematiek met zicht op de kosten van het zorgproces, loon naar werken en de mogelijkheid van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg te gaan.

- De te registreren gegevens moeten als zodanig bruikbaar zijn voor kwalitatieve doeleinden met als oogmerk: méér inzicht in de kwaliteit van het professionele handelen, dit om te komen tot doeltreffender en doelmatiger werken.

- De mogelijkheid om te komen tot de invoering van landelijke *evidence based* richtlijnen en zorgprogramma's; dit is ook de inzet van de spreker.

Of de door dit kabinet beoogde marktwerking en de grotere vrijheid van de contractpartijen tot stand zal komen is maar de vraag, maar in de ogen van de spreker is dit minder relevant. Kwaliteit in de zorg heeft betrekking op zowel de zorginhoud, de manier van zorgverlening als de organisatie van de zorg. Het is niet acceptabel als de kwaliteit van de zorg (kort gezegd het verschil tussen het beoogde, van tevoren geformuleerde en genormeerde, en het behaalde resultaat) tekortschiet; behalve onder zijn ziekte krijgt de patiënt dan ook nog eens te lijden onder onvoldoende kwaliteit van de zorg en behandeling zelf, bijvoorbeeld een niet werkzame behandeling, een onjuiste bejegening en wachttijden

Het is van belang het zorgproces en de uitkomsten te meten en te normeren. Dit kan niet vrijblijvend zijn. De verschillende wetten (de wet BIG, de WGBO, de wet Klachtrecht, de wet Medezeggenschap en de Kwaliteitswet zorgsector) nopen tot toetsing, kwaliteitsbewaking, het goed informeren van de patiënt en het afleggen van verantwoording. Methodisch technische aspecten, attitude en organisatie van de beroepsuitoefening zijn alle goed te omschrijven, te onderzoeken en te sturen. Een niet volledige opsomming van instrumenten die daartoe dienstig kunnen zijn bevat onder meer: richtlijnontwikkeling, opleidingseisen, indicatorontwikkeling, bevordering van wetenschappelijk onderzoek, waaronder ook onderzoek naar de communicatie tussen arts en patiënt en tussen artsen onderling, accreditatie en het certificeren van instellingen.

Beoordeling van de doeltreffendheid (zinnigheid) van de zorg houdt in dat onderzoek gedaan moet worden naar werkzaamheid (hoe goed is de diagnostiek, hoe groot is het behandel-effect?) veiligheid (bijwerkingen, complicaties, fouten), toepasbaarheid (in- en uitsluitcriteria ontwikkelen op basis van o.a. leeftijd, geslacht etc.), aanvaardbaarheid (een kwalitatief goed geneesmiddel dat bijvoorbeeld door onvoldoende uitleg niet ingenomen wordt, heeft geen effect) en uitvoerbaarheid (is het vol te houden, is er sprake van tijdigheid en beschikbaarheid, is er continuïteit, wegen kosten en baten tegen elkaar op?).

Over het algemeen kan gesteld worden: hoe doeltreffender de zorg, des te doelmatiger (zuiniger) is ze. Doelmatigheid van de zorg wil zeggen dat men niet méér middelen, tijd en geld besteedt dan noodzakelijk is; zuinigheid

en zinnigheid kunnen bereikt worden door getrapte programma's (diagnostiek en behandeling die het best gevalideerd is en de meeste kans op succes biedt éérs) te ontwikkelen. Er zijn ook uitzonderingen mogelijk op deze regel bijvoorbeeld wanneer er een gegrond vermoeden is dat een nog min of meer experimentele behandelwijze de patiënt en de geneeskunde vooruit kan helpen.

'Medisch' betekent het in diagnostisch en therapeutisch opzicht integreren van somatische, psychologische en sociale benaderingen bij de zorg om de geestelijke en lichamelijke gezondheid van het individu, aldus de 'Eindtermen opleiding tot arts 2000'.

Men kan de psychiatrie om deze reden als een van de meest medische specialismen kenschetsen. 'Medisch' is niet gelijk aan 'soma'tisch' en een 'orgaanspecialist', bijvoorbeeld een cardioloog, die zich niet om voedingsgewoonten en levensstijl bekommert is niet 'medisch' bezig. De psychiatrie beroept zich niet, zoals vele alternatieve geneeswijzen, op een vaag 'holisme' waarbij men ervan uitgaat dat alles met alles samenhangt, zonder dit nader te kwantificeren en te specificeren. De psychiatrie gaat ervan uit dat lichamelijke (inclusief de hersenen), psychische en omgevingsfactoren weliswaar onscheidbaar zijn bij het ontstaan van ziektes, maar wél van elkaar zijn te onderscheiden; de psychiatrie spant zich in om te analyseren en zo mogelijk te kwantificeren hoe deze factoren op elkaar inwerken, welke mechanismen daarbij een rol spelen en zij onderzoekt hoe men het beloop gunstig kan beïnvloeden.

De spreker voerde ons met zevenmijslaarzen door de geschiedenis van de westerse geneeskunde. Via Hippocrates van Kos, die er van uitging dat ziekten niet door de goden veroorzaakt werden, maar door een verkeerde menging van lichaamssappen, die oog had voor de samenhang tussen leefomstandigheden en ziekte, die zijn theorieën toetste en die zieke mensen behandelde, komen we bij Galenus, die voortbordurend op Hippocrates, tot en met de middeleeuwen onbetwist bleef. Vanaf de opkomst van het Christendom werd er geen vooruitgang geboekt; de geneeskunde was gebaseerd op autoriteit, filosofie en de bijbel en experimenten vonden niet plaats. Via de Renaissance (experimenteren mocht weer, inductief redeneren en ervaringskennis gingen een rol spelen) en de Verlichting, die vooruitgang bracht via de weg van het observeren en rationeel argumenteren, maar de geneeskundige praktijk niet veel vooruithielp, komen we in de 19e eeuw. De exacte wetenschappen boekten vooruitgang en de roep om bewijs werd steeds

luider. Toch zou het nog tot 1953 duren voor eerste goede RCT (*randomised clinical trial*) plaatsvond. Vanaf 1970 werd de behoefte aan *evidence based medicine* (EBM) steeds groter door o.a. de economische recessie en de explosie van kosten en kennis. Gevestigde behandelwijzen bleken bij nader onderzoek onwerkzaam. Eind jaren 80 leidde dit ook in de psychiatrie via consensusbijeenkomsten tot de ontwikkeling van expliciete, evidence based richtlijnen. Het oude op autoriteit gebaseerde (Galenische) paradigma werd gaandeweg vervangen door het (Socratische) EBM paradigma: klinische ervaring is belangrijk, maar kan verraderlijk zijn, theorieën over de pathogenese zijn belangrijk, maar kunnen onjuist of onvolledig blijken te zijn bij *outcome research*, kennis, begrip van de wetenschappelijke regels aangaande bewijs zijn onontbeerlijk en er dient in een voortdurende empirische cyclus met inductief en deductief redeneren toetsing plaats te vinden. Kennis m.b.t. het medisch handelen is voor het overgrote deel niet absoluut en deterministisch, maar stochastisch, d.w.z. dat met statistische methodieken aangetoond wordt dat de ene behandeling meer effect heeft dan de andere waarbij het toeval zoveel mogelijk uitgesloten wordt. Bij ziekten, die complex en multifactorieel bepaald zijn moet men voorzichtig zijn met de falsificatieleer (Popper); het feit dat opa, die nooit rookte, toch longkanker kreeg zet onze kennis aangaande roken niet op losse schroeven. Ook hoede men zich voor het pseudo-wetenschappelijk gebruik van stochastische kennis. Een RCT of zelfs een meta-analyse vermag nog niet een natuurwet (bijvoorbeeld het getal van Avogadro) omver te werpen en het lijkt verstandiger in zo'n geval na te zoeken waar de fout zit. In de spreekkamer spelen, naast de bovengenoemde wetenschappelijke elementen, ook praktische elementen (ervaring, kunde) en ethische elementen (normen en waarden van arts en patiënt, eerlijk een mening geven over de preferente behandeling en onderhandelen als de patiënt bijvoorbeeld bij een astraaltherapeut zijn heil zoekt, begaan zijn met het lijden) een rol.

Vanuit zowel ethisch als wetenschappelijk perspectief komt de spreker tot de volgende conclusie's:

- in de spreekkamer dienen via introspectie, filosoferen en redeneren de domeinen van (wetenschappelijke) kennis, kunde en ethiek in een inspanningsverplichting gebonden te worden; met de opkomst van de alternatieve, op geloof en niet op bewijs gebaseerde geneeswijzen, zijn we deels terug in de middeleeuwen;
- de ethische grondregel: wat gij niet wil dat u

geschiedt... en compassie met de patiënt verplichten de arts ertoe zich op de hoogte te stellen van de best mogelijke diagnostiek en behandeling en zijn patiënten hierover goed te informeren.

Gezien de opzet van de DBC's, nl. het leveren van zinnige, zuinige en ethisch verantwoorde zorg, luidt, gezien het bovenstaande, de conclusie onontkoombaar dat complementaire en alternatieve geneeswijzen volledig buiten de systematiek en de geest van de DBC's vallen en als zodanig niet voor vergoeding in aanmerking komen. ●

Verslag P.M. Siegel

Aansprakelijk • Prof. mr. dr. J.H. Hubben, hoogleraar gezondheidsrecht en advocaat, sprak over het onderwerp 'Alternatieve behandelwijzen en aansprakelijkheid'. Hij schetste eerst het wettelijk kader. De voormalige Wet op de uitoefening der geneeskunst (WUG) kende een verbod om geneeskundige handelingen te verrichten, tenzij men daartoe bevoegd was. Er was echter geen beleid om het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst strafrechtelijk te vervolgen, en in de praktijk werd er ook niet of nauwelijks vervolgd. In 1997 is de WUG vervangen door de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Deze nieuwe wet beoogde, onder het motto 'baat het niet, het schaadt ook niet', de regelgeving aan de bestaande praktijk aan te passen. De vrijheid van de patiënt om te kiezen vormt het uitgangspunt, de overheid geeft alleen een bord op de deur door middel van titelbescherming. Er bestaat geen beroepsbescherming meer. In deze wet is het verschil tussen reguliere en niet-reguliere behandelaars slechts relatief. De Wet BIG kent twee beperkingen: 'voorbehouden handelingen' mogen alleen door bepaalde categorieën behandelaars worden uitgevoerd, en het veroorzaken van schade of van een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid door een geregistreerde of een niet-geregistreerde behandelaar is strafbaar gesteld. Er is bewust voor gekozen om psychiatrie niet als voorbehouden handeling aan te merken. Er bestaan verschillen tussen geregistreerde en niet-geregistreerde behandelaars op het punt van de aansprakelijkheid. Voor geregistreerde behandelaars geldt het tuchtrecht van de Wet BIG, met een breed geformuleerde norm. Zij vallen onder het strafrecht (mishandeling, dood door schuld). Civielrechtelijk kunnen zij aansprakelijk gesteld worden; daarbij is de norm of al dan niet gehandeld is in strijd met de zorgvuldigheid

van een redelijk handelend en redelijk bekwaam beroepsbeoefenaar. Tenslotte bevat de Wet BIG ook bestuursrechtelijke bepalingen: daartoe aangewezen ambtenaren (de Inspectie) kunnen aan een beroepsbeoefenaar een schriftelijk bevel geven, als de kwaliteit van de geleverde zorg niet verantwoord is; de minister kan bestuursdwang toepassen ter handhaving van de in een bevel gestelde verplichtingen.

Het algemene beeld is dat er zelden sancties worden opgelegd, maar dat er wel preventief wordt opgetreden. Voor niet-geregistreerde behandelaars gelden het wettelijke tuchtrecht en de bestuursrechtelijke regels van de Wet BIG niet, maar het strafrecht wel; dat wordt echter zelden toegepast (wel bijvoorbeeld in het geval van Nelissen). Ook de civielrechtelijke aansprakelijkheid bestaat voor deze behandelaars (onrechtmatige daad, smartengeld; de casus van de hervonden herinneringen). De Wet op de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling (onderdeel van het Burgerlijk Wetboek) is ook op overeenkomsten met niet-geregistreerde behandelaars van toepassing. Daarin is een verplichting voor de hulpverlener opgenomen om de patiënt van informatie te voorzien.

Op de vraag waarom mensen naar niet-gekwalificeerde behandelaars gaan, merkt Hubben op: het wonder rukt op!

Er bestaat spanning tussen de vrijheid van de patiënt en de bescherming van de patiënt. Hoe kan de patiënt zijn keuze maken? Is de strafbaarstelling in de Wet BIG echt een vangnet? Van de bepaling wordt geen gebruik gemaakt. Bij de evaluatie van de Wet BIG is naar voren gekomen dat de overheid te afzijdig is gebleven. En nu komen ook nog de marktwerking en de vrije vestiging binnen de EU er aan. Hubben meent dat alleen gedacht kan worden aan terugkeer naar het systeem van de WUG, als er dan wel handhavend wordt opgetreden. Hoewel de commissie die de werking van de Wet BIG heeft geëvalueerd van mening was dat de alternatieven thans te veel vrijheid genieten, ziet Hubben nog geen enkele indicatie dat de wet binnenkort aangescherpt zal worden. ●

Verslag Th .J. Douma