



Het melden van incidenten door huisartsen-in-opleiding

Samenvatting

Zwart DL, Heddema WS, Vermeulen MI, Van Rensen EL, Verheij TJ, Kalkman CJ. Het melden van incidenten door huisartsen-in-opleiding. *Huisarts Wet* 2012;55(5):200-3.

ACHTERGROND Huisartsopleiders moeten voortdurend de balans bewaken tussen de zorg voor en de veiligheid van de patiënt enerzijds, en de mogelijkheid voor de huisarts-in-opleiding om 'het vak te leren' en daarbij fouten te maken. Er is wel (buitenlands) onderzoek gedaan naar de rol van aios bij incidenten in de tweede lijn, maar er is weinig bekend over de situatie in de huisartsenopleiding.

METHODE Wij voerden in 2008 een prospectief cohortonderzoek uit onder 66 eerste- en 13 derdejaars huisartsen-in-opleiding aan het UMC Utrecht. De deelnemers konden een half jaar lang op vrijwillige en vertrouwelijke basis schriftelijk incidenten melden. De oorzaken van elk incident werden systematisch geanalyseerd in een interview en daarna beoordeeld door een panel van deskundigen.

RESULTATEN Vierentwintig aios meldden in totaal 44 incidenten, waarvan er 23 het werkproces betroffen en 17 het klinisch redeneren. Tweederde (29/44) van de incidenten had op het moment zelf geen of weinig gevolgen voor de patiënt, bijna negen tiende (39/44) zou op termijn matig tot zeer ernstige gevolgen kunnen hebben. Driekwart van de incidenten bleek niet per se samen te hangen met onkunde of onervarenheid van de aios. Aios die hoog scoorden op medisch-inhoudelijke competentie meldden significant meer incidenten dan studenten die lager scoorden (43% versus 18%, $p = 0,03$).

CONCLUSIE Huisartsen-in-opleiding zijn bereid incidenten te melden in een vertrouwelijke en veilige omgeving. Naarmate zij hoger scoren op de competentiebeoordelingsschaal voor medisch-inhoudelijk handelen melden zij meer incidenten. In tegenstelling tot wat in buitenlands (retrospectief) onderzoek is gebleken, zijn de meeste incidenten niet zozeer te wijten aan onervarenheid of werkdruk als wel aan tekortkomingen in de organisatie. Het is aan te bevelen incidentmelding structureel in de opleiding in te bedden.

INTRODUCTIE

Onderwijs geven aan aios is een uitdaging, ook als het erom gaat de patiëntveiligheid te waarborgen. De opleider moet voortdurend zoeken naar een juiste balans tussen deze weinig ervaren dokters zoveel mogelijk zelfstandig laten beslissen, opdat zij 'het vak' leren, en voorkomen dat zij fouten maken en de veiligheid van de zorg in gevaar brengen.^{1,2}

Dat aios relatief vaak betrokken zijn bij fouten in de zorg is bekend. Bij 76% van de aansprakelijkheidszaken in de Nederlandse spoedzorg tussen 1993 en 2001 waren aios betrokken.³ In diverse buitenlandse onderzoeken zijn factoren geïdentificeerd die daarbij een rol spelen: gebrek aan kennis en ervaring in combinatie met een hoge werkdruk,⁴ lange werktijden, inadequate supervisie en onvoldoende overdracht,⁵⁻⁹ en stress en depressie, waaraan aios regelmatig lijden.^{6,10,11} Deze onderzoeken zijn voornamelijk gedaan in ziekenhuizen en met retrospectieve methoden, zoals vragenlijsten en dossierreviews. Prospectieve gegevensverzameling, bijvoorbeeld aan de hand van incidentmeldingen, bleek in eerdere onderzoeken problematisch omdat de aios huiverig waren om hun fouten te melden uit vrees voor een negatieve beoordeling.¹²⁻¹⁵

Het ontbreken van gegevens over incidentmeldingen door Nederlandse huisartsen-in-opleiding was de aanleiding voor dit onderzoek. Doel was om mogelijke relaties tussen de opleidingssituatie en het melden van incidenten te bestuderen, zowel wat betreft de bereidheid van huisartsen-in-opleiding om de melding te doen als wat betreft de inhoud van de meldingen. Hiertoe exploreerden we het aantal en de aard van incidentmeldingen door huisartsen-in-opleiding, en de relatie tussen het melden van incidenten en beoordelingsscores van de aios op de verschillende competenties van het huisartsenvak.

METHODE

Setting, deelnemers en gegevensverzameling

Ons prospectieve cohortonderzoek maakte deel uit van het SPIEGEL-onderzoek naar het melden van incidenten in de huisartsgeneeskunde.¹⁶ Wij vroegen 66 eerstejaars en 13 derdejaars huisartsen-in-opleiding aan het UMC Utrecht om deel te nemen aan een vrijwillige en vertrouwelijke incidentmeldingsprocedure. Zij konden in 2008 zes maanden lang elk incident (gedefinieerd als 'elke onbedoelde of onverwachte gebeurtenis die heeft geleid, had kunnen leiden of nog zal leiden tot schade voor de patiënt'¹⁷) melden op een papieren formulier.

Wat is bekend?

- Aios raken regelmatig betrokken bij fouten in de gezondheidszorg. Bij 76% van de aansprakelijkheidszaken in de Nederlandse spoedzorg waren aios betrokken.
- Uit buitenlands onderzoek blijkt dat gebrek aan kennis en ervaring en een hoge werkdruk de kans op fouten vergroten.

Wat is nieuw?

- De meeste fouten die aios meldden, hadden ook buiten de opleidingssituatie kunnen gebeuren. Zij waren niet zozeer te wijten aan onervarenheid als wel aan tekortkomingen in de organisatie.
- Aios die goed scoorden op medisch inhoudelijk handelen, meldden fouten vaker.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. D.L.M. Zwart, huisarts; W.S. Heddema, aios Huisartsgeneeskunde; dr. M.I. Vermeulen, huisarts; prof.dr. Th.J.M. Verheij, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. UMC Utrecht, Kwaliteit en Veiligheid: dr. E.L.J. van Rensen, senior onderzoeker. UMC Utrecht, divisie Anesthesiologie, Intensive care en Spoedeisende hulp: prof.dr. C.J. Kalkman, anesthesioloog • Correspondentie: d.zwart@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerking van: Zwart DL, Heddema WS, Vermeulen MI, Van Rensen EL, Verheij TJ, Kalkman CJ. Lessons learnt from incidents reported by postgraduate trainees in Dutch general practice. A prospective cohort study. *BMJ Qual Saf* 2011;20:857-62. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

lier en dat opsturen naar de onderzoeker (DZ). De onderzoeker analyseerde alle gemelde incidenten samen met de melder volgens de SIRE-methode (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie).¹⁸ Een uitgebreid schriftelijk verslag van het interview werd door de meldende aios zo nodig aangevuld en vervolgens geaccordeerd.

Uitkomstmaten en gegevensanalyse

Frequentie en aard van de incidentmeldingen werden vastgesteld en de incidenten werden op basis van het interview met de melder gecategoriseerd naar type en naar de ernst van de gevolgen voor de patiënt. Daarna beoordeelden vier medisch-inhoudelijke experts onafhankelijk van elkaar de narratieven van de incidentmeldingen om vast te stellen of het incident waarschijnlijk ontstaan was *omdat* de betrokken arts een aios was, of dat het evengoed zou kunnen hebben ontstaan als de betrokken arts een huisarts was geweest. Deze uitkomst werd op basis van consensus vastgesteld. Twee onderzoekers bepaalden vervolgens met een oorzakenanalyse volgens SIRE ook de hoofdoorzaken en bijdragende factoren van de incidenten (kappa 0,82). Ten slotte vergeleken wij op de competentiebeoordelingslijsten van de eerstejaars aios (ComBeL, vierpuntsschaal¹⁹) de scores van de groep 'melders' met die van de 'niet-melders'.

RESULTATEN

Kenmerken van de gemelde incidenten

Er werden in de onderzoeksperiode 44 incidenten gemeld, waarvan er 23 het werkproces betroffen, 17 het klinisch redeneren, 2 de communicatie en 2 het materiaal of de logistiek [tabel 1].

Negen incidenten hadden op het moment van melden grote gevolgen voor de patiënt, 6 incidenten hadden matig ernstige, 17 incidenten hadden kleine en 12 incidenten hadden geen gevolgen. De mogelijke gevolgen, dat wil zeggen wat er redelijkerwijs had kunnen gebeuren, waren meestal één categorie ernstiger dan de werkelijke gevolgen, behalve bij de gemiste diagnoses. In deze groep was de potentiële schade voor de patiënt vaak groot, terwijl het incident op het moment dat het ontdekt werd geen ($n = 5$) of kleine ($n = 8$) gevolgen had.

De experts beoordeelden 34 van de 44 incidenten als 'zeker niet gerelateerd' aan de opleidingssituatie. Bij deze incidenten had net zo goed een meer ervaren huisarts betrokken kunnen zijn.

Bij analyse van de 44 incidenten identificeerden de onderzoekers 190 oorzaken, met een spreiding van 1 tot 11 per incident. De meest voorkomende hoofdoorzaak was geen of onduidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden binnen het zorgproces, gevolgd door inadequate apparatuur of materialen en afwezigheid van procedures. In zes gevallen was onvoldoende supervisie de belangrijkste oorzaak, hetzij doordat de betrokken aios zijn vraag of zijn zorgen over de patiënt niet expliciet genoeg formuleerde of doordat de opleider niet in zijn superviserende rol bleef, maar de rol van behandelaar overnam tijdens de consultatie. Communicatie

en werkomstandigheden waren zelden de belangrijkste oorzaak van een incident, maar droegen er, samen met patiënt-gerelateerde factoren en de heersende organisatiecultuur, wel belangrijk toe bij.

Competentiescores van meldende en niet-meldende aios

Vierentwintig van de 79 aios (30%) meldden tussen de 1 en 4 incidenten. De bereidheid om te melden bleek bij 66 eerstejaars aios significant samen te hangen met hun competentiescore tijdens de negendemaandsevaluatie (waarna de beslissing valt of de aios de huisartsenopleiding kan vervolgen). Aios die op de ComBeL-subschaal Medisch-inhoudelijk handelen de maximale score haalden, meldden vaker een incident dan aios met een lagere score ($p = 0,03$, zie [tabel 2]). Ook op de meeste andere competenties scoorden de 'meldende eerstejaars' gemiddeld hoger dan de 'niet-meldende eerstejaars', maar op deze subschalen was het verschil niet significant.

DISCUSSIE

Belangrijkste bevindingen

De incidenten die onze groep huisartsen-in-opleiding meldde in een vertrouwelijke meldingsprocedure, betroffen vooral de organisatorische en klinische aspecten van het zorgproces. De meeste gemelde incidenten hadden ook buiten de opleidings-situatie kunnen gebeuren. Dit suggereert dat het gebrek aan kennis en ervaring van een aios niet van groot belang is bij het ontstaan van incidenten in opleidingspraktijken. Verder lijkt er een positief verband te bestaan tussen medisch-inhoudelijke competentie en het aantal incidentmeldingen van een aios.

Tabel 1 Typen gemelde incidenten met voorbeelden ($n = 44$)

	Aantal	%
Werkproces	23	52%
■ administratie en registratie (voorbeeld: wijziging van medicatie door een ziekenhuisspecialist, aangegeven in ontslagbrief, werd niet aangepast in het EMD van patiënt waardoor onjuiste herhaalmedicatie werd uitgeschreven)	4	
■ diagnostisch proces (voorbeeld: een biopt van een huidtumor werd gevonden in een PA-envelop tussen de 'nieuwe' enveloppen en bleek niet meer te beoordelen; patiënt noch aios hadden de uitslag gemist)	6	
■ therapeutisch proces (voorbeeld: voor een patiënt met recidiverende <i>Candida</i> -infecties werd een recept flucloxacilline aangemaakt in plaats van het door de aios bedoelde fluconazol)	11	
■ anders (voorbeeld: een 103-jarige patiënte brak haar os pubis toen zij struikelde over de tas van de aios die bij haar een visite aflegde)	2	
Klinisch (kennis en vaardigheden)	17	39%
■ onjuiste uitvoering van klinische taak (voorbeeld: onjuist aanvullend diagnostisch onderzoek aangevraagd bij patiënte met postmenopauzaal bloedverlies)	3	
■ onjuiste of vertraagde diagnose (voorbeelden: delay in de diagnose hersentumor bij patiënte met slapeloosheid en geheugenstoornissen; onterechte diagnose diabetes mellitus type II bij een 50-jarige patiënt)	11	
■ onjuiste behandeling (voorbeeld: telefonisch advies en geruststelling van de vader van een 11-jarig kind met diabetes mellitus type I dat hevig braakte)	3	
Communicatie, teamwork (voorbeeld: reanimatie van een 80-jarige patiënte in een verzorgingshuis met een niet-reanimerenverklaring waarvan verzorging noch aios op de hoogte waren)	2	4,5%
Materialen, logistiek (voorbeelden: 'exploderende' oorspuit tijdens uitspuiten van oor; botte 'scherpe lepels' bij verwijderen van een verruca seborrhoica)	2	4,5%

Tabel 2 Competentie versus meldgedrag van eerstejaars huisartsen-in-opleiding (n = 66)

Competenties	ComBel-score*	Incident gemeld?		Percentage 'melders'	p
		nee	ja		
Medisch-inhoudelijk handelen	suboptimaal	31	7	18%	0,03
	optimaal	16	12	43%	
Communicatie	suboptimaal	29	9	24%	0,39
	optimaal	18	9	33%	
Samenwerking	suboptimaal	18	6	25%	0,58
	optimaal	26	12	32%	
Organisatie	suboptimaal	23	7	23%	0,34
	optimaal	21	11	34%	
Maatschappelijk handelen	suboptimaal	28	13	32%	0,59
	optimaal	15	5	25%	
Onderwijs en wetenschap	suboptimaal	30	9	23%	0,37
	optimaal	16	8	33%	
Professionaliteit	suboptimaal	27	10	27%	0,72
	optimaal	20	9	31%	

* Optimaal = ComBel-score 4; suboptimaal = ComBel-score 1-3.

Vergelijking met bestaande literatuur

In tegenstelling tot de eerder aangehaalde publicaties die onervarenheid, gebrek aan kennis en inadequate supervisie als belangrijke oorzaken aanwezen,^{4-7,9-11} hadden de meeste incidentmeldingen in ons onderzoek niet te maken met dit soort opleidingsgerelateerde aspecten, maar veel meer met organisatorische problemen zoals onduidelijke verdeling van de verantwoordelijkheden in het zorgproces, en met apparatuur, materialen of procedures. Onze incidentanalyses leggen structurele risico's in de opleidingspraktijken bloot die tot onveilige situaties kunnen leiden, niet alleen voor de patiënten van aios maar ook voor die van zittende huisartsen, HIDHA's of eventuele waarnemers. Voorts vonden we dat mogelijke oorzaken zoals vermoeidheid van de aios, stress door werkdruk of belemmerende hiërarchie niet veel bijdragen aan de kans op incidenten, dit in tegenstelling tot de genoemde publicaties.^{6,7,9}

Het verschil laat zich mogelijk verklaren door de andere onderzoekssetting (huisartsenpraktijk versus ziekenhuis) en door de andere methode van gegevensverzameling (incidentmelding versus vragenlijstonderzoek). Ook kan het verschil in arbeidstijden voor arts-assistenten de uiteenlopende resultaten voor een deel verklaren: huisartsen-in-opleiding werken in Nederland 38 uur per week, Amerikaanse arts-assistenten zo'n 80 uur per week.^{11,20}

Interpretatie van de bevindingen

Dat de meeste incidentmeldingen uit ons onderzoek niet-opleidingsgerelateerd waren, suggereert dat fouten eerder het gevolg zijn van hiaten in de organisatie van de praktijk waarin de aios werken dan van hun inherente gebrek aan kennis en ervaring. Het is natuurlijk mogelijk dat de aios in ons onderzoek relatief weinig opleidingsgerelateerde incidenten hebben gerapporteerd, bewust of juist vanwege een gebrek aan kennis waardoor de aios niet inzag dat een bepaald voorval een incident was. Hiertegen pleit echter dat de aios die wel een incident meldden, aanvankelijk vrijwel allemaal vonden dat hun eigen onervarenheid het incident veroorzaakt had.



Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

Pas uit de oorzakenanalyse bleek dat zij dit vaak ten onrechte dachten. De huisartsopleiders in ons onderzoek waren van mening dat zij in hun praktijk voldoende veiligheidsmaatregelen hadden genomen om fouten van aios te kunnen herstellen, en dat ondersteunt juist onze observatie dat de meeste gemelde incidenten niet-opleidingsgerelateerd zijn.

Bij de eerstejaars aios observeerden we een verband tussen melden en een hoge score op de competentie 'medisch-inhoudelijk handelen'. Geen van de andere competenties bleek significant gerelateerd aan het aantal meldingen van aios. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat het beoordelingsinstrument (ComBel) ten tijde van ons onderzoek net was ingevoerd en dat niet alle subschalen al even precies waren gekalibreerd. Over het algemeen bestond er onder de huisartsopleiders al wel consensus over hoe het medisch-inhoudelijk handelen van een aios te beoordelen, maar zij verschilden van mening over wat nu precies een goede 'communicator' is of een goede 'professional' in de huisartsenpraktijk.

Desondanks lijkt het logisch dat een aios die goed presteert eerder geneigd zal zijn om zijn eigen incidenten te melden en van fouten te leren: mogelijke angst voor een slechte beoordeling zal minder een rol spelen. Als het tegengestelde óók waar is, dan zijn de incidenten van de 'zwakkere' aios gewoonweg niet blootgelegd in dit onderzoek. Anderzijds kan men zich ook voorstellen dat een opleider een aios die incidenten vrijelijk meldt juist beter ontwikkeld vindt omdat hij kritisch kan reflecteren op het werk in de praktijk. In dat geval heeft het melden de ComBel-score positief beïnvloed. Deze laatste verklaring is in lijn met andere publicaties waarin het melden en systematisch analyseren van incidenten als een zinvolle onderwijsmethode gezien wordt.^{5,21} Daarbij gaven alle meldende aios in ons onder-

zoek aan dat zij de incidentanalyse een waardevolle les vonden, zowel voor hun kijk op de praktijk als 'foutenuitlokkende' omgeving²² als voor hun eigen professionele ontwikkeling.

CONCLUSIES EN IMPLICATIES

Uit dit explorerende onderzoek concluderen wij dat het structureel melden van incidenten tijdens de opleiding tot huisarts een belangrijk hulpmiddel kan zijn om te leren over zowel de organisatorische als de klinische aspecten van het zorgproces. Onze analyse van de gemelde incidenten bracht interessante organisatorische risico's in de opleidingspraktijken aan het licht, en incidentmeldingen door aios zouden de patiëntveiligheid in de opleidingspraktijken structureel kunnen verbeteren. Wij vinden dan ook dat aios actief uitgenodigd moeten worden om hun incidenten te melden en te analyseren, niet alleen als leerervaring voor henzelf, maar ook voor de huisartsopleiders en hun praktijken. ■

LITERATUUR

- Kennedy TJ, Lingard L, Baker GR, Kitchen L, Regehr G. Clinical oversight: Conceptualizing the relationship between supervision and safety. *J Gen Intern Med* 2007;22:1080-5.
- Ter Braak E. De ervaring leert: Over leren en opleiden van medische specialisten in de praktijk van de patientenzorg [oratie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, faculteit Geneeskunde, 2007.
- Elshove-Bolk J, Simons M, Cremers J, Van Vugt A, Burg M. A description of emergency department-related malpractice claims in The Netherlands: Closed claims study 1993-2001. *Eur J Emerg Med* 2004;11:247-50.
- Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees: A study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Arch Intern Med* 2007;167:2030-6.
- Battles JB, Shea CE. A system of analyzing medical errors to improve GME curricula and programs. *Acad Med* 2001;76:125-33.
- Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. *BMJ* 2008;336:488-91.
- Jagsi R, Kitch BT, Weinstein DF, Campbell EG, Hutter M, Weissman JS. Residents report on adverse events and their causes. *Arch Intern Med* 2005;165:2607-13.
- Shojania KG, Fletcher KE, Saint S. Graduate medical education and patient safety: A busy – and occasionally hazardous – intersection. *Ann Intern Med* 2006;145:592-8.
- Vohra PD, Johnson JK, Daugherty CK, Wen M, Barach P. Housestaff and medical student attitudes toward medical errors and adverse events. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007;33:493-501.
- West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. *JAMA* 2006;296:1071-8.
- West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA* 2009;302:1294-300.
- Conradi M. Fouten van huisartsen. Amsterdam: Boom, 1995.
- Coyle YM, Mercer SQ, Murphy-Cullen CL, Schneider GW, Hynan LS. Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. *Qual Saf Health Care* 2005;14:383-8.
- Fischer MA, Mazar KM, Baril J, Alper E, DeMarco D, Pugnaire M. Learning from mistakes: Factors that influence how students and residents learn from medical errors. *J Gen Intern Med* 2006;21:419-23.
- Logio LS, Ramanujam R. Medical trainees' formal and informal incident reporting across a five-hospital academic medical center. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010;36:36-42.
- Zwart DL, Steerneman AH, Van Rensen EL, Kalkman CJ, Verheij TJ. Feasibility of centre-based incident reporting in primary healthcare: the SPIEGEL study. *BMJ Qual Saf* 2011;20:121-7.
- NHS NPSA National reporting and learning service [internet]. London: National Patient Safety Agency, 2009. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/>.
- Leistikow IP, Den Ridder K, De Vries B. Patiëntveiligheid: Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2005.
- Competentiebeoordelingslijsten (ComBeLs) [internet]. Utrecht: Huisartsopleiding Nederland, 2010. www.huisartsopleiding.nl/doelgroep/aios/landelijke-toetsen/combel.
- Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, Cade BE, Lee CJ, Landrigan CP, et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med* 2004;351:1829-37.
- Voss JD, May NB, Schorling JB, Lyman JA, Schectman JM, Wolf AM, et al. Changing conversations: Teaching safety and quality in residency training. *Acad Med* 2008;83:1080-7.
- Vincent CA. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Qual Saf Health Care* 2004;13:242-3.

Nico van Duijn

Boete op ongezond leven

Meer zorgpremie betalen als je ongezond leeft. Dat vindt een flink deel van de Nederlandse dokters, zo bleek bij een enquête. Mensen die te veel eten, drinken, dik zijn, roken en stilzitten, die moeten worden gestraft volgens die dokters. Gezonden willen ongezonden straffen. Vermoedelijk vinden die strenge gezonden het slecht als mensen ongezond leven. Dat snap ik nog. Maar eigenlijk vinden ze dat ongezonden slechte mensen zijn die zich misdragen. Dat vind ik een verkeerde opvatting. Oorzaken van ziektes zoeken we uit om de ziektes te

behandelen, niet om zieke mensen te veroordelen. We leven niet in de Middeleeuwen.

Ten tweede denken gezonde mensen dat óngezonde mensen vanzelf gezond worden als je ze streng aanpakt, met een hoge ziektekostenpremie. Ook dat is een middeleeuws standpunt: denken dat straffen helpt en die dan gelijk invoeren. Moderne geneeskunde werkt anders. Medische ingrepen moeten een bewezen effect hebben voor je ze mag toepassen. Geloven dat iets helpt is geen goede geneeskunde. Net zo moet het effect van premieverhoging op leefstijl eerst worden bewezen, met wetenschappelijk onderzoek. Zolang die onderzoeken er niet zijn, zolang krijgen rokende, chips knob-

belende alcoholisten alle medische zorg die er is. Ze krijgen een uitkering, een huis en geen premieverhoging. De dikkerd van 170 kg krijgt een extra vering in zijn scootmobiel, zonder bijbetalen. De roker wiens benen worden afgezet wegens aderverkalking krijgt kunstbenen en een traplift. Geneeskunde is doen wat effectief helpt bij ziekte en gebrek. We kijken niet naar inkomen, ras of geslacht. We kijken niet naar de oorzaak. We bekijken de doeltreffendheid van een behandeling. Als premieverhoging helpt, dan voeren we die gelijk in. Maar voorlopig is dat niet bewezen. Ze mogen ons irriteren, de mensen die erg ongezond leven. We mogen op ze mopperen. Maar straffen met een boete, dat mag niet. ■

