

WEEKBLAD VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT
BEVORDERING DER GENEESKUNST

**REDACTIE**

dr C. Spreeuwenberg,
hoofdredacteur
mw mr J.C.M. Ankoné,
plaatsvervangend hoofdredacteur
mw W.G. Kaltofen, *redacteur*
mw C.R. van der Sluys, *redacteur*
R.A. te Velde, *eindredacteur*
mw C.M. Schouten, *secretaresse*

REDACTIEADRES

Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht
telefoon 030-823384

BESTUUR

F.N.M. Bierens, *voorzitter*
dr R.J.E.A. Höppener, *secretariaat*
dr C.J. Jonkman, *vice-voorzitter*
mw dr C. Vermeulen-Meiners
dr H.W.M. Anten

SECRETARIAAT BESTUUR

Postbus 690
2900 AR Capelle a/d IJssel

**ADVISEURS NAMENS HET
HOOFDBESTUUR DER KNMG:**

mw. M.H.D.J. Zwart- Van der Weerd
Th.M.G. van Berkestijn

ONTWERP & PREPRESS:

DTP-studio Diap v.o.f., Velp

ABONNEMENTEN

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname zijn de kosten voor een abonnement f. 151,50 (inclusief BTW); overige landen f. 267,-

OPGAVE EN ADMINISTRATIE

Wegener Tijl Tijdschriften Groep BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EC Amsterdam
telefoon 020-5182828
telefax 020-5182843

ADVERTENTIES

Wegener Tijl Medische Media
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EC Amsterdam
telefoon 020-5182828
telefax 020-5182843

Accountmanager: F. Schopman,
telefoon 020-5182828

Personeelsadvertenties: G. van Trier,
telefoon 020-5182809

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd. Geldend advertentietarief: januari 1993

DRUK

Druk Tijl Offset, Zwolle

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoording verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Bij de voorplaat:

Titelpagina van de 'Handleiding voor Ziekenverpleegsters in Gestichten en in het Huisgezin' (1897), een vertaling van Kurt Witthaufers 'Leitfaden für Krankenpflegerinnen' uit hetzelfde jaar

J a a r g a n g 4 8 / 5 m a a r t 1 9 9 3

MEDISCH CONTACT

DE MACHT VAN DE PATIËNT**263**

De consument wil een goedkope verzekering en de patiënt wil dat er alles aan wordt gedaan om hem beter te maken. Het gaat hier om belangen die bij geen enkele verzekering zó conflicteren als bij een ziektekostenverzekering. Moet de overheid het patiënten- en het consumentenbelang verdedigen? Of moet dit door de consument/patiënt zelf gebeuren? Dat ligt eraan: in hoeverre gaat het om een algemeen belang en waar is de verantwoordelijkheid van het individu aan de orde?

EIGEN BIJDAGEN**267**

Beleidsmaatregelen in de gezondheidszorg dienen doordacht te worden genomen, anders hebben ze een averechts effect. Het systeem is zo complex, dat ingrijpen lijkt op het knippen in een fietsband: je knijpt hier en elders ontstaat een bobbel. Over eigen bijdragen en het fietsbandfenomeen.

AMBULANCEHULPVERLENING**271**

Om de invloed van protocollair werken in de ambulancedienst beter te kunnen objectiveren is bij twee diensten een vergelijkend onderzoek verricht: een kleine, traditioneel werkende ambulancedienst op het platteland en een grote, protocollair werkende in een stedelijk gebied.

OPNAMEBELEID HARTBEWAKING**273**

Bij veel patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen onder de diagnose 'mogelijk hartinfarct' kan na nader onderzoek geen infarct worden vastgesteld. Het Rotterdams Prehospitaal Elektrocardiografie Project (PEP) heeft tot doel de diagnostiek van de huisarts op dit punt te verbeteren.

HET HART OP DE TONG**276**

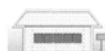
Vele artsen hebben moeite met hun nieuwe hulpverlenersrol van behandelaar plus onderhandelaar van en met hun patiënten. Drie bijscholingsprogramma's beogen cardiologen in Groningen soelaas te bieden.

INVESTERINGSBESLISSINGEN**279**

In het nieuwe stelsel voor de gezondheidszorg doet zich een aantal keuzeproblemen voor, waarbij het vooral draait om de vraag welke kwaliteit van zorg te kiezen en tegen welke kosten. In Deventer is de mogelijkheid van het werken met standaard-zorgplannen onderzocht.

GEZONDHEIDSCENTRA IN FINLAND**282**

In ons land is onlangs gekozen tot afschaffing van het stimuleringsbeleid voor gezondheidscentra. In Finland is echter aangetoond dat de gezondheidscentra, ook zonder de nadruk op het één-locatiemodel, als organisatorisch concept van grote waarde zijn voor een sterke, geïntegreerde lijn.

En verder onder meer:**285****Dagboek****287****Knelpunten 'Professioneel kiezen'**

IN CONTACT

Plaatsen van bijdragen in de rubriek 'In Contact' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen wordt schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

LSV-KNMG

NAMENS HET BESTUUR van de KNMG, afdeling Westfriesland, willen wij u onze zorg overbrengen omtrent het functioneren van de LSV binnen de KNMG.

Zoals u ongetwijfeld weet, is de deelname van de LSV-leden aan KNMG-activiteiten zeer gering, zeker in verhouding tot de aangesloten huisartsen.

Onlangs hebben wij geprobeerd hierin verandering te brengen door middel van een brief aan de leden, alsmede aan oud-leden die uit onvrede hun lidmaatschap hebben opgezegd.

Bij navraag blijken veel LSV-leden moeite te hebben met het functioneren van het LSV-bestuur.

De berichtgeving omtrent de recente bestuurswisseling was erg vaag. Geruchten omtrent malversaties werden noch ontkend, noch bevestigd.

Spoedbrieven van het LSV-bestuur bevatten weinig relevante informatie c.q. beloven nadere informatie, die dan weer uitblijft. Een en ander valt wel uitgebreid in de landelijke dagbladen te lezen.

Stemmingen over voorstellen geschieden op basis van een verouderd kiessysteem, met vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen en districten, zonder vooraf te komen tot een goed stemadvies.

Besluitvorming vindt dan ook zeer centraal plaats. Af en toe is er een verdediging van standpunt op locatie.

In de jongste berichtgeving door een projectgroep van de LSV wordt zelfs geopperd regionale verenigingen op te richten om de komende problemen het hoofd te bieden. Wie bestuurt wat?

Als enthousiaste bestuursleden van de KNMG-afdeling Westfriesland (en nog aangesloten bij de LSV) maken wij ons zorgen. Wij zijn bang dat er steeds meer LSV-leden hun lidmaatschap gaan opzeggen.

Het geven van betere voorlichting en het inwinnen van informatie omtrent datgene wat bij de leden leeft, zou de frustratie wellicht doen afnemen.

Tevens lijkt het ons goed dat het zoeken van publiciteit in goede banen wordt geleid via een afdeling PR om ongenueanceerde artikelen in kranten en tijdschriften te voorkomen.

Meewerken hieraan, wellicht goed bedoeld, leidt tot een verder ondermijnen van

de maatschappelijke waardering voor de geneeskundige stand.

Zoals u zult begrijpen is dit slecht voor een goede motivatie lid te blijven van de LSV en daarmee voor het overkoepelend lidmaatschap van de KNMG.

Schellinkhout, februari 1993

NAMENS HET BESTUUR KNMG

WESTFRIESLAND,

C.L. JANUS, CARDIOLOOG

R.A.L.M. STALLAERT, LONGARTS

Reactie LSV/KNMG

Voor het Hoofdbestuur van de KNMG en het Centraal Bestuur van de LSV is het uiterst belangrijk signalen uit de regio te krijgen. Dat gebeurt regelmatig via de geëigende kanalen. De respectieve besturen enten hun beleid daar ook mede op.

Uit het signaal dat de collegae Janus en Stallaert namens de KNMG-afdeling Westfriesland afgeven, blijkt dat de bestuursstrubbelingen binnen de LSV inmiddels van dien aard zijn dat leden zich zelfs bezorgd tonen over het voortbestaan van hun beroepsvereniging en de mogelijke consequenties daarvan voor de KNMG.

Juist omdat het bestuur van de LSV zich bewust was van de onrust die inmiddels onder de leden is ontstaan, heeft het zich achter het voorstel van vijf wetenschappelijke verenigingen gesteld en de ledenvergadering voorgesteld een commissie van wijze mannen in het leven te roepen.

De LSV-ledenvergadering heeft dit voorstel op 19 januari 1993 overgenomen en gesteld dat de commissie niet alleen aan het LSV-bestuur maar ook aan de leden van de LSV verslag moet doen van haar bevindingen. Een paar dagen later al was de commissie geïnstalleerd en begonnen met haar werkzaamheden.

Een dezer dagen is het advies van de Commissie van Wijze Mannen verschenen. De leden van de LSV zullen zich hierover binnenkort beraden.

Het Centraal Bestuur van de LSV, maar ook het Hoofdbestuur van de KNMG hoopt dat daarmee alle aandacht weer kan worden gericht op andere zaken waarvoor zij staan.

En wat het PR-beleid betreft, dat kan er dan wellicht weer eens op gericht zijn goede boodschappen uit te dragen ('Be good and tell it'), terwijl het nu te veel inspanning kost de schadelijke gevolgen van het openlijk ruziën van specialisten(organisaties) nog enigszins binnen(skamers) te houden.

Utrecht, februari 1993

R.H. LEVI, VOORZITTER KNMG

G. BOOIJ, WAARNEMEND VOORZITTER LSV

Specialisten, budgettering en realiteit

HET WORDT MEER en meer duidelijk dat het de staatssecretaris menens is met de budgettering van de kosten van specialistische hulp. Het middel dat hij hierbij gebruikt is de botte bijl van de maximering van de uitgaven aan specialistenhonoraria. Nu heeft Simons, vooruitlopend op de door hem in 1993 verwachte overschrijding van het budget, weer een daling van de specialistentarieven aangekondigd.

Dat het Simons ernst was, was binnen de LSV al sinds omstreeks 1989 bekend, zoals Spreeuwenberg schrijft in zijn commentaar in Medisch Contact van 29 januari (MC nr. 4/1993, blz 97). Later is in opdracht van de staatssecretaris onder leiding van prof. Dunning een commissie bezig geweest met het aangeven van wegen waarop de keuzen in de zorg zouden moeten worden gemaakt om de uitgaven te kunnen blijven beheersen. Dit heeft niet tot merkbare activiteit geleid in specialistenland, noch bij de LSV, noch bij vergelijkbare organisaties. Blijkbaar bestond, niet ten onrechte, de gedachte dat er meer specifieke keuzen door de overheid zouden moeten worden aangegeven en was men van mening dat de keuzen niet in de dagelijkse medische praktijk gemaakt zouden moeten worden.

In landen om ons heen is dezelfde problematiek actueel. In Engeland heeft de North East Thames Regional Health Authority, aangemoedigd door de Chief Executive van de NHS,¹ de vergoedingen gestaakt van vijf behandelingen: voor varices, niet-kwaadaardige knobbels en bobbels, ongecompliceerde verstandskiezen, tatoeageverwijderen en IVF. In de Verenigde Staten is in de staat Oregon in iets ander verband eerst een begin gemaakt met het beperken van de kosten van Medicaid, door transplantaties van organen andere dan nieren niet meer te vergoeden. Dit is later gevolgd door een zorgvuldig in samenwerking met de medische professie en het publiek uitgewerkte lijst van prioriteiten in de zorg. Hierna werd voorgesteld de laagst scorende ziektebeelden en hun behandelingen niet meer te vergoeden in het kader van Medicaid, die dan echter wel toegankelijk zou worden voor alle onverzekerden. De alineas die de commissie-Dunning hieraan wijdt doet dit beslist geen recht.

In beide situaties is door de verantwoordelijke overheid het voortouw genomen, soms met een duidelijke, soms met een onduidelijke verantwoording van de wijze van het tot stand komen van het resultaat. Nu de Nederlandse overheid in gebreke blijft om de specifieke keuzen in de zorg aan te geven, is het tijd dit zelf ter hand te nemen.





Wat staat ons te doen?

Uitgangspunt moet volgens Simons zijn, dat de kosten van de specialistische hulp dalen tot niveau 1989. De weg van de overheid leidt tot het steeds harder moeten werken voor minder geld. Een betere manier is dan ook *zelf de noodzakelijke keuzen te maken*. We laten ons niet meer door ons geweten aanmoedigen om steeds harder te werken om wachtlijsten kort te houden. We houden ons maandbudget in de gaten en maken zelf de keuzen in de zorg. Het is niet moeilijk in mijn vak, de chirurgie, aan te geven welke verrichtingen/kosten relatief weinig gezondheidswinst opleveren voor de patiënt, naar analogie van de oplossing in Oregon.

De meeste acute ingrepen hebben duidelijk nut of zelfs een levensreddende functie: ik denk aan blindedarmoperaties, behandeling van ileus en verkeersslachtoffers. Daarnaast zijn er electieve ingrepen welke achterwege kunnen blijven of kunnen worden uitgesteld. Een groot deel van alle varicesbehandelingen gebeurt om cosmetische redenen of wegens vage klachten die niet altijd verband met de kwaal houden. Naevi, atheromen en soms lipomen kunnen ook, en wellicht goedkoper, door de huisarts worden verwijderd; de huisartsen hebben als voorbereiding in diverse regio's al nascholing hierin gehad via de Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen. Dreigt het budget dan nog te worden overschreden, dan is het laten ontstaan van wachtlijsten voor electieve ingrepen, zoals al jaren het geval in de Engelse NHS, de enige mogelijkheid. In het beschikbare budget moet wel ruimte zijn voor maatschapsuitbreidingen sinds 1989, waarin in het Vijfpartijenakkoord was voorzien, en voor de ons opgedragen extra inspanningen welke met het Bevolkingsonderzoek Borstkanker samenhangen, en andere speciale wensen van Den Haag.

Simons zal antwoorden, dat wachtlijsten overbodig zijn als er minder overbodige ingrepen worden gedaan of als er betere keuzen worden gemaakt. Ik durf te stellen, dat het gros van de Nederlandse specialisten al lang met een zorgvuldig oog heeft gekeken of alles wat zij doen wel nodig is. Als ik om mij heen kijk, zie ik alleen specialisten die verantwoordelijk hun werk doen en het te druk hebben om zich met flauwekul bezig te houden.

Het enige waar de LSV in is voorgegaan is reshuffling - maatschappelijk juist, maar blijkbaar het begin van haar ondergang. Nu zij niet het voortouw neemt in het aangeven van keuzen in de zorg om binnen het Haag-

se budget te blijven en zich bezighoudt met voor de leden volstrekt onduidelijke interne strubbelingen, moeten de specialisten zelf het initiatief nemen, liefst onder leiding van hun wetenschappelijke verenigingen. Blijven ook deze in gebreke aan de signalen uit Den Haag uitleg te geven, dan moeten we het zelf maar doen. Ik hoor al vele specialisten het maar wat rustiger aan doen om niet weer met de als zéér onrechtvaardig ervaren tariefkortingen te worden geconfronteerd.

Simons zou de Nederlandse patiënten wel een erg slechte dienst bewijzen, als hij serieus bedoelde, snel georganiseerde en uitgevoerde pogingen volgens bovenstaand stramien niet serieus nam. Dat hij dat wel doet, kan hij tonen door zijn botte bijl te slijpen en die groepen specialisten die willen veranderen een behoorlijk inkomen te garanderen, bijvoorbeeld tenminste dat van 1989. Wil hij dat *alle* patiënten zonder wachtlijsten blijven worden geholpen, dan moet hij de budgetten aanpassen aan de realiteit.

Zwolle, februari 1993

DR J.E. DE VRIES, CHIRURG

Literatuur

1. Dixon J, Welch HG. Priority setting: Lessons from Oregon. *Lancet* 1991;337:891-4.

Noot

* In de JAMA en andere tijdschriften is veel discussie geweest over het moedige plan van de Oregon Health Services Commission, bijvoorbeeld:

Hadorn DC. Setting health care priorities in Oregon. *JAMA* 1991;265:2218-25

Klevit HD, Bates AC, Castanares T et al. Prioritization of health care services. *Arch Intern Med* 1991;151:912-6.

Medisch specialisten

IN MEDISCH CONTACT nummer 4 staan bijdragen van de collegae Dunning, Van Leeuwen en Spreeuwenberg, handelende over de situatie waarin de medisch specialisten thans maatschappelijk en financieel verkeren.

De boodschap van alle drie is in essentie dezelfde en glashelder: er wordt teveel over geld gepraat en de specialisten zouden er goed aan doen de aandacht meer te richten op de kwaliteit van hun handelen en de opvattingen die de samenleving daarover heeft. Collega Spreeuwenberg voegt daar nog aan toe, dat (het bestuur van) de LSV er goed aan zou doen wat dat betreft een voorbeeld te nemen aan (het bestuur van) de LHV.

De drie genoemde collegae staan niet alleen in hun opvattingen. Toch meen ik dat

hun weergave van de situatie te eenzijdig is.

Ten eerste is de specialisten gedurende een lange reeks van jaren van allerlei verweten, maar niet dat hun werk onvoldoende kwaliteit zou hebben. Zelfs de huidige staatssecretaris spreekt over *bezuinigen met behoud van de hoge huidige kwaliteit*. Ook de huisartsen proberen, door versterking van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn, tot hetzelfde hoge kwaliteitsniveau te geraken. Wetenschappelijke verenigingen en universiteiten bieden een uitgebreid pakket van nascholing aan, waarvan massaal gebruik wordt gemaakt. Op geen enkele wijze is er ruimte voor de suggestie dat de specialisten in het algemeen onvoldoende aandacht aan de kwaliteit van hun werk zouden besteden en het is uitermate te betreuren dat de staatssecretaris die dan toch uitspreekt, daarbij afgaande op uitspraken van individuele specialisten.

Ten tweede ligt de nadruk van het gesprek in het VPO of tussen specialisten en ziekenfondsen of tussen specialisten en de overheid om geld, *omdat dat het enige is waarover overheid en ziektekostenverzekeraars met de specialisten willen spreken*. Eventuele kwaliteitsaspecten worden van specialistenzijde (dikwijls tevergeefs) ingebracht. Als het verwijt van eenzijdigheid moet worden gemaakt, dan in ieder geval niet aan de specialisten! Hetzelfde geldt voor het maatschappelijk draagvlak, althans voor zover dat in de media tot uitdrukking komt. Daar bestaat een disproportionele belangstelling voor de omzetten en inkomens van de specialisten, en veel minder voor het feit dat de specialist dikwijls de enige bondgenoot is die de patiënten nog hebben als het aankomt op de realisering van hun rechten in de praktijk van alledag.

Ten derde is er *bij de belangenbehartiging van de specialisten sprake van veel achterstallig onderhoud*. Aanzienlijk te lang heeft hieraan bij de LSV de geur van onfatsoen gehangen en zijn in het verleden door de specialisten zelfs eigener beweging tariefdalings aangeboden (en uiteraard geaccepteerd). De LHV heeft daaraan niet meegedaan. Dat zou voor de specialisten, daarin heeft collega Spreeuwenberg gelijk, een voorbeeld hebben moeten zijn. Ook doen de huisartsen veel minder aan het beschadigen van het eigen imago, bijvoorbeeld door te zeggen dat hun inkomen te laag is. Ook protesteren zij terecht wanneer er geen extra gelden voor hen beschikbaar komen. Dit alles is individuele specialisten niet ontgaan, en die hebben gestermd met hun voeten, met andere woorden: ze hebben het lidmaatschap van een in hun ogen falende LSV opgezegd. Mijs inziens is de enige manier om deze specialisten weer binnen de gelederen van de LSV te krij-



gen: een duidelijke verbetering van de belangenbehartiging door de LSV. Zolang er nog wordt gedaan alsof die in het verleden voldoende is geweest of dat het gezeur over geld nu eens moet ophouden, is er geen sprake van een correcte analyse van de politieke en maatschappelijke situatie van de achterban en zal de LSV leden blijven verliezen. Dat wil niet zeggen dat er nooit meer sprake zal zijn van eendracht, alleen dat dat niet meer onder het LSV-vaandel zal zijn.

Ten vierde is er *geen sprake van dat de inkomens van de specialisten maatschappelijk onaanvaardbaar hoog zijn*. Dat leert vergelijking met het buitenland en dat leert ook een beschouwing van de huidige tarieven. Dit is al herhaalde malen betoogd, evenals het feit dat er wel - niet maatgevende - uitschieters naar boven en naar beneden zullen zijn. Ook het vergelijk met de tarieven van andere beoefenaren van vrije beroepen plaatst medisch specialisten in de achterhoede. Er zijn specialismen die moeten werken met een uurloon van f 120,- en die doldankbaar zouden zijn met een verhoging naar f 200,- in plaats van de thans dreigende verlaging naar f 80,-. Het wordt tijd dat het gepraat over excessieve inkomens voorbij is en dat de maatschappelijke werkelijkheid door de critici onder ogen wordt gezien.

Renkum, februari 1993
DR F. SMIT

Medische beslissingen rond het levenseinde

NAAR AANLEIDING VAN het hoofdredactioneel commentaar in Medisch Contact van 5 februari jl. (MC nr. 5/1993, blz. 129) en van het daarin besproken voorstel van J. Griffiths in NRC-Handelsblad (Wetenschap) van 21 januari 1993, moge ik de volgende vragen stellen:

1. Zijn er ook zorgvuldigheidseisen ten aanzien van het lezen en becommentariëren (en drukken) van artikelen met een dergelijk delicaat onderwerp, zoals MBL's, afkorting voor medische beslissingen rond het *levenseinde*? Evenals in uw stuk is in één van de ingezonden brieven in NRC-Handelsblad (van de hand van een arts) ook de term 'medische beslissingen

rond levensbeëindiging' terechtgekomen. Wat voor soort vergissing is dat?

2. Welke attitude hanteren wij als beroepsgroep ten aanzien van een rechtssociologische hoogleraar die in grove bewoordingen suggestieve beweringen doet die *niet* gebaseerd zijn op eigen onderzoeksgegevens, maar op persoonlijke interpretaties van onderdelen van tabellen van het rapport-Remmeling?

Als toevallige insider van de vakgroep Rechtssociologie aan de RUG ben ik op de hoogte van een lopend onderzoek dat wordt verricht door twee antropologen met als onderwerp: 'De sociale context waarin MBL's worden genomen'. Dat onderzoek is nog niet afgerond, het wordt met de grootste zorgvuldigheid gedaan en de medewerking van artsen en verpleegkundigen daaraan is natuurlijk van essentieel belang. Hoe dacht u dat zo'n onderzoek zuiver kon blijven, evenals de interactie tussen onderzoekers, patiënten en (para)medici na het lezen van een (wetenschappelijk?) stuk als dat van J. Griffiths? Deze zelfde hoogleraar wordt geacht de hoofdbegeleider van genoemd onderzoek te zijn.

Welke bereidheid kan er nog overblijven bij artsen om mee te werken aan eerlijke onderzoeken? Zijn er ook zorgvuldigheidseisen voor onderzoeksleiders van niet-medische origine?

Deze twee brandende vragen wilde ik u en de lezers van Medisch Contact en NRC-Handelsblad stellen. U kunt deze brief dus als ingezonden brief beschouwen en behandelen.

Paterswolde, februari 1993
P.W. CHIN A PAW-VAN DER SLOOT,
ARTS-ONDERZOEKER

Naschrift

1. Van der Maas heeft voor zijn onderzoek ten behoeve van de commissie-Remmeling de verschillende MBL-beslissingen in een zevental hoofdcategorieën onderverdeeld. Mijn bezwaar tegen Griffiths' betoog is, dat hij het principiële onderscheid tussen de intentie leven te beëindigen en dit niet te doen bagatelliseert, althans als poreus bestempelt. Gezien de repercussies van misverstanden dient zeer zorgvuldig te worden aangegeven wat precies onder de verschillende categorieën wordt verstaan. Mijn commentaar had tot doel de mogelijke misstanden die het betoog van Griffiths zou kunnen oproepen weg te nemen. Het antwoord op de vraag van wat voor vergissing hier sprake is kan ik niet geven. Deze vraag zou door Griffiths moeten worden beantwoord.
2. Het antwoord op vraag 2 is door mij nog

moeilijker te geven. Uit eigen ervaring weet ik hoe belangrijk het is dat artsen de onderzoeker over onderzoek naar de praktijk van de hulpverlening aan sterfenden vertrouwt. De Geus vroeg eind jaren zestig huisartsen in zijn dissertatieonderzoek 'Huisarts en kankerpatiënt' nog niet specifiek naar euthanasie. Alleen via zeer omzichtige procedures was ik eind jaren zeventig in staat via een semi-gestructureerd diepte interview met een dertigtal min of meer representatieve huisartsen uit drie regio's over hun stervenshulp, inclusief euthanasie, te spreken. Hilhorst stuitte in dezelfde jaren op veel weerstand bij zijn onderzoek naar euthanasie in het ziekenhuis. De grotere openheid over euthanasie en de steun die zorgvuldig handelende artsen kregen van Justitie en de KNMG heeft ertoe geleid dat het taboe te spreken over euthanasie in de jaren tachtig aanzienlijk is verminderd. De twee grote representatieve onderzoeken uit het begin van dit decennium, van Van der Maas c.s. en van Van der Wal c.s., waren zonder dit veranderend klimaat niet mogelijk geweest.

Hoewel het bewijs hiertoe nog niet te leveren is, acht ik het zeer wel mogelijk dat de Nederlandse praktijk ten aanzien van MBL veel minder van die in het buitenland verschilt dan oppervlakkig lijkt. Maar dit weten we pas als ook daar levensbeëindigend handelen bespreekbaar is. Het komt mij voor dat iemand die een onderzoek leidt naar de achtergronden en praktijk van MBL zich nog meer dan iemand anders behoedzaam zal dienen uit te drukken.

Utrecht, februari 1993
DR C. SPREEUWENBERG

Dagboek

HET 'DAGBOEK' VAN Patrick Bosboom over 'collega's' (MC nr. 4/1993, blz. 125) roept bij mij de gedachte op aan een Engels aforisme: "When Jack tells you about Jim, you know more about Jack than about Jim."

Jammer dat Jack, alias Patrick, voor dit weeklagen zendtijd krijgt in MC.

Rijswijk, februari 1993
DR L.P. BRUIJEL

L S V

Het advies van de 'Commissie van Wijze Mannen'

ENKELE WEKEN GELEDEN heb ik op deze plaats een aantal achtergronden belicht van het feit dat het de specialisten, en daarmee de LSV, op dit moment niet voor de wind gaat.¹ Nu er over de structuur en financiering van de gezondheidszorg ingrijpende beslissingen worden genomen, zou het uitermate te betreuren zijn als er links en rechts zoveel specialisten uit de boot vallen dat er geen representatieve organisatie meer is die gelegitimeerd kan opkomen voor de kwaliteit van de specialistische hulpverlening en de materiële belangen van de specialisten.

Het terugtreden van de LSV-voorzitter en drie andere leden van het Dagelijks Specialisten Bestuur (DSB) op 17 december jl., nadat een voorstel over de herstructurering van het bestuur en het bureau was verworpen, maakt duidelijk dat een ingrijpende operatie niet is te vermijden. De ledenvergadering besliste op 19 januari, dat 'wijze mannen' een advies zouden moeten uitbrengen over oplossingen om uit de bestuurlijke impasse te komen. Hierbij zou in het bijzonder aandacht moeten worden geschonken aan de toekomstige organisatie en de samenstelling van het toekomstig bestuur.²

Bij de beoordeling van het advies moet er rekening mee worden gehouden dat de commissie, bestaande uit ervaren specialisten met een drukke praktijk, slechts 23 dagen had om haar rapport op te stellen. Het is dan ook volkomen terecht dat de commissie zich heeft beperkt tot het beschrijven van de hoofdlijnen en zich niet al te zeer heeft verdiept in het verleden.

De 'diagnose' van de commissie komt er in feite op neer, dat het LSV-bestuur te ver van de leden afstaat en dat de taakverdeling tussen het bestuur en het bureau onvoldoende helder is. Zo worden de leden op tweeërlei wijze in het bestuur vertegenwoordigd: enerzijds via de plaatselijke specialistenvereniging, de districtcommissies en de districtsafgevaardigden naar ledenvergadering en centraal bestuur; anderzijds via de wetenschappelijke vereniging naar de ledenvergadering en het bestuur. Deze laatste invloed is thans gering. Een wetenschappelijke vereniging heeft immers nauwelijks mogelijkheden om haar standpunt genuanceerd te doen horen. De grote afstand tussen de leden en het bestuur maakt dat het

beleid onvoldoende door de leden wordt gedragen, dat de leden onvoldoende worden geprikkeld om zich te verdiepen in de complexe materie waarmee een vereniging als de LSV zich moet bezighouden, dat de communicatie via te veel schijven verloopt en dat besluiten niet altijd overeenkomen met de wensen van de leden. Dit voedt de NSF in haar opvatting dat de LSV een onvoldoende democratische structuur kent.

De commissie meent dat de bestuursstructuur en de informatielijnen moeten worden verbeterd, waarbij de oplossing wordt gezocht in een kortere lijn tussen individuele specialist en bestuur. De commissie heeft hierbij overwogen dat, hoe belangrijk de materiële belangenbehartiging ook is, de 'burden of interest' voor de specialist vooral is gelegen in de inhoud van zijn vak. Daarom heeft de commissie als ingang voor de betrokkenheid van de specialist gekozen

dr C. Spreeuwenberg

voor de wetenschappelijke vereniging. Van deze wetenschappelijke verenigingen zijn bijna alle specialisten lid en de meeste wetenschappelijke verenigingen zijn vertrouwd met een *bifocale doelstelling*: het verhogen van de kwaliteit en het behartigen van de belangen van de beoefenaren van het specialisme. Teneinde de nieuwe organisatie niet te veel met het verleden te belasten wordt voorgesteld een nieuwe koepel te vormen: de Landelijke Organisatie van Medisch Specialisten. Deze landelijke organisatie moet dan vervolgens worden ingebed in de federatieve structuur van de KNMG. De commissie rekent erop dat een koepel van wetenschappelijke verenigingen beter dan de huidige LSV in staat is bij alle organisatorische en sociaal-economische beslommeringen het uiteindelijke doel van de professie: de bevordering van een kwalitatief verantwoorde gezondheidszorg, in het oog te houden.

Uitdrukkelijk wordt ruimte gegeven aan *decentrale delegatie*; iets dat nodig zal zijn, wil straks de regiovorming met regionale productieafspraken van de grond kunnen komen. Het centrale bureau zal niet alleen taken hebben op het gebied van het landelijk overleg met overheid, verzekeraars en instellingen, maar het zal ook het regionaal

overleg en de staven van ziekenhuizen dienen te ondersteunen.

Wat de korte termijn betreft, stelt de commissie voor dat het huidige LSV-bestuur zijn zetels ter beschikking stelt en dat de wetenschappelijke verenigingen een overgangsbestuur formeren met als taak de verenigingsstructuur verder uit te werken, een directeur van het bureau te benoemen en via onderhandelingen de impasse op het gebied van honorering en tarieven te doorbreken.

Het is goed dat de commissie, teneinde de leden van de LSV eerst de gelegenheid te geven zich over de grondgedachte uit te spreken, zich niet heeft laten verleiden tot de beantwoording van detailvragen. Het voorstel roept immers nogal wat vragen op. Zullen de wetenschappelijke verenigingen in staat zijn een evenwicht te vinden tussen kwaliteitsbeleid en belangenbehartiging? Zullen de wetenschappelijke verenigingen van de relatief beter gehonoreerde specialisten voldoende rekening houden met de belangen van hun minder betaalde collegae van andere verenigingen? Wordt de zeggenschap van de perifeer werkende specialist straks niet ondergesneeuwd onder die van de academisch werkende specialist? Kan de eigenheid van de regio's voldoende tot haar recht komen? Hoe moet de nieuwe organisatie worden ingepast binnen de KNMG en wat zijn de consequenties voor de KNMG zelf? De voordelen lijken echter tegen de onzekerheden op te wegen; neem alleen al de te verwachten grotere betrokkenheid van de academisch werkende specialisten bij de beroepsorganisatie van specialisten en artsen.

Het is nu niet het moment om de gestelde vragen te beantwoorden. Eerst moeten de leden beslissen welke weg ze met de LSV willen opgaan. Vervolgens zal het interim-bestuur, in nauw overleg met allen die zich thans voor de LSV en de KNMG inzetten, oplossingen moeten vinden.

Als de LSV-leden de commissie volgen, zullen ze de steun van de huidige partners binnen de federatie KNMG hard nodig hebben. Mij dunkt dat ze deze steun moeten krijgen.

¹ Spreeuwenberg C. Zwaar weer voor specialisten. Medisch Contact 1993, 49-97.

² "Commissie van Wijze Mannen". Rapport naar aanleiding van een voorstel ingebracht in de Ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging d.d. 19 januari 1993. Utrecht: LSV, 1993.

Onderwaardering verzekerd: en de toekomst?

L A D

De februari-driedaagse zit erop! Van 15 tot en met 17 februari reageerden verzekerings-geneeskundigen massaal op de actieoproep van hun belangenorganisaties LAD en VHP. In de drie noordelijke provincies, in Utrecht, Limburg, West-Brabant en Zuid-Holland gingen deze collega's over tot werkonderbrekingen. U heeft er vast wel wat over gelezen in de krant of iets over gehoord op de radio. In regionale estafettes werd op achtereenvolgende dagen tussen 10.00 en 14.00 uur het werk neergelegd.

Als artsen zich op zo'n manier opstellen, moet er wel wat aan de hand zijn.

Primair gaat het de actievoerende artsen om de invulling van hun functie. Preventie, begeleiding bij en terugdringing van ziekteverzuim, reïntegratie zijn de taken waarvoor de verzekeringsgeneeskundige nu en in de toekomst staat. En dat daar een passend salaris bijhoort, ligt voor de hand.

In de sector sociale verzekeringen sleept het project van functiewaardering zich voort. De salarisstructuur die daar een gevolg van is, zet het inkomensperspectief van verzekerings-geneeskundigen die na 1988 bij bedrijfsverenigingen zijn gaan werken, fors in de achteruit. Wat een ontmoedigend perspectief voor deze artsen en hun jonge collega's die een functie in deze zich voortdurend ontwikkelende richting ambiëren. Welke Dik Trom-achtige patronen zouden de werkgevers toch parten kunnen spelen?

Terugkijkend naar 1989, zien we dat in dat jaar de werkloosheid binnen de medische beroepsgroep op trieste hoogte ligt. Cijfers van het ministerie van Sociale Zaken registreren meer dan 1.700 (jonge) collega's op zoek naar een passende functie. Vervolgens halveert de werkloosheid in snel tempo. Op dit moment wordt geschat, dat nog hooguit 300 artsen een beroeps carrière moeten starten.

De cijfers beroepskrachtenplanning ge-

zondheidszorg, die komen van WVC, gaan ook in op de specifieke functie verzekerings-geneeskunde. Op basis van 1989 en doorgerekend naar 2010, wordt de verwachting uitgesproken dat er in deze periode 100 verzekerings-geneeskundigen meer nodig zullen zijn om aan de vraag naar deze deskundigheid te kunnen voldoen. Daarbij is dan nog niet gerekend met de functies die vrijkomen door carrièreroverloop en (vervroegde) uittreding. Nee, gerekend wordt met de vraag naar diensten van verzekerings-geneeskundigen die in circa vijftien jaar zal meegroeien met de leeftijds-groepen waarop zij zich in hun werk met name richten. De discussie die zowel politiek als

LAD-voorzitter dr G.M.H. Tanke

maatschappelijk wordt gevoerd over de verantwoordelijkheid van bedrijfsverenigingen (lees: verzekerings-geneeskundigen) voor preventie van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, minder WAO-instroom, meer aandacht - dus - voor reïntegratie, "een arts voor arbeid en gezondheid", enzovoort zal het aantal verzekerings-geneeskundigen dat aan dit "voortschrijdend inzicht" gestalte moet geven zeker niet doen afnemen.

De kwaliteitsnormen die de beroepsgroep zelf propageert, leveren de paradox op van een thans al teruglopend aantal (geregistreerde) verzekerings-geneeskundigen dat in de sociale-verzekeringsector werkt. De cijfers van uitzendbureau SWG, in 1987 door KNMG en LAD opgericht, spreken wat dat betreft boekdelen. Tussen 1991 en 1992 nam het aantal artsen-uitzendkrachten naar bedrijfsverenigingen toe met 84% naar 109 collega's. Ook het aantal telefoontjes naar commerciële uitzendbureaus stijgt. Maar...

- Op welk moment zal er 'nee' moeten worden verkocht aan opdrachtgevers, omdat de koe op is aan beschikbare artsen in een aantrekkende medische arbeidsmarkt?

- Op welk moment zoeken gedemotiveerde, zich door hun werkgevers niet serieus genomen voelende vg-collega's een beter heenkomen, bijvoorbeeld naar de bedrijfsgezondheidszorg of de huisarts-geneeskunde?

- Wanneer valt het doek voor de specialistische verzekerings-geneeskunde in het traject van de sociale verzekeringen?

Een somber vooruitzicht. Ook al zou maar de helft uitkomen van dat waar de cijfers thans op wijzen en ook al zouden de directies van bedrijfsverenigingen zich wat inschikkelijker gaan tonen in het functiewaarderingsgeschiedenis en over de toepassing van de salarisstructuur, het klimaat is verkild. En hoe langer werkgevers niet in beweging komen, des te hardnekkiger zal de opstelling van de collega-verzekerings-geneeskundigen en hun organisaties zijn.

Het actiecomité van LAD en VHP is op het moment dat u dit leest bijeen geweest om de volgende stappen vorm te geven. Worden de werkonderbrekingen voortgezet? Blijft het dan bij vier uur? Zal de Sociale Verzekeringsraad zijn verantwoordelijkheid nemen? Komt er een bemiddelaar aan te pas? Moet de rechter het juridisch machtswoord laten klinken?

Wat hier ook van komen moge, de woorden van mijn voorganger uit de nazomer van '92 kunnen hier moeiteloos-actueel worden aangehaald: "Door deze samenhangende gevolgen roepen de bedrijfsverenigingen naar alle waarschijnlijkheid een terugloop van de noodzakelijke kwaliteit van de dienstverlening op verzekerings-geneeskundig niveau over zich af."

De brede taakvervulling van de vg staat op de tocht. De onderwaardering is verzekerd! En de toekomst? Daar gaan bedrijfsverenigingen kennelijk niet over. Dus zullen beroepsverenigingen die professionele verantwoordelijkheid moeten blijven nemen.

DR G.M.H. TANKE,
VOORZITTER LAD

Belang patiënt strookt niet met belang consument

DE VERZEKERDE WIL een betaalbare verzekering en de patiënt wil optimale verzorging.

Staatssecretaris Simons vreest kennelijk, dat de consument als patiënt voor een dubbeltje op de eerste rang wil zitten. Simons constateert hierin ook een tegenstelling. Een betaalbare verzekering is echter ook in het belang van de overheid, die immers door de stelselwijziging tevens de collectieve lasten wil drukken. Bovendien heeft de overheid de grondwettelijk bepaalde inspanningsverplichting een goede gezondheidszorg te garanderen. De belangen van de consument/patiënt en de overheid lopen dus voor een deel parallel. Voor een deel, want wat de overheid onder 'goed' verstaat is wellicht niet 'optimaal' voor de patiënt. Het lijkt gerechtvaardigd te verwachten dat de overheid, die in de stelselwijziging een belangrijke plaats toekent aan de consument/patiënt, ook voorwaarden schept om die plaats naar behoren te kunnen innemen en deze - voor een deel - ook financieel mogelijk maakt.

De tegenstelling

Het lijkt er echter op, dat Simons de tegenstelling die hij tussen 'de consument' en 'de patiënt' constateert op scherp wil stellen. Het ontbreken van een financiële paragraaf voor de consumentenbeweging in de WVC-nota 'Patiënten/Consumentenbeleid in de zorgsector' is daarvoor illustratief. Simons wijst met nadruk op de zelfredzaamheid die ook de consumentenbeweging moet tonen. Deze "moet een kritisch vermogen ontwikkelen om eigen - ook financiële - verantwoordelijkheid te nemen". De Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie, de NP/CF, vraagt nu om dertig miljoen gulden jaarlijks om het werk van de patiëntenbeweging te kunnen onderbouwen en Simons antwoordt met naar de doelstellingen van de NP/CF te vragen.

Merkwaardig is dat de vele critici op de WVC-nota in feite hetzelfde van Simons vragen: het gaat vooral om voornemens zonder concrete ondersteuning, wordt

Ans Ankoné

De Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie meent structureel dertig miljoen per jaar nodig te hebben om te kunnen emanciperen. Waar is dat voor nodig? Formuleer eerst maar eens uw doelstellingen, vindt staatssecretaris Simons. Zelfregulering is zijn devies. Velen vinden Simons' opstelling een ontkenning van de werkelijkheid: de feitelijke macht van de patiënt is nog een mythe.

hem verweten: de overheid onttrekt zich aan haar wezenlijke taak. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) bracht onlangs advies uit over de WVC-nota en vierde zijn tienjarig bestaan met een congres over deze materie. 'Opinionleaders' uit alle gelederen van de gezondheidszorg lieten door hun aanwezigheid merken hoe belangrijk zij dit onderwerp vinden.

Volop aandacht

Simons was tijdens dit congres duidelijk over wat hij als overheidstaak ziet. De immateriële positie van de patiënt - de rechtspositie - krijgt volop aandacht in tal van wetsontwerpen, is zijn mening. De materiële kant - de structuur en de financiering van de patiënten/consumentenbeweging en de positionering van de 'derde partij' is een geheel andere zaak: "Men gaat er kennelijk van uit dat dit bestaansvoorwaarden zijn voor een mondig consument en consumentenbeweging." De consument moet in het nieuwe stelsel voldoende tegenwicht kunnen bieden op het macro-niveau van landelijke onder-

handelingen, op het meso-niveau van regionale planning en overeenkomsten, en bovendien op het micro-niveau van de individuele hulpvraag als patiënt gepast te gebruiken. Dat wil de overheid. Maar hoe is dat te rijmen met Simons' uitspraak: "We willen juist zoveel mogelijk af van versterkte en belemmerende structuren en posities van partijen"?

Simons vindt kennelijk dat het anders moet, maar hoe?

Hij noemt het feit dat het aantal consumenten-afgevaardigden in de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad is uitgebreid, regionale platforms worden ondersteund, etc. Voor het uitoefenen van werkelijke macht is echter meer nodig, aldus Simons, namelijk feitelijke invloed. En daar schort het juist aan, daar is iedereen het wel over eens. Invloed uit kunnen oefenen kost immers geld.

Weinig innovatief

Opmerkelijk is het taalgebruik. Waar Simons het heeft over 'consumentenbeweging', heeft NRV-voorzitter prof. drs J. van Londen het over 'patiëntenbeweging'. De haast van de patiëntenbeweging zich te profileren is volgens Van Londen begrijpelijk. Aanbieders en verzekeraars moesten even wennen aan de opkomende macht van de patiënten, maar deze actiegroep heeft zich in zo'n twintig jaar toch kunnen ontwikkelen tot overleg- en onderhandelingspartner. Daarin is Nederland een voorloper. Maar, zo stelt Van Londen: "Waar ligt de macht van de patiënt als de vergroting van de mondigheid gereduceerd wordt door de grotere complexiteit van de geneeskunde en het zorg- en verzekeringssysteem?" "De overheid mag vragen om een grotere zelfwerkzaamheid, maar zal nog veel energie en middelen moeten steken in de verdere versterking van de positie van de patiënt." De overheid mag niet te vroeg terugtreden, want dan zou de patiëntenbeweging machteloos staan tegenover eventuele teruggeloop van toegankelijkheid en kwaliteit, waarschuwt Van Londen. "De overheid heeft geen geld. Dat is de werkelijkheid. Maar de

patiëntenbeweging heeft wel degelijk nagedacht. Dat is geen mythe en de NRV zal meedenken hoe aan geld te komen."

De NRV vindt de WVC-nota weinig innovatief. De positie van de patiënten in de stelselwijziging is niet helder: vooral chronische en (ex-)psychiatrische patiënten stuiten op barrières en onvolkomenheden van de verzorgingsstaat, staat in het advies. Wetgeving voor de stelselwijziging krijgt voorrang boven die voor patiëntenrechten. Implicaties van de nota's 'Kiezen en delen' en 'Medisch handelen op een tweesprong' voor de zorgvragers zijn in de WVC-nota onbesproken: de verantwoordelijkheid van de individuele zorgvrager versus de collectieve verantwoordelijkheid van de patiëntenbeweging had juist nu kunnen worden geoperationaliseerd. De overheid zou bovendien meer onderzoek moeten doen naar de toegankelijkheidsproblematiek en de consequenties van Europese Richtlijnen. Tevens zou het consumentenperspectief moeten worden betrokken bij onderzoek op ethisch terrein.

Buitengewoon zwak

Prof.dr H.J.J. Leenen verwijt de overheid het volgende: "Nieuwe ontwikkelingen kennen vaak een modieuze fase en die lijkt zich thans ten aanzien van de rol van de overheid en de betekenis van de markt in de gezondheidszorg voor te doen." De commissie-Dekker, die vaak als pleitbezorger voor meer marktwerking wordt gememoreerd, wees juist nadrukkelijk op de noodzaak van voortdurende verantwoordelijkheid van de centrale overheid. Leenen citeert 'zijn' commissie: marktwerking is geen doel op zich en zal in de zorg slechts op bijzondere wijze en in beperkte mate toepassing kunnen vinden, ook bij ingrijpende zaken die aan het veld worden overgelaten moet de overheid op de achterhand wettelijke bevoegdheden houden. "De positie van de patiënt en van de patiëntenbeweging is buitengewoon zwak", constateert Leenen. "In de systeemtheorie geldt dat sterke delen de zwakkere eruit drukken. Dit systeem hangt scheef naar de centrale partij, de patiënt." De overheid moet haar verantwoordelijkheid nemen, omdat het in de gezondheidszorg niet alleen gaat om het individuele belang maar ook om het algemeen belang, meent Leenen.

Hij is van mening dat de overheid de deregulering te ver doorvoert. Het is primair de bestuurlijke overregulering die moet worden gedereguleerd. "Misschien is reductie van de overheidsbureaucratie wel de meest doeltreffende remedie in het kader van een betere verdeling van taken tussen overheid en veld. Overheidsbureaucratie roept namelijk particuliere bureaucratie op, hetgeen de laatste jaren enorm is ge-

groeid. Op het gebied van de patiënt is echter nog amper iets geregeld", constateert Leenen. "Als in een dergelijke scheef evenwicht - ten opzichte van aanbieders en verzekeraars - de overheid te veel overlaat aan zelfregulering, kan zij zich schuldig maken aan het aanvaarden en zelfs legitimeren van feitelijke en ongewenste macht van de ene groep in de samenleving over de andere."

De rug recht

"De overheid moet de rug recht houden tegen de lobby van aanbieders, die beweren dat de WGBO de positie van de patiënt te veel versterkt", vindt Leenen. "Een patiëntenbeweging die zich niet met alle kracht tegen afbraak van de positie van de patiënt in de WGBO verzet, graaft haar eigen graf."

De overheid moet zijns inziens zaken van publiek belang, zoals de omvang van het basispakket, blijven regelen. Waar te grote machtsblokken dreigen te ontstaan moet de overheid zelfregulering zelfs beperken. Een voorwaarde voor zelfregulering is bovendien, met name in een publieke zaak als de gezondheidszorg, dat deze de achterbannen bindt en in de openbaarheid geschiedt.

Leenen's belangrijkste boodschap is: "De gezondheidszorg kan niet goed functioneren als een patiëntenbeweging niet goed kan functioneren." Financiering van die beweging kan daarom niet als een 'welwillende tegemoetkoming' worden afgedaan. Daar het hier deels gaat om het verrichten van publieke taken, is het redelijk dat deze ook uit publieke middelen wordt betaald, stelt Leenen. Koepels als de VNZ, de NZf/NZi, de LTVG worden immers ook - zij het indirect - uit verzekeringsgelden gefinancierd?

De NP/CF moet echter wel doelmatig werken. Al die categoriale belangen die in de federatie vertegenwoordigd worden, staan het gezamenlijke belang en slagvaardig beleid soms danig in de weg. Onontkoombaar volgens Leenen is, dat de patiënten mede verantwoordelijk moeten zijn voor de verdeling van de schaarse middelen.

De plannen

Kwaliteit is echter wat de patiëntenbeweging momenteel het meest interesseert. "Sluit de gelederen." Er is nog een restje retoriek van de verdrukke actiegroep overgebleven. Maar de tekens van emancipatie nemen toe. Mw Y. Koster-Dreese, secretaris van de Gehandicaptenraad, roept op tot actieve participatie van de consument in de ledenraden van de voormalige ziekenfondsen, en dan wel op een kwaliteitszetel. De politiek overweegt wettelijke voorschriften betreffende samenstelling en bevoegdheden van deze verzekerden-

raden. "Maak een overzicht van wat de verzekeraars in hun aanvullend pakket hebben en wat dat kost. Stel criteria vast waaraan de verzekeraars moeten voldoen, om in het nieuwe systeem snel de verzekeraar van uw keuze te kunnen vinden." Tevens spoort Koster-Dreese aan tot inventarisatie van de voorspelbare zorgvraag in de regio en eisen te stellen aan de regioplanning.

Inzicht in kwaliteit

"Zo'n tien procent van de bevolking geneert zo'n zeventig procent van de omzet in de gezondheidszorg. Omdat het om zo'n klein deel van de bevolking gaat, moet het mogelijk zijn om met heldere kwaliteitscriteria aan te geven waaraan die de zorg moet voldoen." Bewaking van de zorgverlening acht Koster-Dreese een collectieve zaak. De NP/CF heeft hier al een programma voor ontwikkeld. Tevens zal een huisartsenklapper worden samengesteld: de gele gids voor de patiënt. Daarin zullen kwaliteiten als ervaring, man of vrouw, interesse in alternatieve geneeswijzen, werkzaam in een groepspraktijk, oordeel over abortus en euthanasie, toegankelijkheid voor gehandicapten, etc. te vinden zijn. Het uitblijven van adequate wetsbescherming geeft aanleiding tot veel ongeduld en wantrouwen over de goede bedoelingen van de overheid. De blamage van de BOPZ (21 jaar van voorbereiding), het getouwtrek om de WGBO, het werd steeds weer gememoreerd. Vooruitlopend op de Wet Klachtrecht cliënten zorgsector en de Wet Medezeggenschap Cliënten is ter ondersteuning van het netwerk van klachtbureaus, een landelijk ondersteuningsbureau opgericht. Naast individuele klachtoplossing is het de bedoeling dat dit bureau uitgebreide informatie gaat verzamelen: over de kwaliteit van en de bereidheid tot dienstverlening. Daar kunnen de zorgverleners hun handelwijze op afstellen, meent Koster-Dreese: "Dat is beter dan wanneer verzekeraars en advocaten hun zakken spekken met gevallen van medische aansprakelijkheid." Zij vreest dat anders, bij de uitholling van sociale zekerheid, het aantal aansprakelijkheidsprocedures zal toenemen, hetgeen de hulpverleners in de verdediging zal duwen en van vele patiënten haatdragende slachtoffers zal maken. Momenteel wordt gewerkt aan een landelijk informatiesysteem. "Welke beslissing er ook genomen wordt, de patiënten dient te kunnen beschikken over goede en ruime informatie; over de diagnostiek en de behandelingen, over de ziekte waaraan men lijdt, over de stand der wetenschap, de ervaring van de dienstverlener en de structuur van de organisatie. Op grond van goede informatie zou de patiënt ook kunnen beslissen af te zien van behandeling."

Ziekenfondsraad brengt advies uit over eigen betalingen

VERPLICHTE EIGEN BETALINGEN NIET ZONDER MEER AFGEWEEZEN

MEER EIGEN verantwoordelijkheid voor verzekerden door middel van eigen betalingen zou wel eens gunstig kunnen uitwerken op de zorgconsumptie, stelt de Ziekenfondsraad, en dat kan dan weer leiden tot kostenbeheersing. In zijn 'Advies inzake eigen betalingen' spreekt de raad niet alleen over vrijwillige eigen risico's, maar geeft hij ook ongevraagd advies over verplichte eigen risico's.

Bij het praten over eigen betalingen zou volgens de Ziekenfondsraad (z)onder meer moeten worden gekeken naar:

- de effecten op de toegankelijkheid van de zorg en op de solidariteit tussen gezonden en zieken;
- de relatie tot de sturing van de zorgvraag;
- nadelige substitutie-effecten; en
- de uitvoerbaarheid.

Voorkómen zou moeten worden, dat de solidariteit tussen gezonden en zieken te zeer wordt doorbroken: daarover zijn alle Ziekenfondsraadsleden het eens. Hóé dit te voorkomen? In de eerste plaats door geen eigen risico te laten gelden voor opnames in residentiële woonvormen, waarvoor al een eigen-bijdragerregeling in het kader van de AWBZ wordt toegepast. Voorts door eigen bijdragen en het eigen risico aan een *maximum* te binden: een nominaal bedrag per verzekerde/verzekerdeneenheid c.q. een percentage van het inkomen.

Er zouden, waar het gaat over de sturing van de zorgvraag, niet alleen maatregelen moeten worden genomen aan de vraag- maar evenzeer aan de *aanbodzijde*, in het bijzonder ten aanzien van zorgaanbieders die (nog) niet zijn gebudgetteerd. Voor een groot aantal van de laatsten is het inkomen gerelateerd aan de productie; een verminderde productie als gevolg van externe factoren laat zich in hun geval doorgaans compenseren door de productie elders op te voeren. Als een maatregel die aangrijpt aan de aanbodkant suggereert de Ziekenfonds-

In het nieuwe stelsel van ziektekostenverzekering moeten verzekerden meer zelf de verantwoordelijkheid gaan dragen. Dat is een uitdrukkelijke wens van de regering. Aan die wens zou, meent zij, worden voldaan door rechtstreekse eigen betalingen. Vandaar het verzoek aan de Ziekenfondsraad, gedateerd 3 september 1992, advies uit te brengen over "een aantal thema's op het terrein van de eigen betalingen door de burger in het tot stand te brengen nieuwe stelsel van ziektekostenverzekering". Dat advies heeft de raad inmiddels uitgebracht. Waar de regering kiest voor een vrijwillig eigen risico, staat de Ziekenfondsraad blijkens zijn advies niet zonder meer afwijzend tegenover verplichte eigen betalingen.

raad het aanpassen van de tariefstructuren.

Met zoveel woorden vraagt de raad om een evaluatie in het licht van de door hem omschreven aandachtspunten. In die evaluatie zouden dan de mogelijke risico's van eigen betalingen voor de gezondheid van verzekerden moeten worden meegenomen, speciaal met het oog op de risico's voor verzekerden uit de laagste inkomenscategorieën.

Allemaal meedoen

Binnen de Ziekenfondsraad "leeft duidelijk het besef, dat beheersing van de kosten van de gezondheidszorg slechts kan wor-

betalingen te doen. Wat de raad betreft mogen dat ook verplichte betalingen zijn - liever dan het vrijwillig eigen risico waar de regering voor kiest.

Een aantal leden van de raad meent, dat de in de AWBZ opgenomen mogelijkheid een vrijwillig eigen risico aan te bieden, correctie behoeft. Zij vinden dat mensen die minder dan een bepaald (nog vast te leggen) bedrag aan inkomen hebben, van rechtswege tegen ziektekosten verzekerd moeten zijn. In zo'n wettelijke regeling zou alleen plaats moeten zijn voor eigen bijdragen die leiden tot een adequate consumptie van zorg, niet voor eigen risico's. Voor wie binnen de inkomensgrens zit zou een verzekering kunnen gelden die het mogelijk maakt voor een vrijwillig eigen risico te kiezen. Daarnaast zou er voor de hele bevolking een verzekering moeten komen waarin die vormen van zorg zijn opgenomen die vanouds vallen binnen de werking van de AWBZ.

Van de kant van onder meer de FNV en het CNV is beklemtoond, dat er een direct verband moet blijven bestaan tussen de stelselwijziging en een grotere verantwoordelijkheid van de verzekerden. Ziekenfondsleden uit de kringen van RCO en Vakcentrale MHP denken daar even anders over: een vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden zou los kunnen worden gezien van de wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Huns inziens kan het kostenbewust handelen van verzekerden ook nu al binnen de AWBZ en de Ziekenfondswet worden versterkt. In diezelfde kringen wordt de opvatting gehuldigd, dat in ons verzekeringsstelsel meer financiële prikkels moeten

worden aangebracht om het kostenbewustzijn te vergroten. Een verplicht eigen risico, naast een vrijwillig eigen risico en verplichte eigen bijdragen, zou daarbij dienstig kunnen zijn.

Voorkómen zou moeten worden dat de solidariteit tussen gezonden en zieken te zeer wordt doorbroken: daarover zijn alle Ziekenfondsraadsleden het eens

den bereikt indien alle participanten daaraan hun bijdrage leveren". Verzekerden zouden kunnen meehelpen door eigen

Keuze

Uiteindelijk kiest de *meerderheid* van de Ziekenfondsraad (17 8/11 stemmen) 

Om verwarring te voorkomen

Wat zijn 'eigen betalingen'? De Ziekenfondsraad constateert, dat hierover nogal wat opvattingen bestaan.

De term 'eigen betalingen', legt de raad in zijn advies ter zake uit, is een verzamelbegrip voor wat in de wandeling eigen bijdragen en eigen risico wordt genoemd.

Bij de eigen bijdrage gaat het om telkens een bedrag per prestatie (dienst of levering) dat de verzekerde als aandeel in de kosten voor eigen rekening neemt. Het eigen risico betreft een bedrag waarbinnen de kosten van één of meer prestaties geheel voor rekening van de verzekerde komen.

Eigen bijdragen impliceren, dat de verzekerde altijd recht heeft op enig aandeel van de verzekeraar in de kosten van de prestatie. Bij het eigen risico ontstaat de prestatieplicht van de verzekeraar eerst zodra deze de kosten van prestaties tot het grensbedrag voor eigen rekening heeft genomen.

Het eigen risico tenslotte kan algemeen of beperkt zijn, afhankelijk van de vraag of het alle dan wel nagenoeg alle prestaties of één dan wel enkele prestaties omvat.

Rekening houdende met het feit dat eigen bijdragen en eigen risico's zich in verplichte (wettelijk voorgeschreven) en vrijwillige (overeengekomen) vorm kunnen voordoen, heeft de raad de volgende lijst van definities opgesteld:

- * **verplichte eigen bijdragen:** wettelijk voorgeschreven vast, procentueel of resterend deel van de kosten van een verzekeringsprestatie welke de verzekerde voor eigen rekening dient te nemen (vgl. AWBZ art. 6, derde lid);
- * **vrijwillige eigen bijdragen:** overeengekomen vast, procentueel of resterend deel van de kosten van een verzekeringsprestatie welke de verzekerde voor eigen rekening dient te nemen (vgl. specifiek eigen risico - AWBZ art. 17, achtste lid, tweede volzin?);
- * **verplicht eigen risico:** wettelijk voorgeschreven vast bedrag tot hetwelk de verzekerde de kosten van alle of bepaalde verzekeringsprestaties voor eigen rekening neemt (geen specimen in de huidige wetgeving);
- * **vrijwillig eigen risico:** overeengekomen vast bedrag tot hetwelk de verzekerde de kosten van alle of bepaalde verzekeringsprestaties voor eigen rekening neemt (vgl. algemeen of beperkt eigen risico - AWBZ, achtste lid, eerste volzin).

sterk) op dit moment voor een vergroting van de eigen betalingen door middel van invoering van een *verplicht eigen risico*, eventueel in de vorm van *verplichte eigen bijdragen*, op een sociaal aanvaardbaar niveau. De in de wettelijke verzekeringen verankerde solidariteit wordt naar de mening van deze raadsleden nog het best gehandhaafd door het verplichte karakter

van dergelijke betalingen. Zij denken daarbij in eerste instantie aan de zorgvormen die rechtstreeks voor verzekerden toegankelijk zijn en ten aanzien waarvan verzekerden mee kunnen bepalen of er wel of niet hulp wordt gezocht. Zorgverzekeraars zouden moeten kunnen kiezen uit het aanbieden van verplichte eigen bijdragen dan wel een verplicht eigen risico dan wel een

combinatie daarvan. Zij kunnen zich daarbij laten leiden door de te verwachten effectiviteit van die keuze en door de met die keuze samenhangende doelmatigheid van de uitvoering. Eigen bijdragen die alleen maar leiden tot verschuivingen in de financiering vindt men niet meer nodig.

De minderheid van de Ziekenfondsraad (14 8/11 stemmen) betoont zich voorstander van invoering van een *verplicht algemeen eigen risico aan de voet in de Ziekenfondswet en de AWBZ*. Deze leden van de raad vinden verder, dat de al in de AWBZ gegeven mogelijkheid een vrijwillig eigen risico aan te bieden, moet worden gehandhaafd en tevens zou moeten worden opgenomen in de Ziekenfondswet. Met een verplicht eigen risico zou men het dichtst in de buurt komen van het doel dat het kabinet zich heeft gesteld: de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerden vergroten, de kosten - ook - van de zorg beheersen en de burgers een grotere reële bijdrage laten leveren in die kosten. Eigen risico's zouden moeten worden vastgesteld op een nominaal, niet aan het inkomen van de verzekerde gerelateerd bedrag. Gezien het karakter van de wettelijke ziektekostenverzekering zouden verzekerden nooit meer dan een bepaald vast bedrag aan verplichte eigen betalingen kwijt moeten hoeven zijn.

En verder

De regering reageert naar verwachting deze maand. Behalve dit stuk van de Ziekenfondsraad ligt er al een door de Tweede Kamer aangenomen motie; daarin wordt gevraagd wetswijzigingen voor te bereiden die ertoe strekken per 1 januari '94 een eigen risico in Ziekenfondswet en AWBZ in te voeren. •

H U L P V E R L E N I N G A A N A R T S E N

Landelijke contactpersonen

Mw. Drs. F.M. Arendsen Hein, psychologe, psychotherapeute

Psychotherapeutische Dagkliniek Veluweland, Klomperweg 175, 6741 PH Lunteren, tel. 08387-2141

R. Vecht-van den Bergh, psychiater 'Curium' Endegeesterstraatweg 27, 2342 AK Oegstgeest, tel. 071-170661

J.J.C. Marlet, zenuwarts Etnalaan 27, 5801 KA Venray, tel. 04780-81610

Drs. W.H. Melles, theoloog, psychotherapeut Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum, tel. 02159-18361

Prof. Dr. M.M.W. Richartz Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-685330

Dr. M.J. van Trommel, psychiater Terbregsestraat 18, 3055 RG Rotterdam, tel. 010-4610750

K. Visser, psychiater Middelstraat 9, 5176 NH Den Moer, gem. Loon op Zand, tel. 04245-9550

Prof. Dr. W.J. Schudel AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010-4633227

J.M. Komen, huisarts Prof. Lorentzstraat 13, 7557 AV Hengelo (Ov.), tel. 074-439046 / 074-912131

W. Chr. F. de Vries

De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-33333 (woensdag- en donderdagavond: tel. 05496-74774)

Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

Werkgroep Den Haag, tel. 070-3504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3463449



Eigen bijdragen en het fietsbandfenomeen

E E N M O D E L M A T I G E B E N A D E R I N G

IN HET HUIDIGE regeringsbeleid, gericht op deregulering, zelfordening door het veld en kostenbeheersing, blijft de zorg omtrent het onbeheersbaar zijn van volume en kosten van de zorg de boventoon voeren. Elk jaar worden we opnieuw geconfronteerd met forse overschrijdingen van de begroting. Elk jaar moeten boekhoudkundige oplossingen worden gezocht om het tekort weg te werken. De weg naar het nieuwe zorgstelsel is geplaveid met ad hoc-maatregelen. Een van de maatregelen die thans weer in discussie zijn, is het invoeren van een eigen bijdrage voor een aantal voorzieningen. Al vele malen is naar voren gebracht dat een eigen bijdrage bij het consulteren van de huisarts zal leiden tot een drempelverhoging, hetgeen moet leiden tot een afname van de instroom. De regering heeft met een dergelijke maatregel voor ogen dat een stuk uit de collectieve sfeer wordt omgezet in een private uitgave. Daarnaast wil zij de eigen inbreng van de patiënt vergroten, zodat deze zelf de keuze kan maken al of niet hulp te vragen. In het verleden zijn al meer van die maatregelen genomen die op een bepaald deel van de gezondheidszorg effect zouden moeten sorteren: de rijksdaalder voor geneesmiddelen, de 25 gulden voor de specialist, etc. Het effect van deze maatregelen bleek vaak gering, afwezig of zelfs negatief te zijn.¹

Het voeren van een goed beleid in de gezondheidszorg lijkt niet eenvoudig. De politiek wil graag zo snel mogelijk een effect zien en houdt dan ook vaak geen rekening met eventueel te verwachten negatieve effecten. Voor een goede onderbouwing

D. Post en L. Verburgh

Beleidsmaatregelen in de gezondheidszorg dienen doordacht te worden genomen, anders hebben ze een averechts effect.

*Prof.dr D. Post en
drs L. Verburgh over de
mogelijke effecten van het
invoeren van een eigen
bijdrage.*

hebben instrumentarium nodig, door onderzoek getoetst, dat het beleid zal moeten ondersteunen. Beleidsingrepen, zeker ad hoc-maatregelen, falen nogal eens omdat de gezondheidszorg op een fietsband lijkt: als men ergens knijpt ontstaat elders een bobbel, het volume als geheel blijft hetzelfde. Er moeten instrumenten worden ontworpen om vast te stellen waar de bobbel ontstaat. Voorts zal er instrumentarium dienen te worden geconstrueerd om het ontstaan van bobbel te voorkomen of te beteugelen.

Model

In een samenwerkingsproject van veld, zorgverzekeraar en universiteit is in een vier jaar durende studie een beleidsinstrumentarium ontwikkeld om het inzicht in de dynamiek van de gezondheidszorg te vergroten. De uitkomsten van deze studie zijn

Beleidsmaatregelen falen nogal eens omdat de gezondheidszorg op een fietsband lijkt: als men ergens knijpt ontstaat elders een bobbel, het volume als geheel blijft hetzelfde

van te nemen maatregelen zouden beleid en wetenschap veel meer moeten samenwerken; voor de beleidsmakers vergt wetenschappelijke onderbouwing vaak te veel tijd en daardoor loopt men toch de kans dat het beleid vaak ineffectief is. We

onlangs gepubliceerd:² 'De gezondheidszorg in model; ons complex zorgsysteem gemeten en gewogen'. Ziekenfonds 'Het Groene land' te Zwolle constateerde een aantal jaren geleden dat kostenbeheersing op regionaal niveau

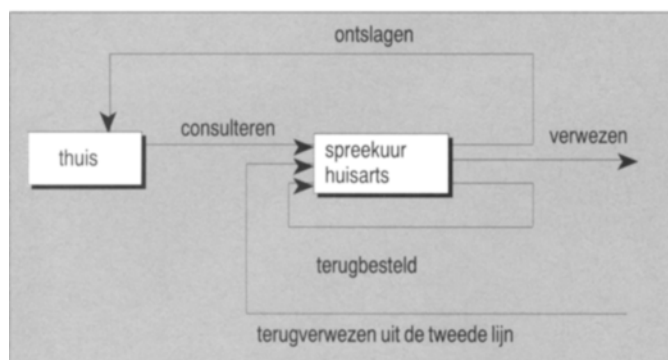
nauwelijks te realiseren is zonder een goed inzicht te hebben in de complexe relaties in de gezondheidszorg. Samen met medewerkers van de afdeling Methode en Technieken van de faculteit Sociologie aan de KU Nijmegen en de vakgroep Gamma-Informatica van de faculteit Sociale Wetenschappen aan de Universiteit van Utrecht, afdelingen die zich bezighouden met het benaderen van complexe problemen via *participatieve modelbouw*, werd een model ontworpen van de patiëntenstromen in de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg: het zogeheten MEET-project.

Via een Delphi-studie, waarbij 65 deskundigen uit het curatieve veld, uit de beleidswereld en uit de sociale geneeskunde waren betrokken, aangevuld met een uitvoerige literatuurstudie, werden alle bekende en mogelijke beïnvloedende factoren ten aanzien van het volume van de patiëntenstromen geïnventariseerd en in het model aangebracht. Het model werd geformaliseerd en gekwantificeerd met cijfermatige gegevens uit de ziekenfondsbestanden en gegevens uit de literatuur. Aldus ontstond een computersimulatiemodel waarmee bepaalde beleidsopties kunnen worden doorberekend op de effecten die daarvan te verwachten zijn en waarmee signalen kunnen worden verkregen die aanleiding kunnen zijn de beleidsmaatregel te modificeren of misschien niet uit te voeren. Volksgezondheidsbeleid kan in de toekomst niet goed worden gevoerd zonder computermodellen: daarvoor is de materie te complex. Met een modelanalyse wordt een beter inzicht verkregen. Bij de ontwikkeling van modellen moet steeds worden gezocht naar een balans tussen de mate van verfijning en de breedte van het bestreken terrein. Verder is van belang dat met modelbouw goed de leemtes in de kennis en vooral ook de leemtes in de informatiesystemen en -bronnen kunnen worden opgespoord.

Effecten eigen bijdrage

Met het beleidsinstrument verkenden wij de mogelijke effecten van de invoering van een eigen bijdrage bij de huisarts. Het gaat er bij deze maatregel om de

Figuur 1. Patiëntenstromen rondom de huisarts.



instroom te beïnvloeden en wel via een eigen bijdrage per consult of een eigen risico per jaar op de huisartsenhulp, misschien in combinatie met andere verstrekkingen. Wanneer wij de *stromen rondom de huisarts* in kaart brengen, zien we dat de instroom bestaat uit meerdere substromen (figuur 1): direct vanuit de praktijkpopulatie, vanuit het terugbestelcircuit en vanuit de terugverwijzing van de tweede lijn. De uitstroom bestaat ook uit drie substromen: mensen die met of zonder recept naar huis gaan, de patiënten die worden terugbesteld en degenen die worden verwezen. Patiëntgebonden factoren, arts- en praktijkgebonden invloeden en structuurkenmerken bepalen het volume van deze stromen.³ Recent onderzoek van een groep huisartsen en ziekenfonds 'Het Groene Land' naar het volume van de patiëntenstromen heeft aangetoond hoe belangrijk het terugbestelcircuit is in dit geheel.⁴ Een belangrijk gegeven voor de instroom is de drempel van de huisarts,⁵ waarbij één van de factoren de financiële consequentie van het consulteren is. Wij nemen hier aan dat als er sprake is van een financiële

drempel bij de huisarts de instroom zal verminderen; overigens is daar de maatregel ook op gericht. Met behulp van de computersimulering trachten we een schatting te maken van de effecten van het *verlagen van het consulteringspercentage bij de huisarts*.

We nemen aan dat de invoering van een financiële drempel bij de huisarts na een half jaar leidt tot een verlaging van 10% van het consulteringspercentage, een fictief getal dat als een rekenpercentage wordt gebruikt. We geven een aantal opvallende verandering weer die het model laat zien wanneer een verlaging van het consultpercentage wordt gerealiseerd via invoering van een eigen bijdrage.

Als eerste effect van de verlaagde instroom

tiënten zal volgens het model gaan dalen. Een lagere instroom heeft een lager verwijsperscentage tot gevolg: bij een daling van de instroom met 10% zou dat een verlaging van 8% van het aantal verwezen patiënten betekenen. De effecten van de patiëntenstromen rondom de huisarts worden gevisualiseerd in *figuur 2*.

Het gewijzigde stroompatroon heeft ook consequenties voor de specialist en het ziekenhuis (*figuur 3*). Het dalen van het aantal verwijzingen heeft een instroomverlaging bij de specialist tot gevolg. Het model geeft aan dat er een toename van 3% van het terugbestelcircuit van de specialist zal gaan optreden, minder dan de daling van 8% in de instroom. Het percentage bejaarden bij de specialist zal namelijk met 2,5% stijgen. Immers, we zagen bij de stromen rondom de huisarts dat met name de ouderen in het circuit blijven; het aantal verwijzingen in deze categorie zal dus toenemen. Vervolgens geeft de simulatie aan dat het aantal verrichtingen dat de specialist uitvoert zal stijgen.

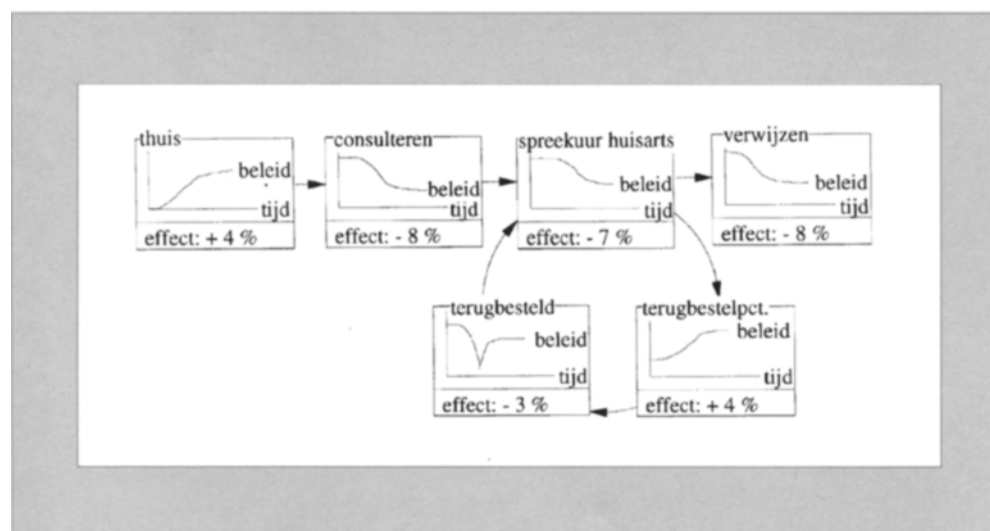
We gaan ervan uit dat er een omgekeerd evenredige relatie bestaat tussen de work-

Eigen betalingen in de zorg hebben niet automatisch een kostenverlaging tot gevolg

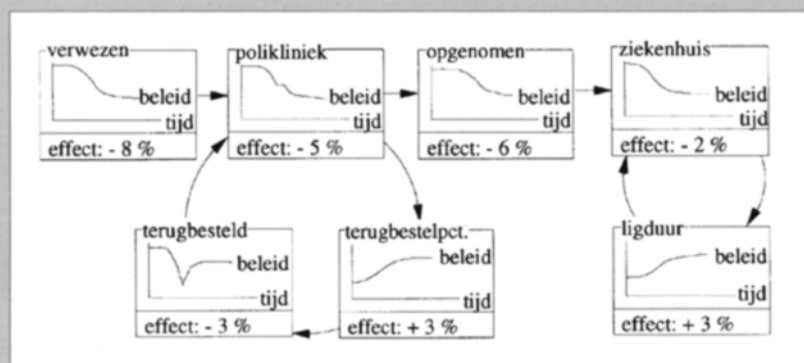
laat het model een verhoging van het terugbestelpercentage bij de huisarts zien. De huisarts bestelt in verhouding meer patiënten terug en brengt dit na een aanvankelijke verlaging van de drukte weer op het oude peil. Er blijven meer mensen onder behandeling; dat zullen relatief meer bejaarden en zorgbehoevenden zijn, die op deze wijze meer in het circuit blijven. Het aantal door de huisarts verwezen pa-

load van de specialist en het aantal per patiënt uitgevoerde verrichtingen, waarbij de stijging van het aantal verrichtingen ook nog zou kunnen worden verklaard uit de toename van het aantal ouderen in het circuit van specialist en ziekenhuis. Ook voor het ziekenhuis geldt, dat de maatregel tot een beperking van de instroom zal leiden. De gemiddelde ligduur zal toenemen, voorspelt het mo-

Figuur 2. Patiëntenstromen rondom de huisarts.



Figuur 3. Patiëntenstromen in de tweede lijn.



del. Ook hier zien we een intensivering van het aantal verrichtingen. Het geheel leidt zelfs tot een kostenverhoging in de ziekenhuishulp.

Het simulatiemodel geeft aan, dat er bij een verlaging van het instroompercentage van 10% bij de huisarts uiteindelijk slechts 4% meer mensen thuisblijft. Kijken we naar de kosten, dan blijkt dat er op de zorg nauwelijks wordt bespaard, doordat de gevolgen van de vermindering van de instroom bij de huisarts in de tweede lijn worden 'gecompenseerd' door meer verrichtingen en een toename van het terugbestelcircuit, alsmede een verlenging van de verpleegduur.

Beschouwing

Resumerend kunnen we stellen, dat een maatregel met het doel het instroompercentage te beperken compensatoire activiteiten in andere delen van de patiëntenstromen teweegbrengt. Daarnaast is het van belang ons te realiseren dat in de huidige versie van het computermodel nog niet de mogelijk compenserende effecten aan de instroomkant zijn opgenomen. Zo is het mogelijk dat een afname van de instroom op middellange termijn uiteindelijk weer tot een toename zal leiden door een verandering in de door de patiënten gepercipieerde toegankelijkheid van de zorg. Het gevolg van een dergelijk mechanisme is, dat de door het model voorspelde kostenbesparing naar beneden zou moeten worden bijgesteld.

Het zal duidelijk zijn dat het hier niet om exacte cijfers gaat. Veel meer willen we

demonstreren, dat via het doorrekenen van beleidsopties met behulp van een computersimulatiemodel onverwachte effecten aan het licht komen. Het model heeft daardoor een *signaalfunctie* voor het beleid.

Eigen betalingen in de zorg leiden niet automatisch tot een kostenverlaging. In het standpunt van de Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap ten aanzien van de eigen bijdragen in de gezondheidszorg wordt gesteld dat er zeker positieve effecten te verwachten zijn van de eigenbijdrageregeling:⁶ de patiënten zullen minder gebruik maken van de zorg, ze zullen kostenbewuster optreden en meer verantwoordelijkheid nemen en keuzen maken. Wij betwijfelen de positieve effecten hiervan op de kosten. Men wijst er gelukkig ook duidelijk op dat er ook negatieve effecten op de volksgezondheid te verwachten zijn, met name bij de sociaal zwakken. Overigens wil dat niet zeggen dat in een nieuw stelsel geen prikkels kunnen worden ingebouwd om doelmatig met de zorg om te gaan.

Wij menen, zoals ook in het standpunt van de Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap en de recente adviezen van de Ziekenfondsraad staat, dat invoering van een eigen bijdrage niet a priori dient te worden afgewezen. Wel willen wij ervoor pleiten dat er zorgvuldig met dit onderwerp wordt omgegaan. Immers, ons onderzoek toont aan dat een verminderde instroom niet automatisch leidt tot besparingen. De aanbodzijde reageert op een verminderd aanbod en kan dat compenseren. Als er

geen 'incentives' worden voorgesteld om de compensatie te voorkomen, zal een eigen bijdrage alleen maar tot frustraties leiden, tot een afname van de volksgezondheid en tot een toename van de macrokosten. Als er een eigen bijdrage zou moeten worden geheven, dan zou deze voorts inkomensafhankelijk dienen te zijn. Een regeling zoals die welke door het IZA wordt gehanteerd, waarbij een inkomensafhankelijk plafond is ingevoerd, verdient zeker in overweging te worden genomen. Beleidsmaatregelen dienen doordacht en weloverwogen te worden genomen, anders hebben ze in de gezondheidszorg nogal eens een averechts effect. Het systeem is zo complex, dat ingrijpen lijkt op het knippen in een fietsband: je knijpt hier en elders ontstaat een bobbel.

PROF. DR D. POST,
hoogleraar Sociale Geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen en medisch adviseur bij ziekenfonds Het Groene Land te Zwolle

DRS L. VERBURGH,
voorheen werkzaam bij het Instituut Cognitie en Informatietechnologie van de Katholieke Universiteit Nijmegen, thans consultant te Den Haag

Literatuur

1. Geurts JA, Vennix JAM, red. Verkenningen in beleidsanalyse: Theorie en praktijk van modelbouw en simulatie. Zeist: Kerckebosch, 1989.
2. Post D, Vennix JAM, red. De gezondheidszorg in model. Ons complex zorgsysteem gemeten en gewogen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
3. Poppen HJ. In den eersten lijn gemeeten. Doctoraalscriptie Medische Sociologie. Rijksuniversiteit Groningen, 1987.
4. Ree CM van der, Mokkink HGA, Post D, Gubbels JW. De werkbelasting van de huisarts. Medisch Contact 1991; 46: 465-7.
5. Post D. De Drempeltheorie. Patient Care 1985; 12 september.
6. Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap. Standpunt eigen betalingen in de gezondheidszorg. Den Haag, 1992.

*Als er een eigen bijdrage zou moeten worden geheven,
dan zal deze inkomensafhankelijk dienen te zijn*

Wettelijk verbod op algemene toepassing van potentiële topklinische zorg

Het verantwoord toelaten en regelen van nieuwe vormen van topklinische zorg maakt wijzigingen van artikel 18 van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) gewenst. De bedoeling van de wetwijziging is potentiële topklinische zorg (nieuwe, nog niet bewezen vormen van topzorg) te behandelen volgens de regels van de ontwikkelingsgeneeskunde, dat wil zeggen als onderzoek van de toepassing naar nieuwe medische technieken bij patiënten in daarvoor aangewezen ziekenhuizen. Tegelijkertijd kan de toepassing buiten die ziekenhuizen worden verboden. Pas na evaluatie bij de toepassing wordt besloten of en hoe de bewezen topklinische zorg zal worden ingevoerd.

Dit staat in een brief over topklinische zorg en ontwikkelingsgeneeskunde, die staatssecretaris Simons van WVC aan de Tweede Kamer heeft gestuurd. In deze brief geeft hij zijn reactie op adviezen van het College voor Ziekenhuisvoorzienin-

gen, de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Bij topklinische zorg gaat het om specifieke en schaarse deskundigheid en/of specifieke en kostbare technologie (organtransplantaties, nierdialyse, zware neurochirurgie, hartchirurgie, in vitro fertilisatie). Daarom blijft het uitgangspunt van de staatssecretaris, dat voor topklinische zorg van topkwaliteit een landelijke regie c.q. afstemming noodzakelijk is. De rol van de centrale overheid in die landelijke regie zal op den duur met de verdere modernisering van de zorgsector veranderen. Voorlopig kiest de staatssecretaris voor versterking van het beleid, zodat een behoudzame en beheerste introductie van nieuwe topklinische zorg wordt gewaarborgd. Een aantal zaken wil hij wettelijk regelen. Naast een tijdelijk verbod op toepassing van potentiële topklinische zorg buiten de ontwikkelingsgeneeskunde zijn dit: de mogelijkheid tot het algeheel verbie-

den van nieuwe topklinische zorg die vooralsnog nog ongewenst wordt gevonden en de regels voor (potentiële) topklinische zorg ook expliciet laten gelden voor de niet-klinische behandelcentra (privé-klinieken).

De staatssecretaris ziet af van convenanten voor het toepassen van ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek en topklinische zorg met een exclusieve groep ziekenhuizen. Dit gezien het recente kabinetsstandpunt over de toepassing van convenanten en EG-bepalingen. Hij blijft wel streven naar afspraken met de partijen in het veld in een proces van concentratie van (delen van) topklinische voorzieningen. Nieuw aan te wijzen topklinische voorzieningen moeten nadrukkelijker en voor het merendeel in academische ziekenhuizen worden geconcentreerd. Dit is in het belang van de ontwikkeling van kwaliteit van de geboden topklinische zorg en van gedegen onderwijs en onderzoek, schrijft de bewindsman in zijn brief.

Internationaal Balintcongres

Van 1-4 april vindt in Aken het 21ste internationale 'Balinttreffen' plaats. De jaarlijkse Balintcongressen voor Duitssprekende landen startten in de jaren zeventig in het Zwitserse Ascona. Aanvankelijk bedoeld voor medisch studenten en huisartsen, verbreedden ze zich met de bredere toepassing die de methode-Balint bleek te vinden. In ongeveer vijftig landen bevinden zich nu beoefenaren van die methode. Ons land kent 22 Balint-groepen. Het Nederlands Huisartsen Genootschap wil ze opnieuw gaan ondersteunen en de oprichting van nieuwe groepen stimuleren, tegelijk met de opleiding van en intervisie voor groepsbegeleiders.

Nederlandse bijdragen zijn er in Aken van H.J. Dokter, Rotterdam (Balintgroepen oude en nieuwe stijl) en V. Dubois, Maastricht (werkgroep interventie). Naast nieuwe wegen in de methodiek komen in Aken nieuwe toepassingen aan de orde: in het ziekenhuis, in de teamsupervisie van verpleegkundigen, in de kindergeneeskunde, bij stervensbegeleiding, in de psychotraumabehandeling, in het medisch onderwijs in het algemeen. In zes voordrachten wordt de deelname aan Balint-groepen geëvalueerd. Tenslotte wordt ingegaan op de maatschappelijke betekenis

van de methode-Balint. Behalve voordrachten kent het congres veertien 'continueerde Kleingruppen', een zestal seminars en vier 'Groepenansichten'.

Belangstellenden kunnen zich nog voor deelname aanmelden tot en met eind

maart. Die deelname kost 200 DM. Meer informatie: Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Pauwelstr. 30, 5100 Aachen, Duitsland, tel. 09.49.241.8080135, fax 241.8088518.

Méer geavanceerde couveuses

Staatssecretaris Simons van Volksgezondheid trekt f 15 miljoen uit voor de uitbreiding van zorg voor te vroeg en pasgeboren baby's. Het gaat om zeer deskundige zorg met behulp van geavanceerde couveuses en bijbehorende moderne apparatuur (neonatale intensive care-plaatsen). Met het geld zullen tussen nu en 1996 maximaal 24 van deze couveuses worden betaald. De extra plaatsen worden op basis van aanvragen verdeeld over 8 academische en 2 niet-academische ziekenhuizen. Tot nu toe gedoogde WVC het bestaan van couveuses voor pasgeboren kinderen in een aantal ziekenhuizen die niet over de benodigde vergunning be-

schikken. Aan deze situatie zal geleidelijk aan een einde komen.

Naar verwachting zullen in de periode tot en met 1996 jaarlijks zo'n 3.000 pasgeboren baby's in zeer geavanceerde couveuses moeten worden behandeld. Om dit te kunnen realiseren, moet het aantal van deze couveuses met 24 worden uitgebreid (van 144 tot 168). Uit een oogpunt van kwaliteit en kosten geeft de staatssecretaris de voorkeur aan uitbreiding in de tien ziekenhuizen waar deze voorzieningen al zijn boven de introductie van dergelijke voorzieningen in andere ziekenhuizen. Hij conformeert zich hiermee aan een advies van de Gezondheidsraad.

Protocollen in de ambulancehulpverlening

M E E R U N I F O R M I T E I T , M E E R T E V R E D E N H E I D ?

REEDS EEN AANTAL jaren wordt in Nederland door veel grote ambulancediensten gewerkt met protocollen.^{1,2} Dit houdt in, dat voor bepaalde frequent voorkomende spoedeisende ziektegevallen een voorgeschreven behandelplan wordt gebruikt, waarvan de ambulancehulpverlener alleen om dwingende redenen kan afwijken.^{1,3} Er lijkt consensus te bestaan over het nut van dergelijke protocollen. Het werken volgens een protocol zou leiden tot gezondheidswinst, en wel om een aantal redenen. Ten eerste zou het protocol steun geven aan de ambulancehulpverlener, zowel in juridische als in emotionele zin.³ Ten tweede zou het protocollair werken leiden tot het leveren van optimale kwalitatieve zorg aan de patiënt.^{1,3} Op basis van de geldende medische inzichten wordt bepaald welke behandeling de juiste is voor de patiënt. De inhoud van het protocol impliceert een bepaald vereist bekwaamheidsniveau van de ambulancehulpverlener. In het algemeen gaan de protocollen uit van een verpleegkundige met een eerste deskundigheidsniveau. Bovendien zou het protocol de samenwerking tussen de huisarts en de ambulancehulpverlener vergemakkelijken, doordat huisartsen beter op de hoogte zijn van de binnen de ambulancehulpverlening gebruikelijke procedures in de betreffende regio.^{2,4,5} Tenslotte zou protocollaire ambulancehulpverlening het toetsen van medisch en verpleegkundig handelen op doelmatigheid en doelgerichtheid mogelijk maken.^{1,3}

Een vergelijking

Door veel kleine ambulancediensten op het platteland wordt (nog) niet gewerkt met protocollen. Een interessante vraag is, of de invloed van protocollair werken kan worden aangetoond door middel van een vergelijking tussen een kleine, traditioneel werkende ambulancedienst op het platteland en een grote, protocollair werkende ambulancedienst in een stedelijk gebied. Om de invloed van protocollair werken in de ambulancehulpverlening beter te kunnen objectiveren werd een vergelijkend onderzoek verricht bij de (grote) ambulan-

W. Aarnoudse en H. Petri

Om de invloed van protocollair werken in de ambulancedienst beter te kunnen objectiveren is bij twee diensten een vergelijkend onderzoek verricht: een kleine, traditioneel werkende ambulancedienst op het platteland en een grote, protocollair werkende in een stedelijk gebied.

cedienst van de GGD Midden-Brabant in Tilburg en de (kleine) Stichting Rode Kruis Ambulancedienst in Oostburg op het platteland van West-Zeeuwsch-Vlaanderen. Enige gegevens ter illustratie van de grootte van de diensten: In Tilburg worden per jaar circa 15.000 ritten uitgevoerd door 21 full-time en 8 part-time ambulanceverpleegkundigen (595 ritten per full-time kracht per jaar).⁶ In Oostburg worden per jaar circa 1.500 ritten uitgevoerd door 2 full-time verpleegkundigen, 1 part-time verpleegkundige en 2 part-time ambulancebegeleiders-niet-verpleegkundigen (550 ritten per full-time kracht per jaar). De verpleegkundigen op beide locaties hebben de zogenoemde SOSA-cursus voor ambulanceverpleegkundige gevolgd.

Opzet

De belangrijkste vraagstelling bij dit vergelijkend onderzoek was in hoeverre het werken met protocollen door een ambulancedienst leidt tot een grotere uniformiteit in onderzoek en behandeling van patiënten. Om valide uitspraken te kunnen doen was het noodzakelijk het onderzoek te beperken tot één enkele aandoening. Gekozen is voor de klacht 'angineuze pijn'. Deze klacht leent zich bij uitstek

voor de evaluatie van protocollair werken om twee redenen: de ambulancehulpverlener wordt er veelvuldig mee geconfronteerd en bovendien bestaat juist op het gebied van de cardiologie bij de grote ambulancediensten ruime ervaring met protocollair werken.³

Retrospectief werden gegevens verzameld met betrekking tot diagnostiek en behandeling van alle patiënten met pijn van vermoedelijk cardiale origine. Er werd gebruik gemaakt van gegevens die in het kader van artikel 19 van de Wet Ambulancevervoer (1984) van elke vervoerde patiënt dienen te worden genoteerd.⁷ De huisarts of de verpleegkundige moest de preklinische waarschijnlijkheidsdiagnose (PKWD) 'angina pectoris' of 'acuut myocardiinfarct' hebben gesteld.⁸ Alleen de gegevens van patiënten die bij aankomst van de ambulance nog steeds pijn hadden, werden in het onderzoek opgenomen.

In Oostburg werden 133 patiënten geselecteerd over de periode 1 januari 1991 t/m 31 december 1991, in Tilburg 266 patiënten over de periode 1 september 1991 t/m 31 december 1991. Vervolgens werden de ambulancediensten voor een aantal belangrijke handelingen met elkaar vergeleken. Een aantal van de bevindingen is in de tabel weergegeven.

Resultaten

Uit de analyse van de resultaten blijkt, dat wat betreft de handelingen 'aanslui-



Tabel. Uitvoering van een aantal geregistreerde handelingen bij twee ambulancediensten.

	met protocol Tilburg (n=266)	zonder protocol Oostburg (n=133)
ritten met verpleegkundige	100%	83% *
voelen van de polsfrequentie	90%	94%
aansluiten op de monitor	98%	98%
meting van de bloeddruk	96%	66% *
toediening van zuurstof	52%	76%
inbrengen waaknaald over-all	68%	55% *
toediening nitro sublinguaal	70%	58% *
toediening pijnstilling intraveneus	10%	4% *

verschil significant ($p < 0,05$).

ten op de monitor' en 'voelen van de polsfrequentie' geen verband met protocollair werken is aan te tonen. Blijkbaar zijn deze handelingen zo fundamenteel dat ze bij vrijwel alle patiënten met pijn op de borst, of er nu wel of niet een protocol aanwezig is, in alle omstandigheden worden uitgevoerd. Wel werd een significant verschil gevonden voor de handelingen 'bloeddrukmeting', 'toediening van een sublinguale vaatverwijder' en 'inbrengen van een waaknaald'. Waarschijnlijk is het werken met protocollen er de oorzaak van dat in Tilburg bij vrijwel alle patiënten met angineuze pijn de bloeddruk wordt gemeten en dat aan duidelijk meer patiënten een sublinguale vaatverwijder wordt toegediend. In Oostburg werd een significante stijging van de frequentie van bloeddrukmeten geconstateerd na de ingebruikname van automatische bloeddrukmeters in juli 1991, halverwege de onderzoeksperiode. Blijkbaar heeft dus ook de apparatuur waarover de ambulancehulpverlener kan beschikken invloed op de frequentie van het uitvoeren van bepaalde handelingen.

Voor de handeling 'inbrengen van een waaknaald' is minder duidelijk in hoeverre het protocol leidt tot de gevonden verschillen. Er worden in Oostburg weliswaar significant minder waaknaalden ingebracht dan in Tilburg, maar wanneer de analyse beperkt blijft tot personeel dat is geregistreerd als verpleegkundige, blijkt er geen significant verschil meer te bestaan. De conclusie lijkt derhalve gerechtvaardigd, dat het opleidingsniveau van de ambulancehulpverlener een grotere invloed heeft op diens handelen dan het al dan niet werken met protocollen.

Uit de tabel blijkt dat in Tilburg significant vaker een pijnstillend middel intraveneus wordt toegediend door de ambulanceverpleegkundige. Dit verschil is echter aanzienlijk kleiner (Tilburg 13%, Oostburg 11%; niet significant) wanneer de intraveneuze pijnstilling die reeds door de huisarts is gegeven, wordt meegerekend. Ook voor de handeling 'toediening van zuurstof' bestaat een significant verschil tussen de twee diensten. Opvallend hierbij is echter, dat bij de traditioneel werkende ambulancedienst in Oostburg vaker zuurstof wordt toegediend dan bij de protocollair werkende dienst in Tilburg. Dit verschil tussen grote en kleine diensten is ook door

Teijinkesignaleerd.⁸ Hij geeft hiervoor twee mogelijke verklaringen: a. ambulancehulpverleners bij de grotere diensten worden relatief vaker met minder ernstige problematiek geconfronteerd, waarbij het geven van zuurstof niet is geïndiceerd, b. de afstanden naar het ziekenhuis bij gro-

Het opleidingsniveau van de ambulancehulpverlener heeft een grotere invloed op diens handelen dan het al dan niet werken met protocollen

tere diensten zijn in het algemeen geringer, waardoor het nut van het geven van zuurstof (onterecht) vaak niet wordt ingezien. Overigens geldt hier dat in Tilburg al langere tijd met zuurstofsaturatiemeters wordt gewerkt, terwijl deze in Oostburg pas halverwege de onderzoeksperiode werden geïntroduceerd. Wellicht is dit een reden voor het selectiever omgaan met zuurstof door de ambulancehulpverleners in Tilburg.

Mening ambulancepersoneel

Tijdens het onderzoek werd uit gesprekken met ambulanceverpleegkundigen en -chauffeurs duidelijk dat zij vrijwel allemaal zeer positief staan tegenover het werken met protocollen. Hierbij zijn het hebben van houvast - ook in juridische zin - en het scheppen van duidelijkheid (onder andere naar de huisartsen toe) over de gebruikelijke procedures de belangrijkste factoren.^{2,4,5,9,10} Daar komt bij dat het gebruiken van het protocol als focus bij nascholing positief wordt gewaardeerd. De ambulancehulpverleners zien het protocol niet als een dwangbuis; zij vinden dat ervan moet kunnen worden afgeweken, mits dat kan worden gemotiveerd. Het gebruik maken van het ritformulier om het protocollair werken te controleren, wordt door veel medewerkers minder gewaardeerd. Het is voor de verpleegkundige immers niet moeilijk om de situatie van de patiënt stabiel voor te stellen dan deze in werkelijkheid was; er kunnen handelingen worden genoteerd die niet zijn uitgevoerd of bevindingen die niet zijn geconstateerd. Als mogelijke oplossing voor dit probleem wordt aangegeven bloeddrukmeters, pulse-oxyimeters en andere apparatuur voorzien van een printmogelijkheid aan te schaffen, zodat tijdstip en waarde van de metingen objectief kunnen worden vastgelegd. Een andere mogelijkheid waaraan kan worden gedacht, is het voor akkoord laten paraferen van het ingevulde ritformulier door de verpleegkundige van de EHBO-afdeling in het ziekenhuis.

Besluit

Geconcludeerd kan worden, dat protocollair werken in de ambulancehulpverlening lijkt te leiden tot het meer routinematig uitvoeren van een aantal handelingen, maar dat naast de aanwezigheid van het protocol andere factoren een belangrijke rol spelen, zoals het opleidingsniveau van de ambulancehulpverlener en de apparatuur waarover deze kan beschikken. Bovendien is de behandeling ook afhankelijk van voorafgaand optreden door

de huisarts. We kunnen bevestigen dat er wat dit betreft regionale verschillen bestaan (intraveneuze pijnstilling).

Het protocol lijkt de arbeidssatisfactie van de ambulancehulpverlener te vergroten, mits het protocol wordt gezien als een leidraad en steun in de rug, waarvan mag worden afgeweken als dit goed wordt gemotiveerd. •

W. AARNOUDSE,
student geneeskunde

DR H. PETRI,
wetenschappelijk medewerker vakgroepen Epidemiologie en Huisartsgeeskundige, Rijksuniversiteit Limburg

Met dank aan G.C. Kramer, hoofdverpleegkundige bij de Stichting Rode Kruis Ambulancedienst Oostburg en drs I.N.M. Maas, adjunct directeur GGD Midden-Brabant.

Literatuur

1. Thiadens GAM. Protocollen in de ambulancehulpverlening. Medisch Contact 1989; 44: 682-4.
2. Blanken MM den. De rol van de huisarts in de preklinische spoedeisende hulpverlening. Medisch Contact 1992; 47: 203-5.
3. Landelijk Protocol Ambulancehulpverlening. NAP/SOSA, Oktober 1992.
4. Dogger CA. De rol van de huisarts in de preklinische spoedeisende hulpverlening. Medisch Contact 1992; 47: 205-7.
5. Teijink JAW. De rol van de huisarts in de preklinische spoedeisende hulpverlening. Medisch Contact 1992; 47: 207-8.
6. CPA's Noord-Brabant. Ambulancehulpverlening in Noord-Brabant. November 1991.
7. Berkemeier BL, red. Wet ambulancevervoer; 1971-1990. Lelystad: Vermande.
8. Teijink JAW. Evaluatie van de preklinische spoedeisende medische hulpverlening in Nederland, in het bijzonder de ambulancehulpverlening. Amsterdam, 1992.
9. Fraanje WL, Meijerink HJWA. Spoedeisende medische hulpverlening door de huisarts. Medisch contact 1988; 43: 14-7.
10. Zandbergen WA. Ambulancehulpverlening, een bijzondere gezondheidszorgvoorziening. Medisch Contact 1988; 43: 19-20.

Voor geïnteresseerden is het volledige verslag te verkrijgen bij de Stichting Rode Kruis Ambulancedienst Oostburg, Postbus 37, 4500 AA Oostburg, tel. 01170-55252/55093.

Het protocol lijkt de arbeidssatisfactie van de ambulancehulpverlener te vergroten

Verbetering opnamebeleid op hartbewakingseenheden

H E T P R E H O S P I T A A L E L E K T R O C A R D I O G R A F I E P R O J E C T

HARTBEWAKINGSEENHEDEN werden in vorige decennia opgericht voor de detectie en behandeling van levensbedreigende ritmestoornissen bij patiënten met een recent hartinfarct. Met de introductie van de trombolitica zijn de mogelijkheden om patiënten met een hartinfarct te behandelen, verder toegenomen. Deze behandeling beperkt de grootte van het infarct en verbetert de prognose op korte en lange termijn.¹⁻⁴ Het is dan ook van groot belang patiënten met een mogelijk hartinfarct zo snel mogelijk in te sturen. Een gevolg van snelle verwijzing naar het ziekenhuis is echter, dat ook het aantal achteraf niet noodzakelijk gebleken opnames toeneemt: opnames van patiënten bij wie bij nader onderzoek geen sprake is van acute cardiale pathologie, noch van een andere bedreigende ziekte.

Jaarlijks worden circa 7.800 patiënten opgenomen op één van de acht hartbewakingseenheden in Rotterdam. Een groot aantal van hen, ongeveer 4.200 patiënten, wordt via de ambulancedienst van de GGD-Rotterdam opgenomen onder de diagnose 'mogelijk hartinfarct'. Bij nader onderzoek blijkt slechts een derde van deze patiënten werkelijk een hartinfarct te hebben.⁵ Van de resterende patiënten heeft een deel een andere aandoening die intensieve behandeling en/of bewaking noodzakelijk maakt, maar bij ongeveer 1.400 patiënten blijkt er na observatie eigenlijk geen sprake te zijn van acute cardiale of andere problematiek. Een consequentie hiervan is dat de hartbewakings-

E.W.M. Grijseels, E. van der Does,
J. W. Deckers, J.A.M. Hartman,
A. Maugeest en M. L. Simoons

Bij veel patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen onder de diagnose 'mogelijk hartinfarct' kan na nader onderzoek geen infarct worden vastgesteld. Gevolg: onnodig overbelaste hartbewakingseenheden. Het Rotterdams Prehospitaal Elektrocardiografie Project (PEP) heeft tot doel de diagnostiek van de huisarts op dit punt te verbeteren.

voerd naar ziekenhuizen buiten de regio Rotterdam.⁶

Gezien het beperkte aantal bedden op de hartbewakingseenheden en met het oog op de kosten, is een re-evaluatie van het opnamebeleid van patiënten met verdenking op een hartinfarct gerechtvaardigd.⁷

Invalshoeken

Vanuit verschillende invalshoeken is eerder onderzoek verricht naar een doelmatig gebruik van de hartbewakingseenheden. Zo heeft men getracht te komen tot een verandering in het opnamebeleid door het

wordt besloten of de patiënt inderdaad in het ziekenhuis moet worden opgenomen dan wel naar huis kan gaan. De prognose van patiënten die na het stellen van de diagnose 'aspecifieke thoracale klachten' op de Eerste Hart Hulp weer naar huis werden verwezen, was heel goed: Koster vond bij 460 van dergelijke patiënten een overlevingspercentage van 99,4 % na 6 weken follow-up; Kooter rapporteerde een overlevingspercentage van 99,5 % na 1 jaar bij 404 patiënten. Beide studies bevestigden dat een dergelijke observatieperiode, voorafgaand aan een opname, een veilige procedure is, die op grotere schaal zou kunnen worden toegepast. Een tweede benadering is gericht op het verbeteren van de *nauwkeurigheid* bij het stellen van de diagnose 'hartinfarct' op de eerste-hulpafdelingen van ziekenhuizen, alvorens tot opname te besluiten.¹⁰⁻¹⁹ In diverse studies werd bij patiënten die zich presenteerden op een EHBO met 'verdenking hartinfarct' bepaald welke door welke kenmerken de diagnose 'hartinfarct' zo nauwkeurig mogelijk kon worden voorspeld. Een overzicht van de gebruikte variabelen, geassocieerd met het voorspellen van de diagnose 'hartinfarct', is vermeld in de *tabel*. De sensitiviteit van de diagnose 'hartinfarct' bij gebruik van deze variabelen bedroeg 87-95%; de specificiteit en de diagnostische nauwkeurigheid waren respectievelijk 74-92% en 73-91%.¹⁴⁻¹⁶ Door een toename van de diagnostische nauwkeurigheid bij het stellen van de diagnose 'hartinfarct' daalde het aantal CCU-opnames.¹²

Een derde benadering, gericht op *verbetering van de diagnostiek van de huisarts*, wordt momenteel in Rotterdam onderzocht in het Prehospitaal Elektrocardiografie Project (PEP). Indien de diagnose 'hartinfarct' met meer zekerheid door de huisarts zou kunnen worden gesteld, zouden de patiënten immers richter kunnen worden verwezen. Uit het IMIR-onderzoek bleek, dat het in de huisartspraktijk dikwijls moeilijk is de aan- of afwezigheid van een hartinfarct met zekerheid vast te stellen.¹⁷ Enkele kenmerken bleken geas-

Het is in de toekomst wellicht mogelijk 30% van de mensen die nu worden opgenomen niet op te nemen

eenheden regelmatig overbelast zijn, zodat de ambulancedienst van de GGD moet uitwijken naar ziekenhuizen buiten het vervoersgebied. Dit vormt dan een extra belasting voor de patiënt en voor de ambulancedienst. In 1991 moesten om deze reden 201 patiënten (5%) worden ver-

creëren van *goedkopere alternatieven*, zoals een eenvoudige observatieafdeling. Ervaring met een dergelijke voorziening is opgedaan door Koster van het AMC in Amsterdam en Kooter van het Academisch Ziekenhuis van de VU in Amsterdam.^{8,9} Na een observatieperiode van enkele uren

Tabel. Overzicht van de gebruikte variabelen in diverse studies geassocieerd met het voorspellen van de diagnose 'hartinfarct'.

variabelen	Does vd ¹⁵	Goldman ⁸	Pozen ⁵	Tierney ¹⁴
hoge leeftijd	X	X		
mannelijk geslacht	X			
aanwezigheid van:				
hoofdklacht pijn borst	X		X	X
pijn borst /linker arm	X		X	
uitstraling pijn		X		
duur pijnklachten	X	X		
positieve reactie op nitraten			X	
geen stekende pijn	X	X		
geen pijn naar rug, buik, benen		X		
aanvang pijnklachten	X	X		
geen lokale drukpijn		X		
cardiale voorgeschiedenis		X	X	X
klamme huid	X			
hoge hartfrequentie	X			
>3 PVC's/minuut *	X			
lage bloeddruk	X			
ECG-afwijkingen		X	X	X

PVC= premature ventriculaire complexen.

socieerd met het voorspellen van een hartinfarct: recent (binnen 48 uur) begonnen of verergerde borstpijn, duur van de klachten langer dan 30 minuten, mannelijk geslacht, een koude klamme huid, hoge hartfrequentie, meer dan drie premature ventriculaire complexen per minuut, de waarde van de systolische minus de diastolische bloeddruk en een systolische bloeddruk lager dan 110 mm Hg. Pijn, stekend van karakter, bleek negatief geassocieerd met de diagnose 'hartinfarct', evenals in het onderzoek van Lee¹³. De sensitiviteit van de diagnose 'hartinfarct', gesteld door de huisarts op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, bedroeg slechts 44%.¹⁷⁻¹⁹ Beschikte de huisarts over een (beoordeeld) elektrocardiogram, dan steeg de sensitiviteit tot 59%. Dit bevestigt, dat een elektrocardiogram ook in een huisartsenpopulatie een belangrijke bijdrage kan leveren aan het vergroten van de diagnostische zekerheid.

In het Prehospitaal Elektrocardiografie Project zal dan ook worden bestudeerd of het mogelijk en zinvol is de prehospital diagnostiek uit te breiden met een (beoordeeld) elektrocardiogram bij patiënten voor wie een acute opname is aangevraagd in verband met mogelijk cardiale klachten. Er wordt gebruik gemaakt van een gecomputeriseerde elektrocardiograaf, die wordt gebruikt door de ambulanceverpleegkundigen van de GGD. Een voordeel hiervan is, dat de huisarts de benodigde ECG-apparatuur niet zelf hoeft aan te schaffen. Evenmin is de huisarts afhankelijk van de vereiste continue en

directe aanwezigheid van deskundige beoordelaars van het ECG, zoals in het geval van telefonische versturing van het ECG (cardiofonie).²⁰

PEP-onderzoek

Het Prehospitaal Elektrocardiografie Project (PEP) in Rotterdam is in januari 1992 van start gegaan. Het PEP-onderzoek wordt gesteund door de Nederlandse Hartstichting. Er wordt mee beoogd na te gaan in hoeverre het aantal CCU-opnames waarbij bij nader onderzoek een hartinfarct noch een andere ernstige ziekte wordt vastgesteld, kan worden verminderd. Dit wordt gerealiseerd door de huisarts de beschikking te geven over een gestructureerde vragenlijst en een (beoordeeld) elektrocardiogram. Er bestaat in Rotterdam sinds jaren een intensieve samenwerking tussen huisartsen, cardiologen, de GGD en de Stichting Artsenlaboratorium Rotterdam (Star).²¹ Deze samenwerking heeft recent gestalte gekregen in het programma 'Reperfusie bij acute infarcten Rotterdam' (Repair-programma). In het kader hiervan worden patiënten met een groot infarct op initiatief van de huisarts en/of ambulanceverpleegkundige van de GGD reeds thuis behandeld met een tromboliticum. Hier toe wordt gebruik gemaakt van een gecomputeriseerde elektrocardiograaf, die zodanig is geprogrammeerd dat onderscheid wordt gemaakt tussen patiënten met uitgebreide ST-segmentafwijkingen, passend bij een ontwikkelend groot hartinfarct, en patiënten zonder een

typisch elektrocardiografisch infarctpatroon.²²⁻²⁴

In het PEP-onderzoek wordt voortgebouwd op de ervaringen met Repair. In de eerste fase van het PEP-onderzoek worden alle patiënten voor wie opname wordt aangevraagd in verband met een mogelijk hartinfarct geregistreerd. Bij deze patiënten wordt door de huisarts een vragenlijst afgenomen en lichamelijk onderzoek verricht en wordt door de ambulanceverpleegkundige een ECG gemaakt met de gecomputeriseerde elektrocardiograaf, die reeds eerder in het kader van Repair bij de GGD werd geïntroduceerd.²²⁻²⁴ De vragenlijst maakt deel uit van de cardiale begeleidingsbrief, die altijd door de huisarts wordt ingevuld als een patiënt via de ambulancedienst wordt opgenomen. In de eerste fase van het project worden alle patiënten in het ziekenhuis opgenomen. Op basis van de verkregen resultaten (vragenlijst, lichamelijk onderzoek en elektrocardiogram) wordt een beslisregel ontwikkeld ter identificatie van die patiënten die bij opname geen ernstige afwijking blijken te hebben en die dus achteraf gezien ten onrechte zijn opgenomen.

Nadat de beslisregel is ontwikkeld, zal deze worden ingevoerd en een jaar lang worden geëvalueerd op effectiviteit en veiligheid. In deze tweede fase (1993-1994) wordt de kans op de aanwezigheid van een hartinfarct, berekend met behulp van de beslisregel op basis van de gestructureerde vragenlijst en de beoordeling van het ECG, aan de huisarts gemeld; deze kan dan opnieuw overwegen of directe ziekenhuisopname noodzakelijk is. Indien de huisarts van mening is dat de patiënt niet hoeft te worden opgenomen, blijft de patiënt thuis. Alle patiënten die niet worden opgenomen zullen worden vervolgd om vast te stellen of er geen onjuiste beslissing is genomen.

Voorlopige resultaten

Op grond van de eerste resultaten in fase 1 van het PEP-onderzoek kan een schatting worden gemaakt van het aantal achteraf gezien onnodige opnames, dat wellicht kan worden voorkomen.

In de eerste zes maanden zijn 1.887 patiënten via de ambulancedienst van de GGD-Rotterdam en omstreken voor beoordeling van mogelijk cardiale klachten naar het ziekenhuis vervoerd. Bij 35% van hen werd door de huisarts een vragenformulier ingevuld en werd door de ambulanceverpleegkundige een ECG gemaakt. Bij 11% werd geen ECG gemaakt, veelal omdat de patiënten in een te slechte conditie verkeerden en toch zeker zouden moeten worden opgenomen. Ook was het bij een aantal patiënten technisch niet mogelijk een ECG te maken. Bij 33% van

de patiënten werd geen vragenlijst ingevuld. Dit betrof merendeels patiënten die zonder tussenkomst van de huisarts waren ingestuurd door gebruikmaking van het nationaal alarmnummer. Bij 21% werd, als gevolg van een combinatie van de reeds genoemde redenen, noch een vragenlijst ingevuld noch een ECG gemaakt. Dit komt neer op een deelname van ruim 1.300 patiënten in het eerste jaar van het PEP- onderzoek.

Van de eerste 365 patiënten bij wie de gegevens uit het ziekenhuis zijn geanalyseerd, bleken er 150 (41%) een hartinfarct te hebben, 80 (22%) instabiele angina pectoris, 18 (5%) stabiele angina pectoris, 26 (7%) een andere cardiale aandoening en 91 (25%) een niet-cardiale aandoening. Indien de onderlinge verhouding van deze diagnoses in de loop van het onderzoek niet verandert en uitgaande van de veronderstelling dat 30% van alle patiënten met een niet-cardiale diagnose en met stabiele angineuze klachten niet behoeft te worden opgenomen, is de optimistische verwachting dat het in de toekomst mogelijk moet zijn op jaarbasis ongeveer 100-150 patiënten niet op te nemen.

Conclusie

Het is duidelijk dat het in de huisartspraktijk dikwijls moeilijk is om de aan- of afwezigheid van een hartinfarct met zekerheid vast te stellen. In eerder onderzoek betrof de sensitiviteit van de diagnose 'hartinfarct', gesteld door de huisarts op basis van de anamnese en het lichamelijk onderzoek, slechts 44%.

De diagnose kan met meer zekerheid worden gesteld in het ziekenhuis indien een

elektrocardiogram ter beschikking is. In het Prehospitaal Elektrocardiografie Project wordt bestudeerd of het mogelijk is de prehospital diagnostiek door de huisarts uit te breiden met elektrocardiografie voor die patiënten voor wie een acute opname wordt aangevraagd in verband met mogelijk cardiale klachten. De huisarts krijgt een (beoordeeld) elektrocardiogram ter beschikking via de ambulancedienst.

Uit een eerste analyse blijkt, dat het in de toekomst wellicht mogelijk moet zijn 30% van de patiënten die nu worden opgenomen niet op te nemen, omdat de kans op ernstige acute problemen op korte termijn gering moet worden geacht. Dit zou het aantal opnames op de hartbewakingseenheden per jaar in Rotterdam met 100-150 kunnen verminderen.

Het Prehospitaal ECG Project wordt mogelijk gemaakt dankzij de medewerking van velen: de huisartsen, de ambulancechauffeurs en ambulanceverpleegkundigen, de cardiologen van de regio Rotterdam en omstreken en de leden van de PEP-stuurgroep. Dit onderzoek wordt uitgevoerd met financiële steun van de Nederlandse Hartstichting.

MW E.W.M. GRIJSELS,
huisarts, Thoraxcentrum, afdeling
Cardiologie, Erasmus Universiteit
Rotterdam/Universitair Huisartsen
Instituut Rotterdam

DR J.W. DECKERS,
cardioloog, Thoraxcentrum, afdeling
Cardiologie, Erasmus Universiteit
Rotterdam

PROF. DR E. VAN DER DOES,
huisarts, Universitair Huisartsen Instituut
Rotterdam

J.A.M. HARTMAN,
stafmedewerker ambulancedienst,
Gezondheidsdienst voor Rotterdam en
omstreken

MW. A. MAUGENEST,
verpleegkundige, Thoraxcentrum,
afdeling Cardiologie, Erasmus Universiteit
Rotterdam

PROF. DR M.L. SIMOONS,
cardioloog, Thoraxcentrum, afdeling
Cardiologie, Erasmus Universiteit
Rotterdam

Appendix

Leden van de stuurgroep: J.W. Deckers, cardioloog, Academisch Ziekenhuis Rotterdam Dijkzigt; E. van der Does, hoogle-
raar huisartsgeneeskunde, Rotterdam;
mw E.W.M. Grijseels (projectcoördinator),
huisarts; F.C.A.M.H. Hagemeyer, cardio-
loog, Sint Franciscusziekenhuis Rotter-
dam; J.A.M. Hartman, stafmedewerker
ambulancedienst, GGD Rotterdam;
A. Hoes, epidemioloog, Huisartsgenees-
kunde Rotterdam; X. H. Krauss, cardio-
loog, Zuiderziekenhuis Rotterdam; P. van
Loenen, medisch adviseur, GGD Rotter-
dam; mw A. Maugenest, verpleegkundige,
onderzoeksassistente; J.M.J. Moors,
regiovertegenwoordiger KLOZ; J.H.C.
Panis, cardioloog, Claraziekenhuis Rotter-
dam; P.R. Perreira, regiovertegenwoor-
diger SZR; J.W. Schouten, regiovertegen-
woordiger SZR; M.L. Simoons (voorzitter),
hoogleraar klinische cardiologie, Rotter-
dam; P.H. Trienekens, directeur, Stichting
Artsenlaboratorium Rotterdam.

Literatuur

1. Vermeer F, Simoons ML, Bar F et al. Which patients benefit most from early thrombolytic therapy with intracoronary streptokinase? *Circulation* 1986; 74(6): 1379-89.
2. ISIS-2 (second international study of infarct survival) collaborative group. Randomized trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both or neither among 17187 cases of suspected myocardial infarction. *Lancet* 1988; ii: 349-60.
3. Arnold AER, Simoons ML, Lubsen J. Thrombolytische therapie van het acute hartinfarct. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133(7): 335-8.
4. Yusuf S, Sleight P et al. Routine medical management of acute myocardial infarction. *Circulation* 1990; 82: 117-34.
5. Teeuwen JHM, Hart HN. Opname op hartbewakingseenheden in Rotterdam. Juli 1988 (rapport nr. 46).
6. Tiel MJ van, Gouw JMM de. Intense zorg over intensive en coronary care units. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland. Juni 1992.
7. Fineberg HV, Scadden D, Goldman L. Care of patients with a low probability of acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1984; 310: 1301-7.
8. Koster RW, Brussen AJSH, Dunning AJ. Eerste harthulp; wat gebeurt er met patiënten, die niet meteen

worden opgenomen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1454-7.

9. Kooten AJ, Albus BA, Verheugt FW. Prognose patiënten met specifieke borstklachten op Eerste Hart Hulp. *Hart Bulletin* 1991; 22: 47-50.

10. Goldman L, Weinberg M, Weisburg M et al. A computer derived protocol to aid in the diagnosis of emergency patients with acute chest pain. *N Engl J Med* 1982; 307: 588-96.

11. Pozen MW, Agostino RB d', Selker P et al. A predictive instrument to improve CCU admission; practices in acute ischemic heart disease. *N Engl J Med* 1984; 310: 1273-8.

12. Pozen MW, Agostino RB d' et al. The usefulness of a predictive instrument to reduce inappropriate admissions to the Coronary Care Unit. *Ann of Int Med* 1980; 92: 238-42.

13. Lee TH, Cook EF, Weisburg M et al. Acute chest pain in the emergency room. *Arch Intern Med* 1985; 145: 65-9.

14. Tierney WM, Roth BJ et al. Predictors of myocardial infarction in emergency room patients. *Critical Care Medicine* 1985; 13: 526-31.

15. Hargarten KM, Aprahamian C et al. Limitations of prehospital predictors of acute myocardial infarction and unstable angina. *Ann of Em Med* 1987; 34: 1325-29.

16. Goldman L, Cook F, Brand DA et al. A computer

protocol to predict myocardial infarction in emergency department patients with chest pain. *N Engl J Med* 1988; 318: 797-803.

17. Does E van der, Lubsen J. Acute Coronary events in general practice. Proefschrift Rotterdam. 1978.

18. Pool J, Does E van der, Lubsen J. De diagnostiek van het verse hartinfarct in de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1979; 123: 1457-61.

19. Pool J, Does E van der, Lubsen J. De diagnostiek van het dreigende hartinfarct in de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1979; 123: 1505-9.

20. Meyler FL. Electrocardiografie in de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1976; 120: 437-40.

21. Brons R. Diagnostiek voor mogelijk cardiale klachten door de huisarts. Proefschrift Rotterdam. 1986.

22. Bouten MJM, Simoons ML, Pool J, Hartman JAM et al. Repair study group. Prehospital thrombolysis by ambulance paramedics. *Eur Heart J* 1989; 10: 123.

23. Bouten MJM, Simoons ML et al. Prehospital thrombolysis with rt-PA in acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 1992; 13: 925-31.

24. Bouten MJM, Simoons ML, Hartman JAM et al. Snellere behandeling van het acute myocardinfarct door toedienen van alteplase (rt-PA) voor opname. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 2334-8.

Het hart op de tong

C L I È N T G E R I C H T H A N D E L E N O P C A R D I O L O G I E

IN 1988 STARTTE op de polikliniek Cardiologie van het Academisch Ziekenhuis in Groningen het project 'Cliëntgericht handelen'. Tijdens dit project werden organisatorische verbeteringen ingevoerd om de patiënten sneller en beter te kunnen helpen. Daarnaast werden diverse bijscholingsprogramma's georganiseerd, waaronder drie in communicatieve vaardigheden voor de op de polikliniek werkzame artsen.

In het eerste deel van dit artikel worden de uitgangspunten, de opzet en de evaluatie van deze bijscholingsprogramma's besproken. Het tweede deel van het artikel bevat het verslag van een onderzoek dat werd uitgevoerd naar aanleiding van deze vorm van bijscholing om de leiding van de polikliniek te informeren over die aspecten van de patiëntbejegening die voor verdere bijscholing in aanmerking zouden komen.

Nieuwe rol

Artsen hebben vooral geleerd hun patiënten te behandelen volgens het 'diagnose-receptmodel'.¹ Volgens dit model draagt de arts overwegend de verantwoordelijkheid voor de probleemanalyse (diagnostiek) en de probleemoplossing (therapie). Veel gezondheidsproblemen vragen echter om een actievare rol van de patiënt. Complementair hieraan wordt ook van de arts een andere rol verlangd: de arts dient zijn patiënt niet alleen te behandelen, maar dient ook vaak met zijn patiënt te *onderhandelen*. Bovendien vereist ook de toegenomen mondigheid van patiënten dat de arts zich 'communicatiever' opstelt. Veel artsen hebben moeite met deze nieuwe hulpverleningsrol, waarin ze de verantwoordelijkheid voor het medische probleem voor een belangrijk deel bij de patiënt zelf moeten laten en vooral de taak van procesbegeleider moeten vervullen. In de literatuur is deze communicatieve rol van de arts op uiteenlopende wijze beschreven en aanbevolen.²⁻⁹ Daarbij wordt vaak onderscheid gemaakt in klachtgericht (diagnose-recept) werken en patiëntgericht (communicatief) werken van de arts.^{2,7-9} In deze studies worden ook diverse criteria genoemd waaraan het arts-patiëntcontact zou moeten voldoen, wil

J. Wouda,
H.B.M. van de Wiel,
E.W. van den Toren
en J.M. Vinke

Vele artsen hebben moeite met hun nieuwe hulpverleningsrol van behandelaar plus onderhandelaar van en met hun patiënten. De hiervoor benodigde communicatieve vaardigheden blijken vaak te ontbreken. Drie bijscholingsprogramma's beogen cardiologen in Groningen soelaas te bieden.

men spreken van een goede patiëntbejegening. Het bekendste criterium is de tevredenheid van de patiënt, maar tegenwoordig wordt er ook vaak gekeken naar het effect van de bejegening op het inzicht en het gedrag van de patiënt ('compliance'). Uit al deze studies blijkt dat de kwaliteit van de patiëntbejegening vooral samen-

hangt met de communicatieve vaardigheden van de arts. In de hier besproken bijscholingsprogramma's en in het onderzoek werd in die vaardigheden de in het *schema* weergegeven ordening aangebracht.

Programma's

De bijscholingsprogramma's hadden tot doel de cardiologen (in opleiding) te laten oefenen met gespreksvaardigheden. Voor ieder programma werd uit het vaardighedenpakket een selectie gemaakt. Enerzijds werd ter wille van de praktische relevantie zoveel mogelijk uitgegaan van de specifieke ervaringen en leerwensen van de deelnemers. Anderzijds was de tijdsduur van het programma (twee dagen) een beperkende factor. Van uitgebreid oefenen tot een van te voren vastgesteld beheersingsniveau, zoals in een reguliere onderwijssituatie gebruikelijk is,¹⁰ kon derhalve geen sprake zijn. Wel was het in deze twee dagen goed mogelijk met een aantal essentiële en wenselijk geachte vaardigheden in nagespeelde praktijksituaties te experimenteren.

De bijscholing vond plaats in een conferentieroom, waar de deelnemers niet werden gestoord door de dagelijkse klinische praktijk. Voorafgaande aan ieder programma werd een voorbespreking met de deelnemers gehouden, waarin de thema's en te oefenen vaardigheden werden vastgesteld. Hoewel het oefenen van vaardigheden centraal stond, was er tijdens de

Schema. Ordening der vaardigheden.

klachtgerichte taken	gespreksvaardigheden
opsporen van de relevante informatie over de klacht	vooral op feitelijke informatie gerichte luistervaardigheden
gesprek plezierig laten verlopen en de patiënt optimaal laten meewerken	vriendelijke houding en tonen van begrip
patiëntgerichte taken	gespreksvaardigheden die tevens nodig zijn
belevingsaspecten van de hulpvraag verduidelijken	belevingsgerichte luistervaardigheden
inzicht van de patiënt in de klacht onderzoeken en behandeling vergroten	informerende voorlichtingsvaardigheden
emoties hanteren	
weerstanden en gespreksblokkades hanteren	belevingsgerichte voorlichtingsvaardigheden
	structurende en metacommunicatieve technieken

bijscholing tevens ruimte voor andere activiteiten, zoals het bespreken van ethische dilemma's of het verwerken van ingrijpende ervaringen. Op grond van individuele voorkeuren kwamen daarnaast meer managementachtige vaardigheden aan de orde, zoals het motiveren, het hanteren van een conflict, het leidinggeven en het houden van een voordracht.

Aan de drie programma's namen in totaal 25 cardiologen (in opleiding) deel. Ieder programma werd besloten met een korte mondelinge evaluatie, die na een periode van ongeveer vier maanden werd gevolgd door een schriftelijke evaluatie. Centraal in deze schriftelijke evaluatie stond de vraag of de deelnemers hun ervaringen in de bijscholing konden gebruiken in de klinische praktijk.

De directe reacties van de deelnemers na afloop van de training waren in het algemeen positief. Men verwachtte het geleerde in de praktijk te kunnen gebruiken, maar gaf tevens aan dat een of andere vorm van follow-up of herhaling nodig zou zijn om het geleerde te kunnen vasthouden.

Ook na enkele maanden vond men in het algemeen dat de bijscholing de moeite waard was geweest. Men had de bijscholing vooral als een 'eye-opener' ervaren. Hoewel een aantal deelnemers concrete voorbeelden kon geven van de wijze waarop ze het geleerde in de praktijk toepasten, was men in het algemeen sceptisch over het effect van de bijscholing op de dagelijkse klinische praktijk. Een follow-up van de bijscholing werd absoluut noodzakelijk geacht om voldoende rendement te behalen.

Vervolgonderzoek

Hoe positief ook, voor de leiding van de polikliniek Cardiologie waren de evaluatiegegevens van de bijscholingsprogramma's onvoldoende basis voor het verdere beleid rond 'Cliëntgericht handelen'. Daarom werd besloten een (beperkt) onderzoek te verrichten naar de patiëntbejegening door de artsen van de polikliniek en op grond daarvan te beslissen over voortzetting van de bijscholing.

Aan het onderzoek namen zes cardiologen deel. Van iedere cardioloog werden twee poliklinische gesprekken met dezelfde (nieuwe) patiënt op video opgenomen. In het eerste consult vonden de anamnese en het lichamenlijk onderzoek plaats en daarna werd de patiënt geïnformeerd over de aanvullende onderzoeken, die aansluitend zouden plaatsvinden. Na deze onderzoeken was er een tweede consult, waarin de resultaten van de onderzoeken en het verdere beleid met de patiënt werden besproken. Zo werden er video-opnames verkregen van zes grotendeels informatieve

vragende en zes informatieverstrekkende gesprekken. Alle opgenomen gesprekken werden vanuit drie invalshoeken beoordeeld. Na het tweede consult had één van de onderzoekers een nabespreking met de patiënt. In dit gesprek werd vooral gevraagd naar de tevredenheid, het inzicht en het toekomstig gedrag van de patiënt.

vertelden dat zijn gegevens naar de huisarts zouden worden gestuurd, kreeg geen van de patiënten te horen wanneer de huisarts zou beschikken over deze informatie.

Over hun eigen houding tijdens het gesprek waren de cardiologen in het algemeen tevreden. Het oordeel over het con-

Voor vrijwel alle medisch specialisten geldt dat het ingaan op belevingsaspecten een heikel punt vormt

Na het interview met de patiënt werden de beide video-opnames nabesproken met de desbetreffende cardioloog. In dit gesprek werd aandacht besteed aan diens algemene indruk van het contact met de patiënt, de eigen houding en het gebruik van de gespreksvaardigheden in beide consulten. Dit gesprek had tevens de functie van een supervisiegesprek over de communicatieve vaardigheden en kwam daarmee tegemoet aan de wens tot follow-up van veel cardiologen. In de derde plaats werd er een oordeel gegeven over het gebruik van de gespreksvaardigheden, zoals samengevat in het schema. Hiertoe werd een scoringslijst opgesteld en aan de hand hiervan beoordeelden twee psychologen onafhankelijk van elkaar alle gesprekken.

Resultaten

De gemiddelde duur van het eerste consult was ruim 18 minuten, waarvan 9 minuten voor de anamnese, 5 minuten voor het lichamenlijk onderzoek en 4 minuten voor het informeren over de bevindingen en over verder onderzoek. Het tweede consult duurde gemiddeld 8 minuten. Bij de nabespreking gaven de cardiologen aan dat de gesprekken normaal verliepen en representatief konden worden geacht voor hun gebruikelijke patiëntcontacten.

De patiënten bleken zeer tevreden over het contact in het eerste consult en zeiden dat de cardioloog voldoende tijd voor hen nam en goed naar hen luisterde. Ook het vertrouwen was aanwezig, hoewel twee patiënten aangaven nog niet geheel te zijn gerustgesteld en zeker nogmaals de huisarts te willen consulteren.

De uitleg in het tweede consult over de onderzoeksresultaten voldeed in het algemeen aan de verwachtingen, zij het dat drie patiënten gedeeltes van de uitleg niet goed hadden begrepen.

Drie patiënten kregen van de cardioloog een instructie of advies zelf iets aan de klachten te doen. Twee van deze patiënten twijfelden echter of ze dit advies zouden kunnen opvolgen.

Hoewel de cardiologen de patiënt altijd

tact met de patiënt was echter wisselend. Drie cardiologen gaven aan dat dit contact wat moeizaam verliep, bijvoorbeeld omdat de patiënt erg gespannen was. Men koos er echter voor om niet in te gaan op dit soort belevingsaspecten, maar om eerst het medische probleem helder in kaart te brengen.

De helft van de cardiologen gaf aan dat hun uitleg over de aanvullende onderzoeken vrij summier was geweest. Zij vonden echter dat een uitvoeriger uitleg de taak is van de onderzoeksafdelingen op het moment dat de patiënt daar komt.

Over hun uitleg over de onderzoeksresultaten waren de cardiologen over het algemeen tevreden en zij verwachtten dat deze, als de resultaten gunstig waren, de patiënt ook had gerustgesteld. Van de drie cardiologen die de patiënt een instructie of advies hadden gegeven, verwachtten er twee dat de patiënt de instructie of het advies ook zou opvolgen.

Uit de scores op de lijst voor gesprekstechnieken bleek dat de cardiologen goed overweg konden met de klachtgerichte taken. Zij maakten goed gebruik van de op feitelijke informatie gerichte luistervaardigheden, de gesprekken verliepen rustig en gestructureerd en het (non-verbale) contact was meestal vriendelijk en aandachtig.

Vrijwel alle gesprekken beperkten zich echter tot de medische aspecten van de klacht: *de beleving van de patiënt kwam nauwelijks ter sprake*. Ook werd er geen gebruik gemaakt van 'controleerende' technieken, zoals samenvatten, om het gesprek (weer) in goede banen te leiden wanneer dit soms wat moeizaam verliep. De uitleg over de aanvullende onderzoeken was van matige kwaliteit. Soms was deze summier en soms uitvoerig, maar dan weinig gestructureerd. De patiënt werd zelden gevraagd of deze de uitleg had begrepen, hoewel er meestal wel werd gevraagd of de patiënt ermee instemde.

De uitleg van de onderzoeksresultaten was eveneens wisselend van kwaliteit. Tijdens de uitleg werd nauwelijks ge-

pauzeerd om de patiënt de gelegenheid te geven te reageren. De patiënten moesten de cardioloog onderbreken als zij een vraag wilden stellen. Als de patiënt werd gevraagd of deze alles had begrepen, kwam deze vraag pas na de volledige uitleg. De adviezen die werden gegeven waren inhoudelijk vrij duidelijk, maar er werd geen aandacht besteed aan de mening van de patiënt over deze adviezen. Slechts één cardioloog maakte gebruik van een 'compliance'-bevorderende techniek door zijn positieve waardering te laten blijken voor de inspanning van de patiënt zich aan de dieetadviezen te houden.

Conclusies

De doelstelling van het onderzoek was een oordeel te vormen over de patiënt-bejegening door de cardiologen en over de effecten hiervan op de drie genoemde aspecten: tevredenheid, inzicht en 'compliance'. Voorwaarde hiervoor is uiteraard, dat de geanalyseerde gesprekken representatief zijn voor de 'normale' gang van zaken. Naar het oordeel van de betrokken cardiologen was dit inderdaad het geval. Om aanbevelingen te kunnen formuleren voor het verdere beleid rond de bejegening van patiënten werden uit de gesprekken enkele representatieve fragmenten gekozen en tot een montage verwerkt. Deze montage en de hierboven genoemde bevindingen werden aan een panel van senior-cardiologen voorgelegd. Hoewel het panel de gesignaleerde problemen inzake het ingaan op beleevingsaspecten en het effectief voorlichten onderkende, had het tegelijkertijd twijfels of

deze knelpunten oplosbaar waren. Men bracht naar voren dat hier niet alleen sprake was van een gebrek aan vaardigheden, maar eveneens van *bewuste terughoudendheid*.

Volgens het panel kwamen de gesignaleerde problemen in belangrijke mate voort uit *tegenstrijdige belangen* in de algemene klinische praktijk. Niet alleen voor cardiologen, maar voor vrijwel alle medisch specialisten geldt, dat het ingaan op beleevingsaspecten een heikel punt vormt. Het panel onderschreef duidelijk het standpunt van de onderzochte cardiologen om pas op de beleving van de patiënt in te gaan, wanneer het probleem medisch gezien helder in kaart was gebracht. Ook in geval van klachten die duidelijk zijn gerelateerd aan psychosociale factoren, zoals spanningen, vond men de terughoudendheid van de specialist terecht. Men vond dat de specialist zich primair moet richten op het vaststellen en/of behandelen van pathologie in medische zin, en daarin zag men een duidelijk verschil met de taak van de huisarts.

Op papier lijkt deze terughoudendheid redelijk en wenselijk. In de praktijk blijkt deze echter tot problemen te leiden, met name op het gebied van de 'compliance'. Immers, laten merken dat men de gevoelens van de patiënt heeft gesignaleerd, is van essentieel belang voor het verkrijgen van relevante informatie en voor het welslagen van patiëntgerichte taken als instrueren en adviseren.¹¹ Dit dilemma wordt niet opgeheven door het verbeteren van de communicatieve vaardigheden alléén. Mogelijk dat een nadere bezinning op het takenpakket van de specialist en op de samen-

werking tussen huisarts en specialist kan bijdragen aan de oplossing van dit dilemma.

DRS J. WOUDE,
afdeling Medische Psychologie,
Academisch Ziekenhuis Groningen

DR H.B.M. VAN DE WIEL,
vakgroep Obstetrie en Gynaecologie,
Faculteit der Geneeskunde Groningen

DR E.W. VAN DEN TOREN,
Thoraxcentrum, Academisch Ziekenhuis Groningen

DRS J.M. VINKE,
Bureau Opleiding, Onderzoek en
Ontwikkeling, Academisch Ziekenhuis Groningen

Literatuur

1. Ban AW van den. Inleiding tot de voortlichtingskunde. Meppel: Boom, 1980.
2. Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. Utrecht: Nivel, 1991.
3. Berenst J, Ettema H. Beoordeling en analyse van huisartsgesprekken. Huisarts en Wetenschap 1991; 34:3 25-9.
4. Bruggemans E. De communicatie tussen arts en patiënt. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 1991.
5. Damoiseaux V, Visser Aph. Patiëntenvoorlichting. Assen: Van Gorcum, 1988.
6. Pierloot RA. Van klacht tot therapie. Amersfoort: Acco, 1985.
7. Schouten JAM, Anamnese en advies. Alphen: Samsom Stafleu, 1985.
8. Stewart M. Studies about the patient-centered approach. Huisarts en Wetenschap 1991; 34: 302-5.
9. Visser Aph, red. Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten. Lochem: de Tijdstroom, 1988.
10. Dochy FL, Luyk SJ van. Handboek vaardigheids-onderwijs. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1987.
11. Horst F van der, Joosten J, Witte L de, Vierhout W. Compliance en patiëntenvoorlichting. In: Damoiseaux V, Visser Aph. Patiëntenvoorlichting. Assen: Van Gorcum, 1988: 244-52.

P R A K T I J K P E R I K E L E N

Het juiste antwoord



Korte door artsen geschreven signalen.
Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht
door de redactie.

DOOR TE WAPPEREN met een kaart, verontschuldigt de artsbezoeker zijn onaangekondigd bezoek. Kennelijk heeft mijn echtgenoot weer eens iets ingestuurd. "U heeft het juiste antwoord ingevuld en dingt nu mee naar een weekend Scheveningen!"

Enigszins verbouwereerd door zoveel niet verwacht 'geluk', laat ik de man plaatsnemen.

"Hoe vaak schrijft u Zovirax voor bij herpes zoster?" Schuchter antwoord ik:

"Nooit." "Dan bent u één van de twee percent Nederlandse huisartsen die dat ook niet doen!"

Deze boude constatering neem ik niet voor lief. Toch wel iets vermoedend, gaat de man allerlei nuancerings aandra-gen. Ik probeer de man zo snel mogelijk de deur uit te krijgen.

Na een spannend spreekuur ben je gemakkelijk 'slachtoffer' van reclame-technieken.

Kwaliteit van zorg bij investeringsbeslissingen

P R O J E C T ' E E R S T E H A R T H U L P '

IN 1986 GAF HET Deventer Ziekenhuis de aanzet tot het werken met 'standaard-zorgplannen'. De bedoeling was "door het expliciteren en besturen van zorgprocessen te komen tot een betere beheersing van de kwaliteit in relatie tot kosten van zorgverlening".¹ Na afloop van het project 'Standaard Zorgplannen' bleek een bredere toepassing van de zorgplanmethode te stagneren; kennelijk ontbrak daartoe een positieve stimulans.² Dit leidde tot de vraag hoe zorgverleners kunnen worden gestimuleerd met zorgplannen te gaan werken c.q. hun werk doelgericht te gaan besturen.

"Kan men investeringsaanvragen met een standaard-zorgplan onderbouwen?" Deze vraag, die tijdens de investeringsbesprekingen regelmatig werd gesteld, leidde tot de onderzoeksvraag: "Is het praktisch mogelijk een investeringsaanvraag te onderbouwen met een standaard-zorgplan, zodanig dat vooraf inzicht wordt verkregen in de medische en bedrijfsmatige consequenties van een investeringsbeslissing en de effecten hiervan toetsbaar worden in termen van kwaliteit en exploitatiekosten?" Een initiatief van de afdeling Acute Opvang (EHBO-afdeling) in de Deventer Ziekenhuizen werd aangegrepen om deze onderzoeksvraag in de praktijk te kunnen uitwerken.

Project 'Eerste harthulp'

In januari 1992 is het project 'Eerste harthulp' van start gegaan.³ Dit project heeft als doel het optimaliseren van het totale opname- en behandelingsproces van de patiënt met acute hartklachten. Daarvoor was door de afdeling Acute Opvang aandacht gevraagd voor toenemende wachttijden voor patiënten met acute hartklachten, veroorzaakt door onvoldoende reservecapaciteit binnen de verpleegafdelingen Cardiologie. Om dit probleem op te lossen werd het totale opname- en ontslagproces inzichtelijk gemaakt. Ook werden voorstel-

Th. van de Schepop en
M.A.A. School

In het nieuwe stelsel voor de gezondheidszorg doet zich een aantal keuzeproblemen voor op alle niveaus en bij alle direct of indirect betrokken partijen (zorgverleners, instellingsmanagement, verzekeraars, patiëntenorganisaties, overheid). De essentie van deze problemen is: welke kwaliteit van zorg wordt bij schaarse middelen gekozen en tegen welke kosten?

len gedaan om het opnamebeleid te verbeteren en werd door de afdeling Acute Opvang een investering in eerste harthulpdiagnostiek voorgesteld. In het project 'Eerste harthulp' wordt deze investeringsaanvraag onderbouwd met een standaard-zorgplan, een meting van de bestaande problematiek (wachttijden, vermijdbare opnamen, te vroeg ontslag, enz.) en een kosten-batenbegroting. De te ontwikkelen methodiek kan in grote lijnen worden voorgesteld als in *figuur 1* aangegeven.

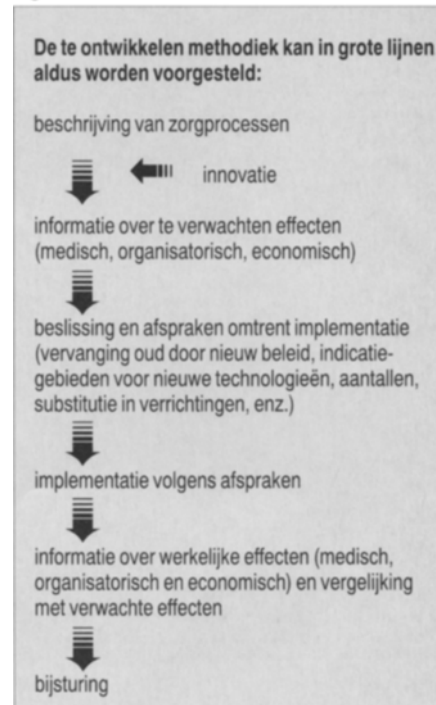
Zorgproces

Bij alle patiënten die met acute hartklachten de afdeling Acute Opvang binnenkomen wordt standaard een anamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek verricht, waaronder een meting van polsfrequentie en bloeddruk, een ECG, een röntgen-

onderzoek van de thorax en laboratoriumonderzoek. Bij de diagnostiek is de eerste vraag: "Heeft de patiënt een myocardinfarct?" Het eerste doel is die diagnose te bevestigen of uit te sluiten; belangrijkste discriminerende factoren daarbij zijn: het ECG (q-vorming, sT-elevaties, R-topverlies en sT-depressie) en het laboratoriumonderzoek (ASAT > 30, CPK > 100, CPKMB > 8%).

Bij positieve discriminerende factoren volgt meteen behandeling volgens het protocol (eventueel met trombolysen) en spoedopname op de hartbewakingseenheid. Bij verdenking op een myocardinfarct zonder positieve discriminerende factoren volgt op de afdeling Acute Opvang herhaling van ECG en laboratoriumonderzoek.

Figuur 1.



Naast het uitsluiten of aantonen van een myocardinfarct is een onderzoek naar andere acute hartaandoeningen zoals ritmestoornissen aangewezen. Wanneer een myocardinfarct en primaire/secundaire ritmestoornissen zijn uitgesloten, moet worden gezocht naar mogelijke andere verklaringen voor acute hartklachten, zoals astma cardiale, decompensatie cordis, pericarditis, endocarditis of longembolieën. De standaard-behandeling na opname van patiënten met deze hartklachten is vastgelegd in protocollen. Aan de tekst van de standaard-cardiologische besluitvorming worden twee algoritmen toegevoegd, één van de bestaande en één van de gewenste situatie.⁴ Uit het eerste algoritme blijkt dat momenteel veel patiënten met acute hartklachten voor onderzoek, behandeling en observatie moeten worden opgenomen, wat logistieke problemen veroorzaakt. De aard en omvang van deze problematiek is met een nulmeting in kaart gebracht. Op basis van deze beschrijving van het totale opname- en behandelingsproces en de resultaten van de nulmeting zijn veranderingen voorgesteld om tot verbetering van de gesignaleerde knelpunten te komen. Deze voorstellen hielden in, dat aan de verschillende diagnosegroepen vijf *urgentiegra-*

daties werden toegekend: onmiddellijke klinische behandeling nodig; vandaag klinische behandeling nodig; binnen drie dagen klinische behandeling nodig; uiterlijk binnen twee weken klinische behandeling nodig; geen medische spoed, klinische behandeling vanaf twee weken tot drie maanden na dato.

behandeltijd voor patiënten met vastgestelde acute hartklachten wordt teruggebracht, dat het aantal onnodige opnames die voortkomen uit het niet kunnen vaststellen van de diagnose na onderzoek vermindert en dat het wachten op de Acute Opvang voor opname op de afdeling Hartbewaking en de cardiologische vervolg-

Doel: wachten voor opname op Hartbewaking en de cardiologische vervolgafdeling komt op de afdeling Acute Opvang niet meer voor

Met behulp van deze urgentieclassificatie is een betere differentiatie mogelijk tussen acuut en niet-acuut. Door het benoemen van enkele discriminerende factoren in de anamnese en met behulp van het ECG kan bovendien in acute gevallen eerder tot behandeling worden besloten, voor men de beschikking heeft over het volledige beeld met behulp van aanvullend onderzoek (enzymdiagnostiek en thoraxfoto). Ook werd een investeringsaanvraag voor de eerste harthulp-diagnostiek gedaan om de diagnose 'acute hartklachten' met meer zekerheid te kunnen vaststellen. Met deze voorgestelde veranderingen hoopt men te bereiken dat de maximale

afdeling tot het verleden behoort. De werkwijze in de wenselijk situatie is vervolgens beschreven in een tweede algoritme (figuur 2).

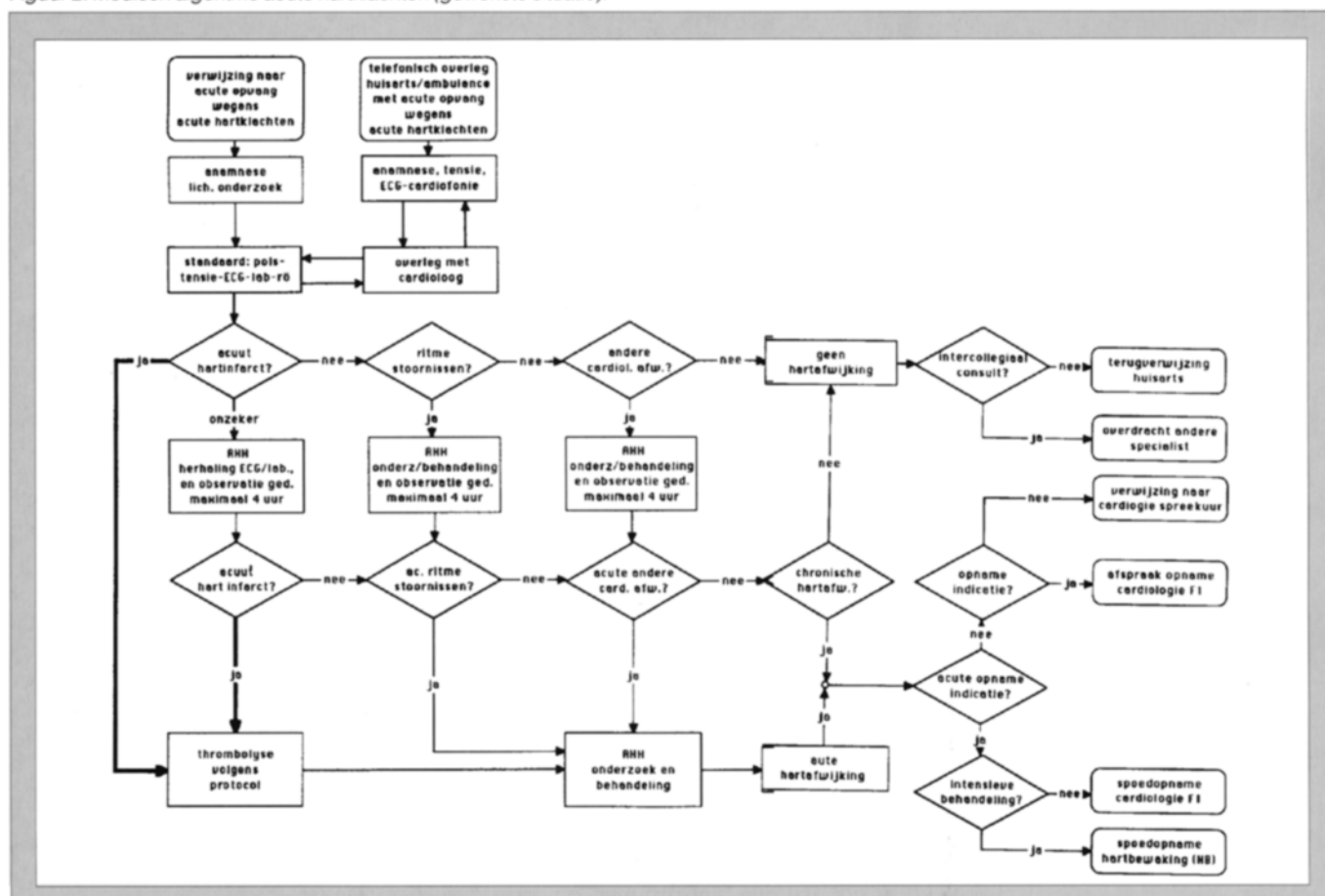
In het zorgplan wordt eveneens met alle betrokkenen - andere professionele disciplines binnen de organisatie, de ambulancedienst/GGD en de regionale huisartsen - afstemming gezocht. Hierdoor voorkomt men onnodige wachttijden als gevolg van onduidelijkheden (figuur 3). Door deze verbetering wordt een genuanceerder opnamebeleid mogelijk.

Bedrijfsvoering

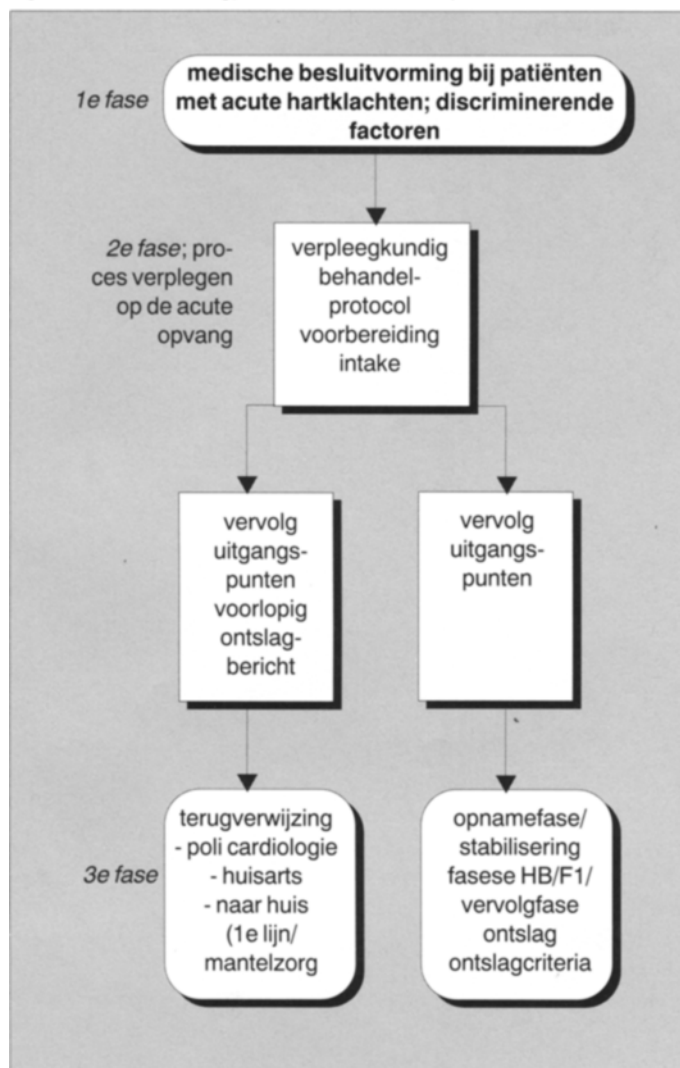
Naast een beschrijving van het zorg-



Figuur 2. Medisch algoritme acute hartklachten (gewenste situatie).



Figuur 3. Standaardzorgplan acute hartklachten processchema.



proces vindt gedurende tien weken een nulmeting plaats. Deze nulmeting is gericht op het in kaart brengen van de omvang van de huidige logistieke problemen bij patiënten met hartklachten. Hiervoor tracht men wachttijden in beeld te brengen in relatie tot de gestelde spoedopname-indicatie, de bezetting van de afdeling Cardiologie en de ontslagdiagnose. Ook de ligduur en de eventuele noodzakelijkheid van vervroegd ontslag worden zichtbaar gemaakt, evenals het gegeven of een patiënt na een bezoek aan de afdeling Acute Opvang meteen naar huis gaat dan wel voor verder onderzoek of behandeling aan een ander specialisme wordt overgedragen. Deze laatste gegevens zijn van belang om enig inzicht te verkrijgen in het vervolgtraject van patiënten die worden terugverwezen of doorverwezen vanuit de afdeling Acute Opvang.

Met behulp van de beschrijving van het zorgproces van patiënten met hartklachten en met de resultaten van de nulmeting kan inzicht worden verkregen in de

de introductie van de vernieuwing samenhangende effecten.

Ook met betrekking tot de kosten wordt een zo volledig mogelijk beeld gegeven: de volledige aanschaf- en installatiekosten (inclusief opleiding, veiligheidsmaatregelen, enz.); verandering in exploitatiekosten (extra personele en materiële kosten, besparingen, enz.).

Tevens kunnen op basis van de verwachte wijziging in de patiëntenstroom uitspraken worden gedaan met betrekking tot mogelijke veranderingen in de budgetparameters (aantal opnamen, verpleegdagen, dagbehandeling, eerste polikliniekbezoeken, aanvragen onderzoek door huisartsen) en in de adherentie (maat voor gerichtheid van inwoners uit de regio op het ziekenhuis).

Een op deze wijze onderbouwde investeringsaanvraag (kwantitatief en kwalitatief inzicht in effecten en kosten) is een gedegen variant op het 'wensenlijstje' van specialisten en afdelingshoofden met betrekking tot investeringsaanvragen. Met behulp van op deze wijze onder-

aard en de intensiteit van de patiëntenstroom en de knelpunten die zich daarin bij ongewijzigd beleid voordoen.

Op basis van veranderingsvoorstellen hiervoor - het afspreken van normen en criteria waaraan de zorgverlening moet voldoen en de introductie van eerste harthulp-diagnostiek - is het mogelijk uitspraken te doen over de nieuwe situatie. Deze uitspraken hebben betrekking op wijzigingen in de patiëntenstroom, op de gesignaleerde knelpunten en op de vraag welke personele en materiële consequenties hieraan verbonden zijn. Op deze wijze ontstaat een zo volledig mogelijk inzicht in de met

bouwde investeringsaanvragen wordt niet alleen intern meer duidelijkheid gegeven over consequenties van een investering, maar is bovendien het ziekenhuismanagement (directie en medische staf) beter geëquipeerd om met het oog op de stelselwijziging zijn besluitvorming naar buiten toe (de verzekeraars) te verantwoorden met gegevens over de kwaliteit en kostenconsequenties.

Uitwisselingsbijeenkomsten

Vanwege de relevantie van het project vindt onderzoek naar de veralgemeenbaarheid ervan plaats in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, met steun van het Nationaal Ziekenhuisinstituut en het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing; WVC heeft vanwege de beleidsrelevantie van het project een subsidie toegekend.

Tussentijds zullen tussentijds uitwisselingsbijeenkomsten worden georganiseerd met andere ziekenhuizen waar kennis over de relevante gebieden aanwezig is of waar hiervoor belangstelling bestaat.

T. VAN DE SCHEPOP,
voorzitter, hoofd Acute Opvang,
Deventer Ziekenhuis

MW IR M.A.A. SCHOOL,
projectleider NZI

Beiden zijn verbonden aan de projectgroep Eerste Harthulp, die verder bestaat uit: dr D.J. Steensma, kwaliteitscoördinator; dr H. Groeneveld, cardioloog; G.J.M. Ruppert, hoofd Hartbewaking, T.J.M. van Diemen, verpleegkundige Acute Opvang; dr P.P.J. Touw, CBO; en drs H van Vondel, NZI.

Noten

1. Onder 'kwaliteit' wordt hier verstaan: functionaliteit van de zorg (de zorg moet voldoen aan de reële behoeften van de patiënt), effectiviteit (het professionele doel van onderzoek en behandeling moet worden bereikt), efficiency (de zorg moet doelmatig worden verleend) en bejegening (de zorg moet patiëntvriendelijk worden geleverd).

2. Het project 'Standaard Zorgplannen (SZP)' kwam tot uitvoering binnen het NZR/LSV-project 'informatievoorziening ten behoeve van zorgprocessen in ziekenhuizen' (IZP, 1988 - 1991).

3. De inrichting van een afdeling Eerste harthulp, waarbij ook gebruik wordt gemaakt van telemetriefaciliteiten voor huisartsen, stelt het ziekenhuis in staat tot vervroegde diagnostiek van hartproblemen, waardoor bij patiënten eerder een diagnose kan worden gesteld, onnodige opnames en interne verhuizingen kunnen worden voorkomen en een juist gebruik kan worden gemaakt van de bezette hartbewakingsafdeling.

4. Een medisch algoritme beschrijft de logische volgorde van de meest voorkomende medische beslissingen en de daarop volgende activiteiten en uitkomsten. Het geeft inzicht in de gebruikelijke gang van zaken binnen een zorgproces; dit vergemakkelijkt het maken van werkspraken. De medicus kan het algoritme in de dagelijkse praktijk ook benutten voor 'decision support' en voor toetsing van de zorgverlening.

Introductie van Fins model gezondheidscentra

V E R S L A G V A N E E N S T U D I E B E Z O E K

SINDS HET EIND van de jaren zestig groeide het bewustzijn dat de traditionele huisarts met een solo-praktijk beperkte mogelijkheden bood voor intercollegiale toetsing en vergroting van efficiëntie. Bovendien voldeed deze monodisciplinaire benadering steeds minder aan de veranderende gezondheidszorgbehoefte van de bevolking. Deze inzichten leidden tot een concentratie van de zorg in duo- en groepspraktijken en in multidisciplinaire gezondheidscentra. De overheid stimuleerde de totstandkoming van deze gezondheidscentra om tegenwicht te bieden aan de ongebreidelde groei van specialistische zorg en ziekenhuiszorg.¹ Een gezondheidscentrum werd gedefinieerd als een "geformaliseerde samenwerking van ten minste huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werk in een gebouw". Evaluatie heeft aangetoond, dat de groei van het aantal gezondheidscentra sterk is achtergebleven bij de verwachtingen. Volgens Boerma is dit deels te wijten aan het gebrek aan overheidsinstrumenten om het beleid kracht bij te zetten en deels

B. de Jong

In ons land is onlangs besloten tot afschaffing van het stimuleringsbeleid voor gezondheidscentra. In Finland is echter aangetoond dat de gezondheidscentra, ook zonder de nadruk op het één-locatiemodel, als organisatorisch concept van grote waarde zijn voor een sterke, geïntegreerde lijn.

aan lokale factoren, zoals de politieke kleur van burgemeester en wethouders.² Vanwege de huisvestingseis kwamen de gezondheidscentra alleen in nieuwbouw-

gebieden van de grond. Het stimuleringsbeleid is inmiddels afgeschaft.

Finse gezondheidszorg

In Finland is het verstrekken van gezondheidszorg al meer dan 450 jaar de verantwoordelijkheid van de overheid. De nationale en de lokale overheid zijn samen verantwoordelijk voor de financiering, de planning, de organisatie, etc. (zie kader). De prioriteiten die de laatste decennia in de Finse gezondheidszorg werden gesteld, kwamen min of meer overeen met die in andere Europese landen. Zo lag de nadruk in de jaren veertig vooral op de zorg voor moeder en kind,³ het fundament van de huidige eerstelijnsgezondheidszorg.⁴

In het begin van de jaren zeventig was de gespecialiseerde ziekenhuiszorg van hoog niveau, maar de poliklinische en de eerstelijnszorg waren onderontwikkeld. Wel waren er particuliere initiatieven op dit gebied. Om ook deze niet-publieke zorg voor alle Finnen bereikbaar te maken, werd hiervoor een verplichte ziektekostenverzekering geïntroduceerd. 

Organisatie en financiering Finse gezondheidszorg

De gezondheidszorg in Finland is voor het overgrote deel opgezet als een publieke voorziening. Daarnaast bestaat een privé-sector, met name op het gebied van de ambulante zorg. In de publieke sector spelen twee soorten zorgverstrekkers een belangrijke rol: gezondheidscentra en ziekenhuizen. De gezondheidscentra hebben een breed takenpakket; zij leveren alle vormen eerstelijnsgezondheidszorg. De gemeenten, of een federatie van gemeenten, zijn eigenaars van deze centra en verantwoordelijk voor de verstrekking van de zorg. De centra hebben een verzorgingsgebied van minimaal 10.000 mensen. Ook de zie-

kenhuizen zijn eigendom van federaties van gemeenten. Deelname aan deze federaties is verplicht en is per regio georganiseerd. Er zijn 21 ziekenhuisregio's, met een verzorgingsgebied van 80.000 tot meer dan een miljoen mensen. Beide sectoren zijn strikt gescheiden, maar de federaties ten behoeve van eerstelijnszorg zijn meestal te vinden binnen de ziekenhuisregio's.

De gezondheidszorg wordt voornamelijk gefinancierd uit belastinggelden (zie tabel). Ten aanzien van de publieke zorg sluist de nationale overheid haar bijdrage, via administratieve lokale organen (niet verbonden met de

gemeentelijke overheid) direct door naar de federaties. Ook de gemeente betaalt haar bijdrage aan deze federaties. Voor de bevolking is de zorg vrij toegankelijk, maar voor bepaalde voorzieningen gelden eigen bijdragen. De financiering van de niet-publieke zorg is anders geregeld. Iedereen is hiervoor verplicht verzekerd; de premie wordt met de belasting geïnd en is individueel en nominaal. De kosten van deze zorg worden direct aan de patiënt in rekening gebracht; de verzekering betaalt de patiënt een vergoeding achteraf van 40%-45%. In 1988 besteedde Finland 7,2% van zijn bruto nationaal produkt aan de gezondheidszorg. Voor Nederland was dat in hetzelfde jaar 8,6%.

Desondanks kon niet aan de behoefte aan eerstelijnszorg worden voldaan en was er sprake van sociaal-economische verschillen bij het gebruik.⁵ Politieke en professionele druk leidden in het begin van de jaren zeventig tot een grondige evaluatie van het gezondheidszorgbeleid, wat resulteerde in de 'Primary Health Care Act' in 1972.⁶

'Primary Health Care Act'

Het doel van de 'Primary Health Care Act' was het creëren van een *geïntegreerde ontwikkeling van de eerstelijnszorg*, het ontwikkelen van de eerste lijn in plaats van de (veel duurdere) ziekenhuisvoorzieningen en het streven naar gelijkheid tussen regio's in beschikbaarheid van gezondheidszorg. De verantwoordelijkheid voor de eerstelijnszorg werd gedelegeerd aan de gemeenten en de planning van de gehele eerste lijn werd geïntegreerd. Ten behoeve van de integratie van de zorg op lokaal niveau werd een netwerk van gezondheidscentra gevestigd. De staat stimuleerde dit door van elke investering in de eerste lijn een bepaald deel, afhankelijk van de bevolkings-

Overzicht. Taken Finse gezondheidscentra.

taken gezondheidscentra	taken lokale Raad voor de Volksgezondheid, gewoonlijk eveneens ondergebracht in de gezondheidscentra
GVO	gezondheidsmonitoring
zorg voor moeder en kind	Inspectie Volksgezondheid
preventie/behandeling besmettelijke ziekten	arbeidsinspectie
screening	preventie watervervuiling
ambulancevervoer	voedingsinspectie
tandheelkundige zorg	
schoolgezondheidszorg	
bedrijfsgezondheidszorg	
poliklinische zorg in de gezondheidscentra	
klinische zorg in de gezondheidscentra, met name zorg voor bejaarden, chronisch zieken, etc.	
thuiszorg	

Bron: Vohlonen et al, 1989.

overzicht), zodat er een hoge integratiegraad wordt bereikt. Bijna alle gezondheidscentra hebben een lokaal ziekenhuis met bedden voor observatiepatiënten en voor patiënten met minder ernstige of chronische aandoeningen. In tegenstelling

tot de Nederlandse gezondheidscentra vindt de zorgverlening in veel gevallen

niet plaats in één gebouw met faciliteiten, maar verspreid over de stad of regio: een gezondheidscentrum is in Finland vooral een organisatorische eenheid. In 1987 vond ongeveer 75% van alle patiëntcontacten plaats in gezondheidscentra.⁷ Een recente evaluatie van de Finse gezondheidszorg heeft opnieuw de unieke verdiensten in termen van gezondheidswinst aan het licht gebracht.⁴ Er werd echter ook gewezen op de voorgestelde hervormingen in de financiering van de gezondheidszorg, die een bedreiging vormen voor de huidige veelomvattende eerstelijnszorg.

Hervormingsvoorstellen

De voortdurende stijging van de uitgaven aan gezondheidszorg, de dalende productiviteit en de huidige economische recessie zijn aanleiding geweest tot hervormingsvoorstellen. De kern van de voorstellen is een radicale verandering van het staatssubsidiesysteem. De huidige doeluitkeringen voor gezondheidszorg - 35%-65% van de investeringen - worden vervangen door een *totaalbudget* voor onderwijs, welzijn en gezondheidszorg. Daarbinnen stelt elke

gemeente haar eigen prioriteiten, maar de overheid behoudt het vetorecht over grote investeringen. Het budget wordt gerelateerd aan omvang en welstand van de populatie. Concreet betekent dit, dat de staatssubsidie in het nieuwe systeem direct aan de gemeenten wordt uitgekeerd en niet meer, zoals in het oude systeem (zie tabel), aan de federaties die een gezondheidscentrum of ziekenhuis exploiteren.

Deze vorm van budgetteren is de belangrijkste prikkel om efficiënter te werken. De gemeenten, gerepresenteerd door de gezondheidscentra, gaan zorg inkopen op basis van de geschatte behoefte in de populatie. Zij krijgen de vrijheid om bijvoorbeeld minder zorg te kopen in de - duurdere - universiteitsziekenhuizen en meer in algemene ziekenhuizen of de gezondheidscentra zelf.

Samenvattend kan worden gesteld, dat in dit voorstel decentralisatie en kostenbeheersing centraal staan. Dit voorjaar is men met de uitvoering van de hervormingen begonnen.

Kansen en bedreigingen

De hervormingen brengen zowel kansen als bedreigingen voor de eerste lijn met zich mee. De gezondheidscentra krijgen de taak de behoefte aan gezondheidszorg van de bevolking te schatten en op basis daarvan zorg in te kopen. Dit schept nieuwe, ongekende mogelijkheden voor de gezondheidscentra. Bovendien ontstaat een duidelijke prikkel om patiënten binnen het eigen centrum te behandelen en niet door te verwijzen naar een gespecialiseerde, dus duurdere voorziening, tenzij dit strikt noodzakelijk is.

Anderzijds valt op grond van ervaringen elders te verwachten dat, zonder

Een gezondheidscentrum in Finland is vooral een organisatorische eenheid

omvang en de welstand, voor haar rekening te nemen. Dit heeft onder meer geleid tot de toewijzing van meer personeel, met name artsen. Daarnaast waren de salarissen voor artsen in gezondheidscentra hoger dan in het ziekenhuis.

Dit beleid werd tot de jaren tachtig in grote lijnen onveranderd voortgezet. In 1984 werd ook de planning van de eerstelijnszorg en de maatschappelijke dienstverlening geïntegreerd.

Netwerk van gezondheidscentra

Op dit moment bestaat er in heel Finland een extensief netwerk van gezondheidscentra. In totaal zijn er 223 centra, waarvan er 106 meer dan één gemeente als werkgebied hebben. De taakbreedte van deze gezondheidscentra is erg groot (zie

Tabel. Financieringsbronnen Finse gezondheidszorg.

financieringsbron	percentage van de totale kosten
nationale overheid	34
gemeentelijke overheid	34
patiënten	18
ziektelkostenverzekering	11
werkgevers en overige bronnen	34

Bron: Ministry of Social Affairs and Health, 1990

centrale sturing, de druk om meer geld te besteden aan ziekenhuiszorg zal toemen. De 21 federaties voor ziekenhuiszorg hebben waarschijnlijk meer invloed op de verdeling van gelden dan de 460 gemeenten en de 220 gezondheidscentra, ook al omdat veel professionals en volksvertegenwoordigers prioriteit geven aan gespecialiseerde ziekenhuiszorg. Het is mogelijk dat de gezondheidscentra zullen uitgroeien van verstrekkers van eerstelijnszorg tot dergelijke gespecialiseerde voorzieningen, een trend die in de grote steden nu al waarneembaar is. Tevens wordt de veelomvattendheid van de eerste lijn bedreigd. Verwacht kan worden dat meer nadruk zal komen te liggen op curatieve zorg ten koste van preventieve zorg, omdat de effectiviteit hiervan moeilijk aantoonbaar is.

Tot slot

Bij bestudering van de Finse gezondheidszorg komen mijns inziens minstens twee interessante gezichtspunten voor Nederland naar voren. Nederland heeft onlangs besloten tot afschaffing van het stimuleringsbeleid voor

gezondheidscentra, omdat het onvoldoende succesvol was. Dit gebrek aan succes werd mede veroorzaakt door huisvestingsproblemen.² De Finse benadering toont echter aan dat het concept van gezondheidscentra ook zonder de nadruk op het één-locatiemodel als organisatorisch concept van grote waarde kan zijn voor een sterke, geïntegreerde eerste lijn. Ten tweede mag duidelijk zijn dat Finland (met zijn nationale gezondheidszorg) en Nederland (met zijn verzekeringsstelsel) worden geconfronteerd met een aantal vergelijkbare problemen, zoals stijgende kosten en een gebrek aan prikkels om efficiënt te werken. Ook de gekozen oplossingsrichting - het introduceren van markelementen - is niet nieuw, maar wordt in veel Europese landen als panacee omarmd. Hierin ligt echter ook een belangrijke bedreiging voor een sterke, veelomvattende eerstelijnszorg, tenzij financiers het belang van de zorgsoort erkennen en bereid zijn de integratie van de eerstelijnszorg bijvoorbeeld door het Finse concept van gezondheidscentra te beschermen (Finland) c.q. te stimuleren (Nederland). In de komende tijd zal duide-

lijk worden hoeveel belang zij hieraan hechten.

MW B. DE JONG,
Instituut Beleid en Management
Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit
Rotterdam

Met dank aan prof. Sirkka Sinkkonen en prof. Juha Kinnunen, afdeling Beleid en Management Gezondheidszorg, Universiteit van Kuopio, Finland.

Literatuur

1. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Structuurnota Gezondheidszorg. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1974.
2. Boerma GWG. Local housing scheme and political preference as conditions for the results of a health centre-stimulating policy in The Netherlands. Health Policy 1989; 18: 225-37.
3. Peris K. The Finnish Health Policy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1988 (document).
4. WHO Health for all policy in Finland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1991.
5. Pekurinen M et al. Reallocation of resources in favour of primary health care: the case for Finland. World Health Statistics 1987; 49 (4): 313-25.
6. Vohlonen I et al. Reorganizing primary medical care in Finland: the personal doctor program. Health Policy 1989; 13: 65-79.
7. Ministry of Social Affairs and Health. Health Care in Finland. Helsinki: Government Printing Centre, 1990.

BOEKEN

NIUWE PUBLIKATIES

GELETTERD

G. van der Wal. *Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen. Academisch proefschrift.*

WYT Uitgeefgroep, Rotterdam 1992, 208 blz. ISBN 90 6007 651 6.

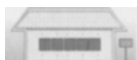
DE DISSERTATIE VAN Van der Wal is de neerslag van een inventariserend onderzoek naar euthanasie en hulp bij zelfdoding door Nederlandse huisartsen in de jaren 1986-1989. Onderzocht is hoe vaak en hoe deze handelingen zijn toegepast, in hoeverre daarna verklaringen van natuurlijke dood zijn afgegeven en wat de redenen geweest zijn om dat te doen. Uit het onderzoek wordt duidelijk dat de incidentie veel lager is dan destijds werd verondersteld. Huisartsen respecteerden de inhoudelijke zorgvuldigheidseisen (uitdrukkelijk verzoek, duurzaam verlangen, etcetera) 'avant la lettre'. Onzorgvuldigheid in het omgaan met procedurele eisen (consultatie collega, documentatie, etcetera) en grote divergentie in de keuze en dosering van middelen, de auteur maakt aannemelijk dat het vigerende overheidsbeleid dit in de hand

werkte. Uit de rapportage wordt duidelijk voor welke morele en praktische dilemma's huisartsen hebben gestaan, maar ook dat er regionale verschillen in gedrag waren. Veel informatie is beschikbaar gekomen omtrent de ziekten en het lijden waarbij het tot doding van patiënten kwam, over de betrokkenheid van mensen bij dit 'sociale gebeuren' en over de ontwikkelingen in het meldingsgedrag en het vervolgingsbeleid. Hoe vaak en in welke situaties alternatieve levensbeeindiging zonder verzoek plaatsvond, wordt in het laatste hoofdstuk besproken.

Materiaal voor zijn studie vond de auteur in processen-verbaal van Justitie. Voordeel hiervan was dat hij zich voor het stellen van de juiste vragen kon baseren op nauwkeurig beschreven gevallen, nadeel was dat er al antwoorden waren voordat de vragen waren gesteld. Het onderzoek is daarom uitgebreid met een enquête. Het onderzoek liep vrijwel gelijk op met dat van Van der Maas c.s. in opdracht van de commissie-Remmelink. Voor zover er sprake was van overlap, heeft deze vooral geleid tot validering van elkaars bevindingen. In tegenstelling tot Van der

Maas beperkt de auteur zich tot huisartsen en betreft hij niet alle beslissingen rond het levenseinde in zijn onderzoek; anderzijds geeft hij meer informatie over het lijden, de omstandigheden en het gebruik van middelen in geval van euthanasie. In het boek zijn de Nederlandstalige artikelen gebundeld die de auteur samen met zijn promotors in 1991 en 1992 heeft gepubliceerd. Jammer genoeg leidt een zodanige compilatie onvermijdelijk tot veelvuldige herhaling van tekstgedeelten. Het bevat evenwel een schat aan informatie die relevant is voor huisartsen, juristen, ethici, politici en allen die aan het debat over euthanasie en hulp bij zelfdoding willen deelnemen.

PROF. DR C.A. DE GEUS

DAGBOEK / 25**Een doodnormale huisartspraktijk**

Vergeet Joris Kranenburg niet!

ZIJN TWEEDE LEVEN duurde niet langer dan zes jaar. Joris Kranenburg bracht het door in een sombere flat, die was volgehangen met door hem zelf ingelijste reproducties van Monet. Er stond een oude piano, waarvan de kast wekelijks minutieus werd schoongepoetst, maar die sinds de verhuizing naar dit verpauperde flatgebouw niet meer was gestemd. Dat kon nog altijd, redeneerde Joris, wanneer de vijfjarige Joost muzikale ambities had. Zijn zoontje tekende liever. Vele malen trof ik hen zo samen in de woonkamer, de man in een verschoten trainingspak, in zijn ene hand een Gauloise en met zijn andere hand door één van de boeken over Claude Monet bladerend, terwijl Joost aan zijn voeten grote witte vellen vol tekende met stiften of met ander speelgoed bezig was. Beethoven, Mozart en een enkele Bach hielden in muzikaal opzicht de wacht over dit huiselijke tafereel, waar ik me bijna een binnendringer voelde.

"Ik ben uit het ziekenhuis weggegaan omdat niemand een woord tegen mij zei. Deleu was naar een congres. Ik heb gisteren de hele dag op dokter Horsten gewacht, maar die is niet verschenen. 's Avonds heb ik een zuster gevraagd of ik de dienstdoende longarts kon spreken, maar dat bleek onmogelijk. Dan vertrek ik maar, zei ik, want er zal wel niets aan mij te doen zijn. Ze gaf me geen ongelijk, al moest ik wel een verklaring ondertekenen dat ik tegen medisch advies het ziekenhuis verliet. Het is eerlijk gezegd tegen mijn gewoonte om zoiets te doen, maar ik hoop dat u mij begrijpt, dokter. Zolang ik me hier koest houd, red ik het. Wanneer Joost uit school is, kan ik op hem passen, zodat Els haar werk kan doen. Zou u trouwens nog even naar de longen van Joost willen luisteren? Hij hoest nog steeds."

Els had de jongste dochter van Joris kunnen zijn, maar ze was zijn tweede vrouw geworden. Haar achternaam was 'Ehrendonck', met - zo voegde ze er bijna altijd automatisch aan toe - een 'h' tussen de 'e' en de 'r', en 'nck' op het einde van het woord. Die naam alleen al maakte haar tot iets bijzonders. Ik schaam me wel eens

dat ik zo snel de namen van patiënten vergeten ben. Bij Els Ehrendonck kon dat domweg niet gebeuren. Haar vader was advocaat geweest en haar moeder had in de hofhouding van de toenmalige koningin Juliana gewerkt. Maar reeds op jonge leeftijd verloor Els haar ouders en hun goede reputatie heeft niet kunnen voorkomen dat ze in een pleeggezin van bedenkelijk allooi belandde om uiteindelijk in een gezinsvervangend tehuis terecht te komen.

Toen ik haar als huisarts leerde kennen, woonde ze net anderhalf jaar alleen op een zolderverdieping en was ze ruim acht

Patrick Bosboom

weken zwanger van Joost. Niemand wist ervan, zelfs Joris niet, die van tijd tot tijd hun eenzaamheid verlichtte met een bezoek aan Els. Al was hij de vijftig ruimschoots gepasseerd, toch was hij direct bereid de vaderrol op zich te nemen. Precies op Kerstmis werd Joost geboren en twee weken later begon met hun huwelijk de episode die Joris Kranenburg als 'zijn tweede leven' omschreef.

In een van de brieven die ik van de kinderarts over Joris ontving, stonden de woorden: vader en zoon hebben een symbiotische relatie. De specialist had wellicht gelijk. Joris kon niet zonder Joost en Joost niet zonder Joris. Het kind deed nog net niet het ouderlijk bed, maar verder waren de twee, voor zover mogelijk, onafscheidelijk. In de weken die voorafgingen aan het overlijden van Joris, wilde Joost zelfs bij zijn vader blijven wanneer deze overdag ging slapen. Els kon het haar kind nauwelijks verbieden. De nachtelijke hoestbuien waren zo verschrikkelijk om aan te horen, dat Joris zelf had besloten met Joost van bed te wisselen. Zowel overdag als 's nachts lag hij dus in het bed van zijn zoon en je kon het kind toch moeilijk de toegang tot zijn eigen kamer ontzeggen. Wanneer Joost 's morgens naast zijn moeder wakker werd, rende hij eerst naar zijn vader. Het was voor mij ook een teken dat het kind iets van het naderende einde begreep, al

mocht er van Joris in aanwezigheid van zijn zoontje niet over de dood worden gesproken.

Zeker, er was sprake van een symbiotische relatie, maar door het psychiatrische jargon waaraan deze omschrijving was ontleend, kreeg de band tussen vader en zoon ten onrechte een negatief stempel, te meer omdat hieruit tussen de regels door ook nog eens conclusies werden getrokken over de astma waar Joost mee kampte. Ik kende namelijk het verdriet dat Joris een kwart eeuw dag na dag met zich meedroeg en waaraan hij in zijn eerste leven eigenlijk al was gestorven. Tussen twee schitterende reproducties van de 'Nymphaeas' met de overblijvende waterlelies stond op een tafeltje een korrelige uitvergroting van een foto met hierop een peuter met alleen een kort, gebreid broekje aan, die met beide armen in de lucht bijna zijn evenwicht leek te verliezen op weg naar de fotograaf. Els vertelde mij later, dat haar man dezelfde foto ook altijd met zich meedroeg in zijn portefeuille.

Joris was geen man die met zijn emoties te koop liep. Om zijn overbezorgdheid voor Joost te verklaren, vertelde hij mij over Karel, een zoontje uit zijn eerste huwelijk, dat aan een hersentumor was overleden. Geen enkele arts nam hem serieus, toen hij had ontdekt dat de ontwikkeling van Karel plotseling stagneerde en nader onderzoek vroeg. Het kind leek slechter te gaan zien, de spraak ging achteruit en ook het loopgedrag werd steeds onzekerder. Men sprak over een tijdelijke achteruitgang na een griep en meende dat de vader te veel op de prestaties van zijn zoontje gericht was. Na aandringen van Joris werd Karel uiteindelijk in een academisch ziekenhuis opgenomen, maar toen was het al te laat; nog geen maand nadien overleed het kind. Het werd begraven op een kerkhof bij hen in de buurt, waar Joris het graf tot kort voor zijn dood tweemaal per jaar verzorgde. Het overlijden van Karel leidde tot ondraaglijke spanningen in de echtelijke relatie. Na de scheiding vluchtte Joris het land uit; als staalarbeider in





Duitsland, druiven- en olijvenplukker in Spanje en vrachtwagenchauffeur in België probeerde hij tevergeefs het intense verdriet van zich af te schudden. "Begrijpt u, dokter, waarom ik mij soms zoveel zorgen maak over Joost?"

Van zijn kant kwam er astma in de familie voor. Met een pakje Gauloises per dag hoef je jezelf dan weinig illusies te maken omtrent een afdoende remedie tegen het hoesten. Joris Kranenborg beseftte dat. Misschien informeerde hij daarom niet naar de uitslag van een longfoto die ik eens had aangevraagd omdat ik van zijn zoon ook een röntgenfoto wilde hebben. Het zit me soms nog dwars dat de uitslag ook aan mijn eigen aandacht is ontsnapt. Daardoor hebben we drie of vier kostbare maanden en wellicht een niet in geld uit te drukken deel van een mensenleven verspeeld. De longarts kon louter nog de radiotherapeut inschakelen. Die belde me een kwartaal later op om mij van de situatie van de man op de hoogte te stellen.

Ik verbaasde me over deze persoonlijke betrokkenheid, maar de ware reden van zijn telefoontje was dat de patiënt had geklaagd over de geringe aandacht die zijn huisarts voor hem had. "Vergeet Joris Kranenborg niet, collega, want hij heeft uw zorg hard nodig." Ik kan me niet herinneren dat ik ooit op dergelijke wijze ben terecht-gewezen. Nog diezelfde middag had ik een lang en gelukkig goed gesprek met Joris Kranenborg, wiens naam sindsdien in mijn geheugen staat gegrift.

"De dokter komt papa beter maken", was het antwoord van Joris op de vraag van Joost wat ik tijdens mijn wekelijkse bezoek kwam doen. Later werd het: "De dokter probeert papa beter te maken", maar deze nuancering zal het kind zijn ontgaan. In medisch opzicht was er sprake van een nogal weinig subtiel spel met medicamenten, waarbij de ernst van de bijwerkingen meer dan eens het verhoopte positieve effect teniet deed. De man zwol op, klaagde over duizeligheid en pijn, voelde zich voortdurend misselijk en hoestte lelijke fluimen bloed op. Wat wil je anders, wanneer je even fanatiek doorgaat met roken, hield ik mijzelf voor. Om mijn inzet te tonen belde ik bij hem thuis de longarts, een internist of de apotheker. En om mijn geweten te sussen organiseerde ik voor hem

een bezoek aan een tentoonstelling met werk van Claude Monet.

Kort hierna traden er onderhuidse bloedingen op. Ooit had iemand tegen Joris Kranenborg gezegd dat dergelijke bloeduitstortingen wijzen op uitzaaiingen in de lever en dat je dan binnen een maand dood bent. Op verzoek van de man regelde ik een kortdurende opname bij de longarts om na te gaan of het inderdaad zover was.

Twee dagen na het overlijden van Joris Kranenborg schreef ik zijn vrouw een brief, die ik adresseerde aan "Mevrouw E. Ehrendonck". Els heeft de inhoud ervan bijzonder op prijs gesteld, maar vroeg zich af waarom ik haar niet had aangeschreven als "Mevrouw E. Kranenborg-Ehrendonck"; ze waren toch immers getrouwd! Dat was - zo leek het - een pijnlijke vergissing. Maar misschien was het toch geen vergissing. Omdat ze werkte, trof ik haar zelden overdag bij Joris en wanneer ik haar wel ontmoette, leek ze vaak op een merkwaardige manier afwezig te zijn. Daarmee wil ik niets negatiefs over haar zeggen, want voor Joris en 'Joostje' was ze altijd heel erg zorgzaam en tegenover mij bijna meer dan beleefd. Voor zover ik haar kon begrijpen, heb ik Els altijd gewaardeerd en die waardering neemt nog steeds toe wanneer ik van haar en anderen hoor hoe zij Joost heeft opgevangen, die na de dood van zijn vader op onwillekeurige momenten van de dag huilbuien kreeg, waarbij het kind werkelijk ontroostbaar was.

Joris heeft zich veel zorgen gemaakt over zijn zwijgzame vrouw. Een week na zijn voortijdige vertrek uit het ziekenhuis vroeg hij mij hoe hij zich het best ten opzichte van Els kon opstellen. Al had hij dan niet de uitslag van de onderzoeken gekregen en wist hij met name niet of de longkanker naar de lever was uitgezaaid, toch voelde hij dat hij spoedig ging sterven. Het was een indringend gesprek, zonder Joost aan zijn voeten en Beethoven, Mozart of Bach als muzikaal decor. Ik opperde bij die gelegenheid dat hij enkele cassettebandjes zou inspreken, want tot schrijven was de man niet meer in staat.

Mijn advies heeft hij niet opgevolgd. Achteraf betwijfel ik of ik het wel had moeten geven. Joost was geen man om

zomaar voor een microfoon te gaan praten. Bovendien was hij geestelijk weliswaar helder, maar kon hij zich heel moeilijk concentreren. Ook lichamelijk was hij verzwakt. Al ontving hij mij steevast in de woonkamer, toch had Els mij al toevertrouwd dat hij grote delen van de dag op het bed in de kamer van Joost lag te slapen.

Een van zijn laatste wensen was, dat iemand hem mee zou nemen naar het kerkhof waar Karel begraven lag: nog eenmaal wilde hij het graf van zijn zoontje verzorgen. Helaas is het er niet meer van gekomen. Op zoek naar een asbak viel de man met zijn hoofd tegen de rand van een tafel. De bloedneus die hiervan het gevolg was, was nauwelijks meer te stelpen en boven de ogen was een lelijke wond ontstaan. "Ik voel me weer als de bokser die ooit ben geweest", zei hij nog met gevoel voor humor. Dat waren de laatste woorden die ik uit de mond van Joris heb gehoord.

Midden in de nacht belde Els mij op dat 'het zover was'. Bijna als een kind lag hij in elkaar gedoken in het bed van Joost. Els wilde niet dat haar zoon zou worden gewekt en nog geen uur later werd het lichaam door de begrafenisondernemer overgebracht naar de rouwkapel van het ziekenhuis. Toen het licht werd en Joost ontwaakte, rende het kind voor de eerste maal niet meer onmiddellijk naar zijn slaapkamer, maar bleef het naast zijn moeder liggen zonder een woord te zeggen.

'Professioneel kiezen 1992'

KERNPUNTEN UIT DE GELIJKNAMIGE KNMG-CONFERENTIES

Onder de titel 'Professioneel kiezen' heeft de KNMG, met steun van WVC, eind vorig jaar elf korte conferenties gehouden in het kader van de publieksdiscussie over 'Keuzen in de zorg'. Achtereenvolgens waren er bijeenkomsten in Utrecht, Groningen, Alkmaar, Den Haag, Heerlen, Enschede, Leiden, Eindhoven, Roosendaal, Nijmegen en Amsterdam. Drie thema's stonden centraal: 'Verantwoorde zorg: kaf en koren', 'Professionele autonomie' en 'Communicatie; protocollen en doelmatigheid'. De tijdens de conferenties gevormde meningen en visies zullen de basis vormen voor in de toekomst te formuleren beleid. De kernpunten gaan hierbij. (Een breder inhoudelijk verslag van de rondgang was vervat in het verslag van de 206de Algemene Vergadering, afgedrukt in MC nr. 5/1993, blz. 153, punt VI: 'Voorlopige rapportage over de regionale KNMG-bijeenkomsten 'Keuzen in de zorg'.)

Kernpunten

1. Professionele autonomie is een mandaat dat de samenleving aan de beroepsgroep geeft om het belang van de patiënt optimaal te kunnen behartigen. Daaruit vloeit voort dat de arts de plicht heeft op verantwoorde wijze met die vrijheid om te gaan, en daarover ook verantwoording aflegt. Verantwoord handelen = doelmatig en kwalitatief hoogstaand.
2. Artsen kunnen alleen alle zorgmogelijkheden aanwenden voor hun patiënt indien er
 - 1) een aangetoonde behoefte aan zorg is en
 - 2) van deze zorg de effectiviteit vaststaat.
3. De beperking van de omvang van de kosten van de gezondheidszorg is een legitieme taak van de politiek, en dient uit te monden in helder en consistent overheidsbeleid.
4. Ten koste van alles moet worden vermeden dat de arts in de spreekkamer op individueel niveau wordt gedwongen te kiezen tussen verschillende patiënten.
5. Een discussie over de omvang van het verstrekkingenpakket is onontkoombaar. Daarbij heeft de politieke besluitvorming het primaat, doch heeft de beroepsgroep ook een taak.
6. Eigen risico's en eigen bijdragen kunnen zinvolle instrumenten zijn om het gebruik van gezondheidszorg terug te dringen.
7. Ongezonde gewoonten mogen geen invloed hebben op de omvang en kwaliteit van zorg, wel op de hoogte van de verzeke-

ringspremies of op belastingen/accijnzen.

8. Gebrek aan communicatie tussen artsen speelt een rol bij het ontstaan van wachtlijsten. Verschillen in honoreringssystematiek tussen instellingen, specialisten en huisartsen maken het moeilijk een efficiënt zorgstelsel te creëren.
9. Er zijn nog onvoldoende protocollen betreffende de samenwerking tussen eerste en tweede lijn.
10. Artsen mogen voor doelmatig handelen niet worden bestraft.

Taken voor de beroepsgroep/KNMG

1. Het ontwikkelen van een gedachtengang over wat het begrip 'noodzakelijke zorg' inhoudt en het doen van voorstellen voor een verstrekkingenpakket dat een inhoudelijke toets kan doorstaan.
2. Bevorderen dat er voldoende informatie voor artsen beschikbaar komt over de kosten en de gezondheidseffecten van medisch handelen.
3. Verbeteren van de communicatie tussen eerste en tweede lijn, wegnemen van de belemmeringen door de honoreringsstructuur op dit punt, bevorderen van het opstellen van samenwerkingsprotocollen.
4. Verbeteren van nascholing, certificatie en bijscholing.
5. Het instellen van een commissie om te definiëren wat lage-kansgeneeskunde is en wat laag-rendementgeneeskunde is.
6. Stimuleren van het geven van algemene voorlichting en gezondheidsvoorlichting.

KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij
tot bevordering der Geneeskunst
Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
Tel. 030 - 823911

Postadres

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

Postgironummer

58083-AMRO banknummer 45 64 48 969

KNMG-informatielijn

030-823339

KNMG-antwoordapparaat

030-823201

Telefax

030-823326

Dagelijks bestuur

R.H. Levi, voorzitter;
mw J.G.M. Lanphen, ondervoorzitter,
H. Knook
G. Booy
dr G.M.H. Tanke
E. Iwema Bakker

Secretariaat

Th.M.G. van Berkestijn, secretaris-generaal
dr R.J.M. Dillman, secretaris-arts
mw Dr W.R. Kastelein, secretaris-jurist
R.J. Mulder, secretaris Verenigingszaken en PR
K. Theunissen, hoofd financieel-economische
en administratieve zaken

LHV

Landelijke Huisartsen Vereniging

drs Chr.R.J. Laffrèe, algemeen directeur
mw J.G.M. Venneman, informatrice

LSV

Landelijke Specialisten Vereniging

drs H.Th.J. Spaan RA, directeur a.i. en J.H. v. Doorn-Knul,
hoofd communicatie

LAD

Landelijke vereniging van Artsen
in Dienstverband

mr A.W.J.M. van Bolderen, directeur
mw J.C. Steenbrink, secretaresse

LVSG

Landelijke Vereniging van

Sociaal-Geneskundigen
A.L.J.E. Martens, directeur
mw J.A. van Walderveen-van der Louw,
secretaresse

CC

Centraal College voor de erkenning en registratie van
medische specialisten

mw mr H.A. van Andel, secretaris
mw C.S. de Jong, secretaresse

CSG

College voor Sociale Geneeskunde

A.L.J.E. Martens, secretaris
mw C.S. de Jong, secretaresse

CHVG

College voor Huisartsgeneeskunde en

Verpleeghuisgeneeskunde
mr J.C. de Hoog, secretaris
mw C.S. de Jong, secretaresse

SRG

Specialisten Registratie Commissie

dr J. Felderhof, secretaris
mw Mr H.H. van den Berg, directeur

SGRC

Sociaal-Geneskundigen

Registratie Commissie
mw Mr P.A. van Tilburg-Hadders, secretaris
mw D. Hennevelt-Wolters, secretaresse
Dagelijks telefonisch bereikbaar van 9.00-12.00 uur.

HVRC

Huisarts en Verpleeghuisarts

Registratie Commissie
dr L.R. Kooij, algemeen secretaris
N.F. de Piper, secretaris
mw Drs E.T. Wismeijer, chef de bureau

Bibliotheek

prof. dr M.J. van Lieburg, bibliothecaris
p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425,
Amsterdam.

Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen

E. Iwema Bakker, voorzitter
bureau-adres Lomanlaan 103,
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911.

De besturen van de KNMG en haar organen zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het officieel gedeelte en de berichtgeving vanuit de verenigingen.

A M B U L A N T

- 18 MAART - DO.

Landbouw Universiteit Wageningen:
avondsymposium 'Genen, spanning tussen techniek, ethiek en politiek', georganiseerd door de medische afdeling van het Thijmgenootschap.
Inlichtingen: dr V.G.H.J. Kirkels, tel. 04120-21911.

- 18 T/M 20 MAART - DO.T/M ZA.

World Trade Center Rotterdam:
internationale conferentie 'Dysfunctions of mind and body in the elderly'.
Informatie: conferentiesecretariaat, tel. 010-4367577.

- 19 MAART - VR.

Hotel Maastricht te Maastricht:
conferentie 'Nieuwe transmurale modellen: van innovatie naar implementatie'.
Inlichtingen: P.H.A. Reniers, tel. 043-882317.

- 19 MAART - VR.

Academisch Medisch Centrum Amsterdam:
PAOG-vervolgcursus 'Pijnklachten van het bewegingsapparaat, diagnostiek en behandeling'.
Inlichtingen: bureau PAOG-Amsterdam, Carla Schoof, tel. 020-5664801.

- 23 MAART - DI.

Gebouw van de vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie te Utrecht:
Capita Selecta Gezondheidsrecht. Forumbijeenkomst: Stelselwijziging.
Inlichtingen: mw L. Boonekamp, tel. 030-538111.

- 23 MAART - DI.

Vrije Universiteit Amsterdam:
symposium 'Patiënt, zorg en begeleiding'. Doelgroep: verpleegkundigen, verzorgenden, psychosociaal begeleiders.
Inlichtingen: Stichting Sympoz, tel. 020-6474776/02975-62575.

- 24 MAART - WO.

Vrije Universiteit Amsterdam:
symposium 'Marktgericht zorgen'. Doelgroep: verpleegkundigen, verzorgenden, psychosociaal begeleiders.
Inlichtingen: Stichting Sympoz, tel. 020-6474776/02975-62575.

- 25 MAART - DO.

Domus Medica te Utrecht:
congres Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen 'Preventie van arbeidsongeschiktheid door sociaal-geneeskundigen'.
Inschrijving/informatie: bureau LVSG, tel. 030-823208.

- 25 MAART - DO.

Bestuursgebouw van de Technische Universiteit Eindhoven:
multidisciplinaire cursus in de Gerontologie, georganiseerd door de Stichting Benelux-Uni-

versitair Centrum in samenwerking met de Universiteit van Nebraska USA.
Inlichtingen: Stichting Benelux-Universitair Centrum, tel. 04192-20005.

- 25 EN 26 MAART - DO.-VR.

Medische Faculteit van de Erasmus Universiteit Rotterdam:
cursus 'Revalidatie bij traumatisch hersenletsel'.
Inlichtingen: tel. 010-4639222.

- 26 MAART - VR.

Haarlem:
Boschieterssymposium 'Hypertensie bij ouderen'.
Inlichtingen: mw mr M.A.P. Verhoeven-Reijnders, tel. 04780-84765.

- 29 MAART T/M 1 APRIL - MA.-DO.

Academisch Medisch Centrum en Vrije Universiteit Amsterdam:
PAOG-cursus 'Kindergeneeskunde'.
Inlichtingen: bureau PAOG-Amsterdam, J.M. van Dam, tel. 020-5664801.

- 30 MAART EN 13 APRIL - DI.

Faculteit der Geneeskunde VU, Amsterdam:
cursus 'Psychogeriatric'; op 30 maart 'Dementie: diagnose en behandelbeleid, op 13 april 'Delier en depressie'.
Informatie: Stichting Postuniversitair Onderwijs, mw K. van Reenen, tel. 08880-51554, b.g.g. 03455-76642.

- T/M 25 APRIL -

Amsterdams Historisch Museum:
tentoonstelling 'Steekhoudend vakwerk; honderd jaar professionele verpleging in Nederland'.
Afdeling Public Relations, tel. 020-523182.

- 1 APRIL - DO.

Het Leeuwenhorst Congrescentrum te Noordwijkerhout:
symposium over 'Nieuwe zorg voor de zieke mens' onder de titel 'Vorm en inhoud van het ziekenhuis van de 21ste eeuw'.
Inlichtingen: Leffelaar Organisatiebureau, tel. 020-94/6655544.

- 1 APRIL - DO.

Bestuursgebouw van de Technische Universiteit Eindhoven:
multidisciplinaire cursus in de Gerontologie, georganiseerd door de Stichting Benelux-Universitair Centrum in samenwerking met de Universiteit van Nebraska USA.
Inlichtingen: Stichting Benelux-Universitair Centrum, tel. 04192-20005.

- 1 APRIL - DO.

Vergadercentrum Vredenburg te Utrecht:
tweede landelijke artsendag sociale geriatrie, georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie.
Inlichtingen: mw L. Boltjes, tel. 070-3469282, O. Fritschy, tel. 08380-33812, mw A.H.M. Klee-mans, tel. 02240-13404.

- 1-2 APRIL - DO.-VR.

Casino Den Bosch te 's-Hertogenbosch:
second international conference on Community Nursing, organized by the Nivel as WHO collaborating centre for Primary Health Care.
Information: Ada Kerkstra, tel. 31 030 319946.

- 2 APRIL - VR.

Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht:
lustrumsymposium CB-artsen 'Sporen of ontspreken'.
Inlichtingen: mw B. de Pree, tel. 04742-1294.

- 2 APRIL - VR.

Kurhaus Hotel, Scheveningen:
congres 'Farma '93; actuele ontwikkelingen in de farmaceutische industrie'.
Inlichtingen: Maureen van Eijk, tel. 010-4349966.

- 2 APRIL - VR.

Stadstheater Zoetermeer:
lustrumsymposium PAOG 'Zorgvernieuwing en schaarste'.
Inlichtingen: bureau PAOG, tel. 010-4087880.

- 8 APRIL - DO.

Katholieke Universiteit Nijmegen:
PAOG-cursus 'Zwangerschap en arbeid', bestemd voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundigen en geïnteresseerde huisartsen.
Inlichtingen: mw G. Willemsen, tel. 080-617051.

- 15 EN 16 APRIL - DO.-VR.

AMC, Amsterdam:
19e congres van de Vereniging voor Epidemiologie 'WEON 1993'.
Inlichtingen: mw drs P.J. Nelemans, tel. 020-5663273.

- 21 APRIL - WO.

De Reehorst te Ede:
studiedag 'Tekebeten, Lyme-ziekte en andere infecties'.
Aanmelding/informatie: Vermande Studiedagen, tel. 03200-22944.

- 21, 22 EN 23 APRIL - WO.-DO.-VR.

Katholieke Universiteit Nijmegen:
3-daagse nascholingscursus 'De bejaarde patiënt'.
Inlichtingen: mw B. Hachmang-Rissenbeek of J.J.M. Muskens, tel. 080-617688/619007.

- 21 EN 22 APRIL - WO.-DO.

Domus Medica te Utrecht:
vervolgconferentie 'Artsen en arbeidsongeschiktheid'.
Inlichtingen: drs W. Mossink, tel. 030-823807.

- 22 APRIL - DO.

Jaarbeurscongreszaal te Utrecht:
het 14e Gerontologie Symposium 'In beweging blijven; artrose bij ouderen'.
Informatie: Stichting voor Gerontologie, tel. 01725-72817.