

MEDISCH CONTACT

Weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nummer 20 – 20 mei – 43e jaargang

In principe kunnen de kosten van de medisch-specialistische zorg op drie manieren worden beperkt, te weten door beheersing van de zorgvraag, van het zorgaanbod en van de bij deze zorg gebruikte middelen. C. Olthoff, organisatiesdeskundige te Nijmegen, gaat in zijn artikel vooral in op de beheersing van het zorgaanbod door middel van een gewijzigde vorm van honorering van de medisch specialisten.

Onlangs is een nieuwe budgetteringsystematiek voor ziekenhuizen vastgesteld. Dr. D. Post, adviserend geneeskundige bij het Regionaal Ziekenfonds Zwolle, geeft kort en schematisch aan wat deze nieuwe budgetteringsystematiek inhoudt. Hij plaats daarbij tevens enkele kritische kanttekeningen.

De manier waarop infertiliteit en in vitro fertilisatie (IVF) door de betrokken paren worden beleefd zou de kans op succes van de IVF-behandeling kunnen beïnvloeden. In hoeverre deze stelling opgaat, is onderwerp van een evaluatie in opdracht van de Ziekenfondsraad. De tweede helft van een bericht uit de vakgroep Economie van de Gezondheidsraad aan de Rijksuniversiteit Limburg, opgesteld door Mw. Drs. H. A. Zalmstra, G. Haan en Dr. A. Ph. Visser.

In het tweede van drie artikelen over substitutievervalsingen tussen kliniek en polikliniek vergelijkt de econometrist Drs. H. M. L. van Tits cijfermateriaal uit de regio's Friesland, Tilburg en Twente met de landelijke gegevens. Het gaat om een aantal geselecteerde specifieke verrichtingen.

Vanuit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut is onderzoek gedaan naar de tevredenheid, respectievelijk de ontevredenheid van patiënten over de zorgverlening door huisartsen. W. A. Meyboom brengt verslag uit, mede namens Dr. A. J. A. Smits, Dr. J. Th. M. van Eyck, Dr. H. G. A. Mokkink en J. van Son. Waarover klaagden zij . . . ?

INHOUD

Budgettering van de specialistische zorg
C. Olthoff – 615

Functiegerichte budgettering voor ziekenhuizen. Meer inbreng van medici noodzakelijk
Dr. D. Post – 618

In vitro fertilisatie: hoop op leven. Slot: Invloed van psychosociale factoren op het succes
H. A. M. Zalmstra, G. Haan en A. Ph. Visser – 621

Substitutie. 2: Substitutievervalsingen in de regio's Friesland, Tilburg en Twente
Drs. M. H. L. van Tits – 623

Nederlands Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie 100 jaar. Oudste wetenschappelijke vereniging bereid en in staat tot veranderen
Prof. Dr. J. M. W. M. Merkus – 627

Waarover klaagden zij . . . ? Een onderzoek naar (on)tevredenheid over de zorg van huisartsen
W. A. Meyboom – 629

Uitspraken Medisch Tuchtcollege te Amsterdam – 633 en 634

Colofon 610 – Colofon officieel 610 – Hoofredactioneel commentaar 611 – Voorzitterskolom LHV 612 – Brieven 613 – Boeken 632 – Uit de Verenigingen 639

Medisch Contact is het weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Bestuur Medisch Contact

Dr. P. van Rosevelt, voorzitter
E. Iwema Bakker, secretaris
Funke Küpperstraat 3, 1068 KL Amsterdam
Mw. G. A. E. Kreek-Weis
R. Bekendam
Dr. J. L. A. Boelen

Redactie Medisch Contact

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris
Mw. Drs. W. G. Juffermans, redactrice
Mw. C. R. van der Sluys, redactrice
Mw. Drs. M. C. A. van Wandelen, redactrice
R. A. te Velde, eindredacteur
Mw. C. M. Schouten, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht, telefoon 030-823384

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoordelijk. 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.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Nederlandse Antillen en in Suriname f 136,99 (inclusief BTW); overige landen f 242,—

Administratie: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.

Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan: het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Advertenties

Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.
Opgave: Tijl Tijdschriften BV
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
telefoon 020-5182.828, telex 15230.
Geldend advertentietarief: januari 1988.

Oplage: 25.000 exemplaren

Druk: Tijl Grafische Bedrijven BV, Zwolle

Bij de voorplaat:

'Het Dolhuis'. Francisco José de Goya 1746-1828.
Real Academia de Bellas Artes de San Fernando, Madrid.

KNMG | LHV | LSV | LAD | LVSG | KNMG

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht, telefoon 030-823911.
Postgironummer 58083-AMRO banknummer 45 64 48 969.
KNMG-informatielijn 030-823339; KNMG-antwoordapparaat 030-823201.

Dagelijks bestuur

W. H. Cense, voorzitter; Prof. Dr. W. J. Schudel en P. C. H. M. Holland, ondervoorzitters; Mw. M. L. van Weert-Waltman; A. M. C. van de Zandt (voorzitter LHV), J. C. F. M. Aghina (voorzitter LAD), Dr. C. M. T. Plasmans (voorzitter LSV) en Mw. Dr. C. Hermann (voorzitter LVSG), adviseurende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; Th. M. G. van Berkestijn, plaatsvervangend secretaris-generaal; G. J. Eikmans en Mw. Mr. W. R. Kastelein, secretarissen; Prof. Mr. W. B. van der Mijl en Dr. H. Roelink, adviseurs; K. Theunissen, hoofd financieel-economische en administratieve zaken.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De afdelingen Ledenbemiddeling, Comptabiliteit, Ledenadministratie, Centrale Verwerking, Buitenland en de Commissies Doktersassistenten en Geneeskundige Verklaringen.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Drs. C. R. J. Laffré, directeur; Mw. J. den Bode-de Graaf, informatrice.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek en Drs. H. Willems, directie.

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mw. Mr. P. Swenker, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG)

Mw. Mr. H. M. H. de Bruijn-Van Beek, directeur; Mw. J. A. van Walderveen-van der Louw, secretaresse.

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. K. J. Jansen-Leter, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. J. A. van Wijk, secretaris; Mw. Mr. H. H. van den Berg, directeur.

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

L. G. Olthmans, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

N. A. Meursing, secretaris-penningmeester, Irislaan 7, 1943 DB Beverwijk, telefoon 02510-25636; postgironummer 111.950 ten name van de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Beverwijk.

Bibliotheek

Prof. Dr. D. de Moulin, bibliothecaris, p.a. Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.

Stichting Dienstverlening Medici

Mw. C. M. Voermans-Neleman, voorzitter Bureau-Adres Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht, telefoon 030-823911

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.

Doelgericht kweken van menselijke pre-embryo's

Blijkens het weekblad van de Rijksuniversiteit Limburg hebben de antropogeneticus Geraedts en de gynaecoloog De Haan bezwaren tegen de afwijzing door de medisch-ethische commissie van de universiteit en het ziekenhuis in Maastricht van een onderzoeksvorstel: 'Chromosomenonderzoek en geslachtsbepaling bij embryo's, ontstaan bij in-vitro-bevruchting'¹. Dit voorstel betreft onderzoek waarbij gebruik zou worden gemaakt van speciaal voor dat onderzoek gecreëerde menselijke embryo's.

Onlangs heeft Geraedts met de ethicus De Wert – overigens zonder de afwijzing van het projectvoorstel te noemen – in het blad *Metamedica* de vraag opgeworpen in hoeverre het beginsel 'eerbied voor menselijk leven' ook op pre-embryo's van toepassing is². Vooral de vraag of men pre-embryo's speciaal mag doen ontstaan ten behoeve van onderzoek is hierbij aan de orde. Er wordt immers een nieuwe stap gezet op een gebied waarvan we ons ernstig moeten afvragen of wij mensen wel het recht hebben dit te betreden.

De in vitro fertilisatie (IVF) heeft de vragen over het gebruik van menselijke (pre)embryo's actueel gemaakt. Het aspireren van alle geschikte eicellen en het bevruchten van drie à vier eicellen en invriezen van de overige eicellen voor het geval de transplantatie lukt, heeft volgens Geraedts en De Wert als bezwaar dat, zoals bij dierexperimenteel onderzoek is aangetoond, uit ontdooide cellen ontstane embryo's vaker dan normaal chromosomale afwijkingen vertonen. Vooral om de patiënte extra overlast te besparen en efficiënt te werken, accepteren sommigen daarom het ontstaan van boventallige (niet bij de eerste transplantatiepoging te gebruiken) en overtollige (niet meer voor transplantatie te gebruiken) pre-embryo's.

Vooraf aan de vraag of men alleen overtollige pre-embryo's voor onderzoek mag gebruiken dan wel of ook het gericht doen ontstaan van pre-embryo's is toegestaan, gaat de vraag of men ongeacht de afkomst wel experimenteel onderzoek bij pre-embryo's mag doen. De Engelse Medical Research Council meende dat zulks is toegestaan, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan³, zoals: het experiment moet betrekking hebben op een wetenschappelijk verantwoord project met een heldere vraagstelling; die vraagstelling dient klinisch en relevant te zijn;

het terugplaatsen van het embryo in de baarmoeder is niet toegestaan; er dient 'informed consent' van de donoren, alsmede toestemming van een medisch-ethische commissie te zijn; en het is niet toegestaan tot verder dan het implantatiestadium te kweken. Blijkbaar heeft men de redenering gevolgd dat het oplossen van wetenschappelijke vragen een belang kan vertegenwoordigen dat dwars op het belang van het embryo kan komen te staan.

Een belangrijk discussiepunt is derhalve de morele status van het embryo. Omdat pre-embryo's nog geen persoon zijn, menen De Wert en Geraedts dat pre-embryo's nog geen recht hebben op bescherming van de menswaardigheid, volgens de regel van Kant: 'Behandel een mens nooit alleen als middel, maar altijd als doel'. De grens zou daar zijn gelegen waar individuatie van het embryo vaststaat doordat splitsing en fusie van het pre-embryo niet meer mogelijk is. Omdat

het experiment tot doel heeft de ontwikkeling van geïmplanteerde embryo's te optimaliseren en toestemming van de 'eigenaars' wordt verkregen. Echter: evenals hij het ontwikkelen van een normale zwangerschap met het doel deze af te breken ten behoeve van een experiment met het embryo, afwijst, evenzo gaat het in vitro creëren van een embryo louter ten behoeve van onderzoek Kuitert te ver. Sommigen achten dit argument te emotioneel⁵.

Bedenkelijk is de wijze waarop De Wert en Geraedts de schaarste aan pre-embryo's als argument opvoeren. Betrouwbare onderzoekresultaten zouden slechts kunnen worden verkregen wanneer met grote getallen pre-embryo's kan worden geëxperimenteerd. Patiënten zouden door het *op dubieuze gronden* onthouden van toestemming voor deze experimenten van optimale medische zorg verstoken blijven.

De kern van het probleem is de vraag hoe beschermwaardig pre-embryo's zijn. De Wert en Geraedts menen op grond van hun *morele intuïtie* dat deze niet hoog is. Ervan afgezien dat ik me ook heel andere morele intuïties kan voorstellen over dat waaraan de mens wel en niet is gehouden, ben ik mét Kuitert van mening dat niet kan worden voorbijgegaan aan het gegeven dat het pre-embryo alle mogelijkheden heeft tot volwaardig mens uit te groeien.

In de toekomst zal men verder gaan en druk uitoefenen om menselijke foeten te kweken, bijvoorbeeld om voor patiënten met de ziekte van Parkinson heilzaam hersenweefsel te verkrijgen. Het is begrijpelijk dat een onderzoeker er moeite mee heeft te accepteren dat een weg die hij ziet om bij te dragen aan de oplossing van een belangrijk medisch probleem, wordt geblokkeerd. De casus toont echter aan hoe noodzakelijk het is dat anderen dan de direct betrokken personen en andere dan de direct betrokken disciplines zich uitspreken over de ethische toelaatbaarheid van voorstellen ter zake. □

Dr. C. Spreeuwenberg

er geen sprake is van een persoon, zouden er geen principiële bezwaren bestaan tegen het gebruik van pre-embryo's voor onderzoek. Evenmin zouden er principiële verschillen zijn aan te wijzen tussen gebruik van overtollige en van speciaal gecreëerde en op grond van morfologische evaluatie geselecteerde pre-embryo's. De auteurs bepleiten dan de speciale doelgerichte creatie, omdat overtollige pre-embryo's van mindere kwaliteit zijn en derhalve het onderzoek onbetrouwbarder maken.

Over de vraag of een pre-embryo een mens is, kan men volgens Kuitert, de voorzitter van de commissie Foetaal Weefsel van de Gezondheidsraad, twisten. Waarover echter volgens hem niet kan worden getwist is dat het een pre-embryo van een mens is en dat het zal uitgroeien tot een mens, als er niets tussenkomt⁴. Het besef dat het hier gaat om menselijk leven in aanleg brengt Kuitert tot een genuanceerd standpunt. Embryo's die overtollig zijn en waarvoor de keus in feite ligt tussen vernietigen of een nuttige bestemming geven, wil hij wel gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek als het experiment in tijd is beperkt,

1. Herraets J. Geraedts pleit opnieuw voor kweken van embryo's. *Observant* 1988; 30: 1, 6.

2. Wert GMWR, de, Geraedts JPM. IVF, pre-embryo-research en ethiek. *Metamedica* 1988; 67: 106-23.

3. Medical Research Council. Guidelines for research related to human fertilisation and embryology. *Br. Med J* 1982; vol 285, 1480.

4. Kuitert HM. Experimenten met embryo's. *Medisch Contact* 1983; 38, 433-5.

5. Maathuis J. Experiment met kunstmatig embryo ethisch toelaatbaar. *Volkskrant* 19 mei 1983.

LHV-voorzitter A. M. C. van de Zandt:

Structuur en financiering of zorgconcept en samenwerking?

Op 23 maart jl. stapte de LHV uit het Landelijk Bestuurlijk Overleg (LBO) van de vier kerndisciplines. In de media kreeg dit gebeuren slechts beperkte aandacht. Toch zal deze stap in de toekomst van grote betekenis voor het functioneren van de gezondheidszorg blijken te zijn. De Ledenvergadering begreep dat goed en waardeerde een nuchter gebrachte mededeling daarover met een spontaan applaus. Om dit te kunnen begrijpen is een korte terugblik nuttig.

Het in 1974 door de toenmalige staatssecretaris Hendriks geïntroduceerde structuurdenken over de gezondheidszorg en de daarvan afgeleide wetgeving, planning en financiering, leidde tot de streng doorgevoerde echelonering in eerste en tweede lijn zoals wij die nu kennen. Teneinde een evenwaardig tegenwicht te kunnen vormen tegen de van oudsher krachtig georganiseerde tweede lijn, diende de eerste lijn nader te worden gestructureerd. Opeenvolgende nota's, zoals de 'Schets van een eerstelijnsgezondheidszorg', 'Volksgezondheid bij beperkte middelen' en tot slot 'Eerstelijnszorg', dienden dit doel. In de laatste nota werd niet alleen de huisarts een plaats toegedacht tussen het informele circuit en de tweede lijn, maar ook werden de vier kerndisciplines onderscheiden, te weten: huisarts, kruiswerk, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk. De fysiotherapie had het daarbij van de gezinsverzorging verloren en was dus uit de les geschreven. De aandacht voor de relatie tussen generalistische en specialistische geneeskundige zorg atrofieerde.

Veel was, daar waar de behoefte op functionele gronden werd gevoeld, perifeer al tot stand gebracht. Landelijk moest dit nu zijn structurele beslag krijgen, wat in 1986 resulteerde in het geformaliseerde Landelijk Bestuurlijk Overleg van de genoemde kerndisciplines, met de bestuurlijk daarvan afgeleide vereniging Algemene Thuiszorg in Samenwerking (ATIS). Kortom: landelijke samenwerking alom, zonder dat daarvan de meerwaarde aangetoond of de functionele doelstelling adequaat geformuleerd was. Samenwerken, omdat de opgelegde structuur en niet de zorg voor de patiënt dat vereist.

In 1987 groeide de twijfel over dit proces binnen het Centraal Bestuur, te meer daar de (markt)ontwikkelingen rond de thuiszorg het ontwikkelen van een op zorginhoudelijke

gronden geformuleerd gezamenlijk hulpaanbod steeds meer belemmerden. Deze ontwikkeling in het denken kwam in een stroomversnelling door de operatie: 'Herstructurering van de Landelijke Organisaties'. Zoals bekend, wenste minister Brinkman, daarin gesteund door de Tweede Kamer, bij de herstructurering van de landelijke welzijnsketen niet alleen het welzijn, maar ook de eerstelijnsgezondheidszorg in de gedaante van het LBO, en dus in dat verband ook de LHV, met haar ondersteuningsorganisaties te betrekken. Daarmee was voor de LHV de maat vol. Zij stapte uit het LBO, op de voet gevolgd



door de Nationale Kruisvereniging. Exit eerste lijn en haar bestuurlijke betekenis!

Verwonderlijk is dit alles echter niet. De uitgangspunten van het rapport-Dekker: doelmatigheid, flexibiliteit, marktwerking, alsmede substitutie van zorgfuncties, en het kabinetsstandpunt dienaangaande in de 'derde Dekkerbrief', beginnen door te werken in het veld. De vraag zij echter gesteld of de in 'Verandering verzekerd' voorgestelde maatregelen haalbaar zullen blijken te zijn en of het beoogde doel: een verdere kostenvermindering in de gezondheidszorg naast de reeds bereikte kostenbeheersing (op zich zeer wel begrijpelijk, gezien de collectieve lastendruk door stijgende werkloosheid, gecombineerd met dalende aargasopbrengsten en een dalende dollarkoers) daarmee kan worden bereikt.

De voorstellen richten zich echter opnieuw op structuur en financiering van de zorg en niet of nauwelijks op het zorgproces zelf! Bij een poging tot verdere bezuinigingen in de gezondheidszorg te komen is het juist belangrijk te weten hoe dit proces werkt en hoe de zorg tot stand komt. Wanneer ik mij beperk tot de curatieve zorg, waar het gaat om diagnostiek en behandeling, is wat zich afspeelt tussen

patiënt en aanbieder van de zorg, maar meer nog tussen generalistische en specialistische geneeskunde, van veel wezenlijker belang in de beheersings- en bezuinigingsrace dan andere factoren. Wanneer specialisten en huisartsen deze stelling onderschrijven, zullen zij bereid moeten zijn de hun door Dekker toegeworpen handschoenen met betrekking tot kwaliteit en doelmatig functioneren ook in het kader van zorgsubstitutie op te pakken. Van de kant van de overheid zullen echter ook instrumenten moeten worden aangereikt om een en ander mogelijk te maken. Functiereductie van specialisten zal een tekort aan mankracht opleveren om de zorgsubstitutie mogelijk te maken, normpraktijkverkleining van huisartsen is eveneens noodzakelijk om het vergrote volume in de extramurale setting op te vangen.

Doelstelling van en taken in een dergelijk concept dienen zorgvuldig te worden geformuleerd teneinde te voorkomen dat wederom samenwerking, en dan wel tussen generalist en specialist, als doel en niet als middel wordt gehanteerd. Dat hebben de afgelopen jaren ons geleerd. De nota's van LHV ('De huisarts in de toekomst') en LSV ('De specialist van morgen') bieden hiervoor een goede basis. Wanneer ook de overheid het belang hiervan inziet, zal er rust moeten komen aan het honoreringsfront, waarmee ik bedoel dat zowel specialisten als huisartsen een honorering zullen moeten kunnen verwerven die ook daadwerkelijk aansluit bij hun functiewaardering.

A. M. C. van der Zandt,
voorzitter LHV

Plaatsing van bijdragen in de rubriek 'Brieven' 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 worden schrijvers verzocht de lengte van een ingezonden brief tot circa driehonderd woorden te beperken.

DE HETE ADEM VAN JUSTITIE

Of: de ingehouden adem van de arts

Naar aanleiding van de brief van collega Groenevelt in MC nr. 7/1988, blz. 198, en die van collega Landheer in MC nr. 11/1988, blz. 326, het volgende:

Het gevoel me als behandelend arts onvoldoende door Justitie gesteund te weten is herkenbaar. De pijnlijke inmenging van een gemeentelijke lijkschouwer in de privé-sfeer van de nabestaanden is ook duidelijk voorstelbaar. Hierin volg ik collega Groenevelt, maar ik kan me ook vinden in het commentaar van collega Landheer, die het belang van onbevooroordeelde controle achteraf bepleit. Zijn suggestie voor een oplossing klinkt sympathiek, maar kan ook bevoogdend uitvallen, waar dat niet wordt gewenst.

Mijn gedachten wil ik eraan zetten om mijn bijdrage te leveren tot een werkwijze die alle belanghebbenden, naar mijn mening, zoveel mogelijk goed en recht doet. Vergelijkbaar met een onvrijwillige opname in een psychiatrische inrichting, zou het besluit tot euthanasie moeten worden genomen door de rechter. Het verzoek daartoe dient te komen van degene die euthanasie wenst of, vergelijkbaar met een onvrijwillige opname, door naaste verwanten tot in een zekere graad van verwantschap of, in geval dat niet mogelijk is, door de behandelend arts. Degene, die euthanasie wenst, kan zich hiervoor sterk maken door het euthanasiepaspoort van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie of een wilsbeschikking vergelijkbaar met het codicil. De rechter is verplicht advies te vragen aan een medisch deskundige (vertrouwensarts of inspecteur van de Volksgezondheid), die op zijn beurt weer de behandelend arts moet 'horen'. Op advies van de deskundige neemt de rechter het besluit of tot euthanasie kan worden overgegaan. Na het overlijden kan de arts de juiste doodsoorzaak invullen en kan als uitzondering bij een niet-natuurlijke dood de lijkschouwing achterwege blijven, verwijzend naar de beslissing van de rechter.

Het hoeft niet zo formeel te zijn als het klinkt. De Officier van Justitie kan aparte mensen hiervoor aanstellen, vergelijkbaar met vertrouwensartsen. Degene die euthanasie wenst kan zelf nog een bijdrage aan het besluit geven en zo voorkomen dat de behandelend arts zich niet gesteund weet. De arts hoeft geen oneigenlijke beslissingen te nemen. De Officier van Justitie komt uit zijn ivoren toren. De nabestaanden hebben geen last van onverkwikkelijke bezoeken achteraf.

Wil een patiënt niet het risico lopen van een afwijzende beschikking door de rechter, dan kan hij nog altijd proberen de weg te volgen die



nu door velen wordt gevolgd, namelijk alles binnenskamers houden en het risico van veroordeling achteraf accepteren. De arts kan dan kiezen met de patiënt deze risicovolle weg te gaan of zijn patiënt vragen bovengenoemde procedure te volgen.

Bunschoten, mei 1988
J. H. F. Schellart

FUNCTIONEREN MEDISCH TUCHTCOLLEGE

Reeds lange tijd zijn er grote zorgen rond het functioneren van het medisch tuchtcollege in Eindhoven. Wij worden nu verrast door een uitspraak gedaan op 1 september 1986 (MC nr. 11/1988, blz. 349)! In het tuchtcollege zit op nieuw geen psychiater, hoewel reeds in 1984 door het bestuur van de KNMG te Eindhoven is geoordeeld dat in dergelijke zaken een psychiater lid dient te zijn van het college. De beoordeling van suicidaliteit is uitermate ingewikkeld en verwijten over het feit dat deze beoordeling te streng dan wel te licht (Hilversum) uitvalt, zijn de laatste tijd schering en inslag. Het criterium dient dan ook niet te zijn de uitkomst van dit afwegingsproces, maar de zorgvuldigheid. De betrokken psychiater blijkt zich te houden aan de regels van de instelling waar hij werkzaam is en waarop hij zich beroept. Men had nu een brief verwacht van de directie van de instelling waar hij werkzaam is en waarop hij zich beroept. De regel zou zelfs tot stand zijn gekomen in overleg met het Staatstoezicht, maar ook hier ontbreekt elk onderzoek van de kant van het tuchtcollege. In concreto betekent dit dat een psychiater volgens het medisch tuchtcollege te Eindhoven andere regels dient te hanteren dan die welke mogelijk door de directie en het Staatstoezicht zijn afgesproken. Dit roept niet alleen vragen op over het feit dat aan de individuele psychiater hier een waarschuwing wordt gegeven (in feite had hier immers dan de directie dienen te staan), maar aan de orde is de algemene vraag wat de plaats is van medische tuchtcolleges. Waar de civiele rechter op grond van algemene principes kan oordelen, dient een medisch tuchtcollege zich primair te houden aan de regels die gangbaar zijn onder beroepsgenoten. Voor de betrokken collegae in het medisch tuchtcollege geldt dat zij geen uitspraken kunnen doen die liggen op een ge-

bied waarop zij geen directe deskundigheid kunnen aantonen en waarop reeds regelgeving bestaat.

Het tuchtcollege begeeft zich op het glibberige pad van de mogelijk alternatieve opvang en stelt dat de zorg voor de echtgenote over te nemen was door de partner. Iedere praktiserende psychiater weet dat een dergelijke regel slechts uit het brein van leken kan ontspruiten. Had het tuchtcollege zich nog laten adviseren door een psychiatrisch deskundige dan had het nog met enig recht kunnen spreken, maar thans lijkt sprake van een overtreding van artikel 5 van de gedragsregels voor artsen, welke luidt: 'De arts zal de grenzen van zijn taak ten opzichte van die van collegae en van andere deskundigen werkend op het terrein van de volksgezondheid in acht nemen. Hij onthoudt zich van de handelingen en uitspraken die gelegen zijn buiten het terrein van zijn eigen kennen en kunnen'.

Aangezien het gaat om een reeds jarenlang slepende problematiek, is afgelopen zomer door de overgrote meerderheid van de Eindhovense psychiaters een brief geschreven naar het tuchtcollege, dat men niet langer voor dit college wil verschijnen, totdat aan een aantal voorwaarden is voldaan, waaronder voldoende psychiatrische deskundigheid in het college. Op de desbetreffende brief is na zeven maanden nog niet gereageerd . . .

Eindhoven, mei 1988
J. L. M. van der Beek
W. A. F. Sondermeyer

HOMEOPATHIE EN KOFFIEDIK

De reactie van collega Hoogendoorn in Medisch Contact van 1 april jl. ('Zodra natuurwetenschappelijk zal zijn geverifieerd dat het oplosmiddel tijdens het verdunnen van de als medicament bedoelde stof van aard verandert, zal het tijd worden serieus te onderzoeken of deze gewijzigde natuur van het oplosmiddel tijdens het verdunnen een geneeskragtige werking zal hebben verkregen'; (MC nr. 13/1988, blz. 390) op de ingezonden brief 'Homeopathie en koffie' van collega Spaargaren biedt weinig openingen voor een serieuze en constructieve discussie tussen regulier en alternatief (in casu de homeopathie). De allereerste vraag in een discussie als deze moet immers zijn of het werkt, niet hoe (dat is voor later zorg).

Dat aspirine werkt, is voor collega Hoogendoorn geen vraag; hij ziet dat bij wijze van spreken dagelijks gebeuren en hij gaat daarbij (mijns inziens terecht) voorbij aan het feit dat het precieze werkingsmechanisme van aspiri-

ne tot nog toe ook niet natuurwetenschappelijk is geverifieerd. Voor een collega homeopaat geldt hetzelfde: hij ziet homeopathische middelen dagelijks werken en gaat zich verder niet meer het hoofd breken of die middelen wel natuurwetenschappelijk verantwoord werken. Omdat de werking van homeopathische middelen ons natuurwetenschappelijk voorstellingsvermogen te boven gaat, mag dat op zich nooit een reden zijn om dan maar aan te nemen dat ze daarom alleen al niet zouden kunnen werken: dat zou de absolute doodsteek betekenen voor elke wetenschappelijke vernieuwing of vooruitgang; met een dergelijke attitude in het verleden zouden we nu nog zijn opgescheept met een medische techniek die niet verder was gekomen dan aderlaten, purgeren en het zetten van bloedzuigers. Het enig natuurwetenschappelijk aanvaardbare bewijs voor de geneeskrachtige werking van welk middel dan ook (dus ook van homeopathische potenties) is het dubbelblind onderzoek. Dat onderzoek voor homeopathische potenties nu is reeds in oktober 1986 gepubliceerd in de Lancet. Een groep van 144 personen met een actieve allergie voor graspollen werd volgens een dubbelblind opstelling behandeld met placebo of graspollen C30 (Bij D-potenties zijn de verdunningstrappen steeds 1 op 10, bij C-potenties 1 op 100; voor het voorstellingsvermogen – boven een C12 kan er statistisch geen enkele molecuul van het oorspronkelijk te verdunnen medicament meer in het oplosmiddel aanwezig zijn). En zo'n C30 (verdunning van 1 op 1 met 60 nullen!) is nu wat ons natuurwetenschappelijk voorstellingsvermogen boven de pet stijgt. Desondanks blijkt uit bovengenoemd onderzoek significant dat er een geneeskrachtige werking schuilt in een homeopathische 'verdunning' (in casu C30).

Wanneer men de eigen wetenschappelijke uitgangspunten ernstig neemt, dan zou (de publicatie van) dit onderzoek een aansporing moeten zijn om te komen tot een bijstelling van het natuurwetenschappelijke medisch model, in plaats van steeds de ogen te sluiten voor al die therapeutische resultaten die niet direct binnen het medisch model verklaarbaar zijn.

Op 19 mei organiseert de PAOG-Utrecht in samenwerking met het Transferpunt voor geïntegreerde geneeskunde van de vakgroep Moleculaire Celbiologie van de Rijksuniversiteit Utrecht een dag met als thema: 'Alternatieve geneeskunde en wetenschappelijk onderzoek'. De bedoeling van deze dag is, de alternatieve geneeswijzen (waaronder de homeopathie) uit de sfeer van mystiek, gissingen en koffiedik te halen en een solide wetenschappelijk fundament te geven. Dus allen daarheen, collega Hoogendoorn voorop!

C. L. Dam
Amsterdam, mei 1988

Literatuur

Reilly D et al. Is homeopathy a placebo-response? The Lancet 1986, ii, 8512, 881-5.

PREVENTIE AANGEBOREN TOXOPLASMA-INFECTIE

Mededeling Geneeskundige Hoofdingspectie

Zoals wellicht bekend is, heeft de Gezondheidsraad in 1984 geadviseerd de maatregelen ter preventie van aangeboren toxoplasma-infecties eerst in een proefregio te introduceren en later op grond van de daarbij opgedane ervaringen te beslissen over de wenselijkheid van een preventief programma en de landelijke introductie daarvan.

Het RIVM voert in onze opdracht momenteel een *proefonderzoek* uit in de provincie Zuid-Holland. Met medewerking van de aldaar werkzame verloskundigen, huisartsen en gynaecologen wordt aan zwangeren preventie aangeboden:

- primaire preventie door middel van voorlichting over de risico's op toxoplasma-infecties; en
- secundaire preventie door herhaald bloedonderzoek met het doel toch optredende infecties op te sporen en te behandelen.

Gedurende één jaar konden in Zuid-Holland zwangeren in het onderzoek worden opgenomen. Op 1 maart 1988 (een jaar na de aanvang van het onderzoek) werd – conform de planning – de inschrijving gesloten; 28.041 zwangeren waren toen in het onderzoek betrokken. De seronegatieven (ongeveer de helft) zullen nog tot het eind van de zwangerschap worden vervolgd.

De voorlopige resultaten geven aanleiding daar thans reeds melding van te maken. Er werd 31 maal een infectie opgespoord; de betrokken zwangeren werden behandeld. Dit aantal is veel lager dan mocht worden verwacht. Uitgaande van de schattingen in het rapport van de Gezondheidsraad hadden dit zonder preventie 120 gevallen moeten zijn. Het lijkt erop dat hier het effect van de primaire preventie door voorlichting heeft doorgevoerd, waarbij het denkbaar is dat de voorlichting overtuigender was door de gelijktijdige bloedafname. Maar ook een verandering in de infectiedruk zou ten grondslag kunnen liggen aan het lage aantal opgespoorde infecties.

Bevolkingsonderzoek door herhaald bloedonderzoek in de zwangerschap, waarbij opeenvolgende monsters simultaan getest worden, levert bijzondere logistieke problemen op (serumopslag, administratie, koppeling juiste serummonsters). Daarnaast brengt de secundaire preventie een grote werkdruk met zich mee voor de praktijk van de zwangerschapsbegeleiding. Daarom is, na consultatie van de Landelijke Begeleidingscommissie bij het Toxoplasma-infectiepreventie(TIP)-onderzoek, aan de betrokkenen in Zuid-Holland geadviseerd alléén de voorlichting voort te zetten en screening op antistoffen vooralsnog achterwege te laten.

Een definitief advies over de wijze waarop de preventie van aangeboren toxoplasma-infectie het best kan worden aangepakt is pas mogelijk wanneer alle gegevens zijn geanalyseerd. Omdat er in het laatste kwartaal van 1988 nog

kinderen die in het onderzoek zijn betrokken zullen worden geboren, is de definitieve rapportages pas in 1989 te verwachten.

Rijswijk, mei 1988

Dr. H. P. Verbrugge, jeugdarts,
geneeskundig inspecteur voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne

'MEVROUW'-ARTSEN

In MC nr. 12/1988, blz. 357, schrijft collega Swaak over: 'Wie moet het consultatiebureau leiden?' Hij noemt daarin verschillende soorten artsen: kinderartsen, jeugdartsen, huisartsen en mevrouw-artsen. Deze laatste soort ken ik niet: is het een nieuwe specialisatie? Of is het een andersoortige kwalificatie en kunnen we in de toekomst ook 'meneer-artsen' verwachten?

Gaarne verneem ik van collega Swaak welke artsen hij bedoelt met deze aanduiding en wat de reden is voor deze kwalificatie (of moet ik zeggen: diskwalificatie?).

Oegstgeest, mei 1988

B. W. van Knippenberg-Van den Berg, arts

Naschrift

Voor ieder die geen vreemdeling(e) is in het Jeruzalem van de jeugdgezondheidszorg is de term 'mevrouw-arts' volkomen helder. Sinds jaar en dag wordt met deze categorie artsen aangeduid de vrouwelijke arts die niet is gespecialiseerd tot kinderarts, jeugdarts of huisarts en in een part-time functie leiding geeft aan enige zuigelingen en/of kleuterbureaus. Mede onder invloed van de algemene tendens in onze cultuur die men aangeeft met de generieke term 'vrouwenemancipatie' heeft men in de kringen van de jeugdgezondheidszorg en wel speciaal vanuit de groep 'mevrouw'-artsen om eventuele gevoelens van discriminatie te voorkomen ernstig getracht een andere naam te bedenken. Die welgemeende pogingen hebben, voor zover mijn kennis reikt, nog niet tot een algemeen aanvaarde andere terminologie geleid. Bewust van de gevoeligheid van de moderne vrouw in ons huidige tijdperk, is in het schriftelijke verslag van het onderzoek de specifieke categorie, althans bij de bespreking van de steekproef, dan ook aangeduid met 'mevrouw'-arts. Deze aanhalingsstelsels zijn in mijn verslag van het onderzoek in dit tijdschrift uiteraard door onachtzaamheid mijnerzijds niet geplaatst.

Misschien dat als gevolg van de creativiteit van de schrijfster bij het 80-jarig jubileum van de NVJG dit jaar een nieuwe aanduiding voor deze zeer gewaardeerde categorie van vrouwelijke artsen kan worden geïntroduceerd.

Goirle, mei 1988

Dr. A. J. Swaak

Budgettering van de specialistische zorg

1. Kostenbeheersing van de specialistische zorg

Bij het streven naar een betere beheersing van de kosten van het algemene ziekenhuis richten de financiers zich sinds een aantal jaren in toenemende mate op de 'directe' of 'primaire' functies van het ziekenhuis, dat wil zeggen op de behandeling en de verpleging. Daarbij nemen de medisch specialisten een centrale plaats in en dat valt te begrijpen; zij met name oefenen grote invloed uit op de totale kosten van het ziekenhuis.

In principe kunnen de kosten van de medisch-specialistische zorg op drie manieren worden beperkt, namelijk door beheersing van de zorgvraag, van het zorgaanbod en van de bij deze zorg gebruikte middelen. In dit artikel wordt vooral ingegaan op de beheersing van het zorgaanbod door middel van een gewijzigde vorm van honorering van de medisch specialisten.

Met beheersing via de honorering doelen wij op een wijze van honorering die leidt tot een kwantitatief en kwalitatief verantwoord specialistische zorg, dat wil zeggen een vorm van honorering waardoor de specialist er zelf belang bij heeft de kwantiteit van de zorg waar mogelijk te beperken, of er thans geen belang bij heeft de kwantiteit van de zorg (het aantal verrichtingen) uit te breiden. Wij menen dat een dergelijke wijze van honorering kan worden bereikt door middel van 'budgettering'.

Budgettering is natuurlijk een voor de hand liggende gedachte. Dit artikel pretendeert dan ook niet een nieuw idee te brengen, maar alleen de mogelijkheden en moeilijkheden van een honorering van specialisten via budgettering en de consequenties daarvan voor het ziekenhuis wat nader te bekijken.

2. De honorering van de specialist

Om de voordelen van budgettering van de specialistische zorg te achterhalen zullen wij deze vorm van honorering in kort bestek vergelijken met andere relevante honoreringssystemen. Bij deze vergelijking hanteren we als maatstaven dat de honorering tot doel heeft:

a. beheersing van de kwantiteit, dat wil zeggen dat er niet meer specialistische handelingen worden verricht dan nodig is, maar ook dat er niet minder verrichtingen worden uitgevoerd dan noodzakelijk is;

C. Olthoff

In principe kunnen de kosten van de medisch-specialistische zorg op drie manieren worden beperkt, namelijk door beheersing van de zorgvraag, van het zorgaanbod en van de bij deze zorg gebruikte middelen. In dit artikel gaat de auteur, C. Olthoff, organisatiedeskundige te Nijmegen, vooral in op de beheersing van het zorgaanbod door middel van een gewijzigde vorm van honorering van de medisch specialisten.

b. beheersing van de kwaliteit, dat wil zeggen dat de verrichtingen goed worden uitgevoerd;

c. beheersing van de 'werklust', dat wil zeggen dat de tijd zo effectief en zo efficiënt mogelijk wordt besteed, dat men bereid is in voorkomende gevallen harder en langer te werken dan de tijd die ervoor staat en dat de bereidheid aanwezig is zo weinig mogelijk werk uit te besteden.

Laten we beginnen met de twee meest extreme honoreringssystemen aan deze normen te toetsen, het verrichtingentarief en het vaste salaris. Deze twee systemen zijn extreem in zoverre de relatie tussen werk en inkomen in het eerste geval zo sterk mogelijk en in het tweede geval zo zwak mogelijk is.

Het verrichtingentarief vormt een economische prikkel tot een grote kwantiteit. Het verrichtingentarief heeft waarschijnlijk positieve noch negatieve invloed op de kwaliteit van de zorg. Het verrichtingentarief prikkelt de werklust, althans als er voldoende vraag is. Het vaste salaris prikkelt de werklust niet en leidt daardoor eerder tot weinig dan veel verrichtingen per specialist. De kwaliteit van het werk zal door het vaste salaris waarschijnlijk evenmin worden beïnvloed. Samenvattend kan men zeggen dat het verrichtingentarief kan leiden tot relatief weinig specialisten die ieder veel verrichtingen uitvoeren en dat een vast salaris kan leiden tot relatief veel specialisten die ieder apart minder, maar allen samen wellicht evenveel verrichtingen uitvoeren. In beide gevallen is het moeilijk om tot kostenbeheersing te komen.

Bij deze vergelijking in kort bestek dienen wel een paar kanttekeningen te worden gemaakt. In de eerste plaats: de vergelijking simplificeert, want wie zegt dat de drie criteria (kwantiteit, kwaliteit en werklust) alle even zwaar wegen? In de tweede plaats: de vergelijking gaat alleen over de effecten van de diverse honoreringssystemen op de 'prestatie', (het gedrag van de gehonoreerden) en niet over allerlei andere zaken die met de honorering samenhangen, zoals de juridische status van de specialist (een vast salaris veronderstelt een dienstverband). En in de derde en niet de laatste plaats: een medisch specialist reageert natuurlijk ook op andere prikkels dan een materiële incentive. Men mag aannemen dat zijn professionele instelling er voor zorgt dat de kwaliteit nooit (of zelden) beneden een aanvaardbaar minimum zal dalen. Maar of ook de werklust niet beneden een bepaald minimum zal dalen en vooral of de kwantiteit niet boven een bepaald maximum zal stijgen, is een heel andere vraag. En tussen de minimaal aanvaardbare kwaliteit en de maximaal aanvaardbare kwantiteit, tussen welke de materiële prikkels in elk geval werkzaam dienen te zijn, kan wellicht het verschil tussen een betaalbare en een onbetaalbare gezondheidszorg worden gevonden.

Er worden op dit moment ook andere vormen van honorering besproken en beproefd, zowel in Nederland als daar buiten. Een van die tussenvormen is het systeem van honorering op basis van de 'diagnose related groups', dat op sommige plaatsen in Canada en de Verenigde Staten wordt toegepast. Volgens dit systeem geldt voor elke diagnosegroep een aantal grenzen waarbinnen dient te worden gewerkt, waaronder een maximale opnameduur per 'Group' die doorgaans niet mag worden overschreden. Gebeurt dat toch, dan krijgt de behandelend specialist onmiddellijk een 'inspecteur' op bezoek. Betert hij zijn leven niet, dan kan dat consequenties hebben voor zijn inkomsten. Dit systeem dat menig Amerikaans specialist – maar ook het betrokken ziekenhuis – de schrik op het lijf jaagt, beperkt de kwantiteit krachtdadig, maar kan zeer gevaarlijk zijn voor de kwaliteit van het werk. En dat in een land waar de advocaten bij bosjes op de stoep staan als er iets mis gaat. In vergelijking met dit systeem, dat de speelruimte van de medicus al te sterk inperkt, is budgettering een soepele methode van kosten-

beheersing. Als hij werkt met een budget kan de specialist met de 'winst' (aan opnameduur, onderzoek, verrichtingen en dergelijke) die hij maakt in het ene geval het 'verlies' dekken dat hij maakt in het andere geval.

Een andere tussenvorm is gelegen in de toepassing van een degressief tarief dat in Nederland de laatste tijd in het nieuws is. Deze tussenvorm remt de kwantiteit indien een bepaald inkomen is bereikt, althans dat is de vooronderstelling.

Er zijn ook andere en wellicht meer sluitende vormen van honorering denkbaar. Het is juist op grond van de vele mogelijkheden en variaties van een budgetteringssysteem dat budgettering een goed honoreringssysteem kan zijn, of eigenlijk dat door middel van budgettering een goed honoreringssysteem kan worden gemaakt, dat wil zeggen een systeem dat gegeven de omstandigheden prikkelt tot een beperking van kwantiteit zonder de kwaliteit in gevaar te brengen, terwijl de werklust wordt gestimuleerd. In hoeverre dit zal lukken hangt echter af van de mate waarin bij de budgettering rekening wordt gehouden met de relaties tussen de specialist en andere componenten van de gezondheidszorg, waaronder met name de relaties tussen specialist en ziekenhuis. Deze relatie wordt besproken in de volgende paragraaf.

3. Relaties tussen de medisch specialist en het ziekenhuis

Men zou de relatie specialist en ziekenhuis – een altijd spannend verstandshuwelijk – vanuit budgettair oogpunt op drie manieren kunnen regelen.

a. De specialist beheert een budget per bij zijn praktijk ingeschreven potentiële patiënt (zoals velen zich ook inschrijven bij een huisarts). Dat budget omvat tevens de diensten die het ziekenhuis levert. Hij betaalt uit dit budget behalve de 'kosten' ten behoeve van zijn eigen inkomen ook de ziekenhuiskosten die ten behoeve van zijn patiënten worden gemaakt, niet alleen de kosten voor onderzoek en apparatuur, maar ook de verpleegkosten.

b. De specialist beheert een eigen budget per ingeschrevene ten behoeve van het eigen inkomen, inclusief een aantal kosten voor directe ondersteuning; in dat geval is er sprake van een honoreringssysteem dat in de buurt komt van het abonnementsstelsel voor de huisarts.

c. De specialist en het ziekenhuis hebben samen een budget per ingeschrevene dat ze in onderling overleg kunnen verdelen. Wanneer het ziekenhuis in een be-

paald jaar tekort komt moeten ziekenhuis en specialist het jaar daarop het verlies terugverdienen door te pogen het aantal ingeschrevenen te vergroten en bovendien efficiënter te werken dan wel de dienstverlening in te krimpen. Wanneer het ziekenhuis overhoudt deelt de specialist (en – waarom niet – ook andere medewerkers van het ziekenhuis) mee in de winst. De assumptie is – het zij nogmaals gezegd – dat de uitgaven van het ziekenhuis in hoge mate door de specialisten worden bepaald.

Alternatief a heeft enkele duidelijke voordelen. In de eerste plaats wordt de specialist door dit systeem ertoe gestimuleerd de ziekenhuiskosten laag te houden. In de tweede plaats geeft dit systeem aanleiding tot concurrentie tussen de specialisten, waardoor een teveel aan specialisten kan worden opgeheven, hetgeen de ziekenhuiskosten eveneens zal verlagen. Een belangrijk nadeel van dit systeem is echter dat het de directe relatie tussen aantal verrichtingen en inkomsten laat voortbestaan. Die relatie kan in dit systeem van honorering averechts werken, want het gaat niet alleen om het vermijden van een te groot, maar ook om het vermijden van een te klein aantal verrichtingen; het gaat om een adequate hulpverlening. Een ander nadeel kan zijn dat de specialisten, om de eigen kosten laag te houden, meer dan nodig naar elkaar gaan verwijzen.

Alternatief b zal eveneens leiden tot concurrentie tussen specialisten en daardoor indirect tot verlaging van de ziekenhuiskosten. Het nadeel van dit alternatief is dat de specialist niet direct gemotiveerd is om er tevens voor zorg te dragen de kosten van het ziekenhuis laag te houden. Ook bij dit alternatief kan het aantal onderlinge verwijzingen onterecht hoog oplopen.

Volgens alternatief c zijn het ziekenhuis en de specialist gezamenlijk verantwoordelijk voor het totale budget. Dit betekent dat zij samen invloed op de kosten zullen uitoefenen en dat zij elkaar zullen stimuleren de kosten laag te houden. Dit is op zichzelf al belangrijk genoeg om aan dit alternatief de voorkeur te geven. Maar daar komt nog bij dat dit alternatief ertoe zou leiden dat behalve de specialist ook het ziekenhuis een echt budget krijgt. Welbeschouwd heeft het ziekenhuis in de huidige situatie immers geen echt budget. Een budgethouder moet zijn eigen financiële situatie kunnen beïnvloeden. Dat kunnen de ziekenhuizen nu niet. Zij hebben de facto veelal onvoldoende invloed op het handelen van de

specialisten. En voorts: budgettering als systeem van betaling wordt pas echt effectief, indien er sprake is van de mogelijkheid tot concurrentie. Budgettering volgens alternatief c biedt de mogelijkheid voor een ziekenhuis en de daarin werkzame specialisten om de concurrentie aan te gaan met andere ziekenhuizen en de specialisten die daarin werkzaam zijn – en dat mag best.

Hoe kun je trachten het aantal ingeschrevenen te vergroten? In de Nederlandse situatie niet door verschillen in premies dan wel verstrekkingenpakket. Maar er zijn genoeg andere mogelijkheden om te concurreren. Wat te denken van 'betere' kwaliteit, van een adequate bejegening van de patiënt in de ruimste zin van het woord, van goede voorlichting, van goed en snel handelen enzovoorts. Uitgangspunt bij de inschrijving is dan wel dat een ieder zich kan en mag inschrijven bij het ziekenhuis van zijn of haar keuze, ook al ligt dat ziekenhuis buiten het gebied dat tot de 'adherentie' van een bepaald ziekenhuis wordt gerekend.

Uit het bovenstaande volgt dat alternatief c – een gezamenlijk budget voor ziekenhuis en specialist, gebaseerd op het aantal ingeschrevenen – een goede mogelijkheid lijkt voor een effectieve en efficiënte samenwerking tussen ziekenhuis en specialist. In het vervolg van dit artikel zullen wij er daarom steeds vanuit gaan dat budgettering van de specialist samengaat met budgettering van het ziekenhuis. Of een dergelijke opzet in de praktijk uitvoerbaar is hangt overigens mede af van de oplossing van enkele problemen die hieronder besproken zullen worden.

4. De consequenties voor de potentiële patiënt

Allereerst zijn er de consequenties voor de patiënt. Wat zou er in deze relatie veranderen als de specialistische zorg werd gebudgetteerd? De patiënt zou de specialist niet rechtstreeks zelf betalen, maar dat doen verreweg de meeste patiënten nu ook niet. Belangrijker is dat de patiënt in het geval van gebudgetteerde specialistische zorg ook niet voor elk afzonderlijk ziektegeval een willekeurige specialist zou kunnen kiezen. Hij zou zich immers bij voorbaat bij een bepaald ziekenhuis en als gevolg daarvan bij een bepaalde groep specialisten moeten inschrijven zoals hij, althans als hij in het ziekenfonds is, zich thans al bij een bepaalde huisarts moet inschrijven. De verplichte inschrijving beperkt de keuzevrijheid. Maar ook nu kan de patiënt vaak in

feite niet een bepaalde specialist kiezen, maar alleen een grotere of kleinere associatie; dat betekent in zijn ogen in de praktijk: het kiezen van een ziekenhuis. Weliswaar kan de patiënt in de huidige situatie na een slechte ervaring een volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan, maar dat zou hij in geval van gebudgetteerde ziekenhuizen en de daarin werkzame specialisten ook kunnen doen; hij zou zich kunnen inschrijven bij een andere groep, zoals hij zich nu kan inschrijven bij een andere huisarts. Die vrijheid om – bijvoorbeeld elk jaar – van ziekenhuis te veranderen is essentieel voor de vrijheid van keuze van de patiënt, maar ook essentieel voor een gewenste concurrentie tussen ziekenhuizen en daarin werkzame specialisten.

Overigens kan ook de mogelijkheid worden opengelaten om de patiënt keuzevrijheid te geven doordat hij met toestemming van de verzekeraar gebruik kan maken van de diensten van een specialist in een ander ziekenhuis. Wellicht dient deze vrijheid te worden verworven door middel van een aanvullende verzekering. Het is echter onontkoombaar dat de patiënt in het systeem dat wij hier bespreken minder – directe – keuzevrijheid krijgt.

Wat er bovendien allemaal kan gebeuren indien vele patiënten wel gebruik zouden willen maken van de diensten van een bepaald ziekenhuis, maar niet van de diensten van in dat ziekenhuis werkzame specialisten, valt moeilijk te voorspellen. In ieder geval kan worden gezegd dat in het voorgestelde systeem het ziekenhuis en de daarin werkzame specialisten er groot belang bij hebben dat zij gezamenlijk een goede naam hebben. Daarom zullen de specialisten er ook belang bij hebben invloed uit te oefenen op elkaars attitudes en handelwijzen.

5. De relaties met andere gebieden van gezondheidszorg

De effecten van het voorgestelde budgetteringssysteem zijn niet alleen afhankelijk van de relaties tussen de specialist en het ziekenhuis, maar ook van de relaties tussen ziekenhuis/specialist en andere componenten van het systeem der gezondheidszorg. Daarbij valt vooral te denken aan het vraagstuk van de substitutie. 'Substitutie' doet zich voor als een patiënt door de ene zorgverlener naar de andere zorgverlener wordt doorverwezen terwijl dat niet noodzakelijk is. Voor het ziekenhuis en de specialisten gaat het hierbij vooral om de huisarts en het topziekenhuis, met name het academisch

ziekenhuis. De huisarts kan tijdrovende behandelingen aan de specialist substitueren. Als de specialist echter eveneens wordt gebudgetteerd zal er een tegendruk ontstaan: de specialist zal evenzeer de behandeling van patiënten aan de huisarts willen overlaten als de huisarts ze naar de specialist zal willen verwijzen. De gewaardeerde collega van de specialist, die hem thans zijn 'klanten' levert, zou dan zijn tegenstrever kunnen worden.

Een reëlere mogelijkheid is wellicht het voor de huisarts interessanter te maken om bepaalde verrichtingen waarvoor hij nu nog verwijst zelf te gaan uitvoeren, door hem althans voor een deel op basis van verrichtingen te gaan honoreren. Bovendien is de kans niet uitgesloten dat in het voorliggende budgetteringssysteem ziekenhuis en specialisten, meer dan tot nu toe, zullen worden gemotiveerd de huisarts te helpen om daar waar mogelijk de patiënten niet door te verwijzen.

Een ander probleem is de 'substitutie' van het regionale ziekenhuis naar een topziekenhuis. Het is bekend dat sinds de budgettering van ziekenhuizen er een toenemend aantal verwijzingen plaats vindt van het 'meer eenvoudige' ziekenhuis naar het topziekenhuis. Academische ziekenhuizen kunnen van dit veranderende patroon van verwijzing meepraten. Deze onterechte – althans voorheen niet voorkomende – verwijzingen zijn niet gemakkelijk op te lossen. Waarschijnlijk moet vooralsnog worden volstaan om in deze een taak te geven aan de verzekeraar. Deze kan wellicht in grote lijnen aangeven wanneer sprake is van een onterechte verwijzing en wanneer niet.

6. De positie van de verzekeraar

Uit het voorgaande blijkt dat het een heilzaam effect zou kunnen hebben als het budget van de medisch specialist in verband zou worden gebracht met het budget van het ziekenhuis. Deze conclusie brengt de volgende relatie van de specialist in beeld: de verzekeraar. De verzekeraar heeft er namelijk groot belang bij dat de specialisten en ziekenhuizen en in feite ook de huisarts – goed met elkaar samenwerken; hij is bovendien de aangewezen instantie om een gezamenlijk budget voor deze partijen te bewerkstelligen. Moet men hieruit afleiden dat het zoeken naar de beste honoreringsvorm voor de specialist leidt naar het Amerikaanse 'health maintenance organization'? Dat hangt er vanaf wat men daaronder verstaat. Er zijn verscheidene

soorten HMO's en HMO-achtigen, zoals Schut* ze noemt. Wezenlijk voor de health maintenance organization is volgens Schut dat een en dezelfde organisatie zorg draagt voor zowel de verzekering als voor de verstrekking van gezondheidszorg aan haar ingeschrevenen. In de Verenigde Staten zijn er overigens nogal wat tussenvormen, waarbij een veel voorkomende is dat een ziektekostenverzekeraar dan wel een onderneming, die zorg draagt voor de verzekering van de eigen medewerkers, contracten afsluiten met ziekenhuizen.

Er zijn ten minste twee belangrijke verschillen tussen onder meer de Verenigde Staten en Nederland. Nederlandse ziekenfondsen kunnen niet zo gemakkelijk met elkaar concurreren als het gaat om de premies en het verstrekkingenpakket; deze worden immers centraal vastgesteld. In de tweede plaats betekent directe koppeling van verzekeraar aan een HMO de noodzaak van een vrij groot aantal verzekeraars. Dit aantal is in strijd met het vriendelijke doch dringende verzoek sinds jaren van de Ziekenfondsraad aan de ziekenfondsen om tot regionalisatie te komen. Het lijkt ook niet nodig zowel verzekeraar als zorgverleners in een organisatie onder te brengen, alvorens over te kunnen gaan tot budgettering van specialisten en ziekenhuizen samen; het afsluiten van geëigende contracten is wellicht voldoende basis.

7. De relaties tussen de specialisten van een ziekenhuis onderling

Tot slot is er de relatie tussen de specialisten van een ziekenhuis onderling. De budgettering zal ook op die relatie invloed hebben. Eerder werd al opgemerkt dat een gezamenlijk budget voor de specialisten in een ziekenhuis ertoe kan leiden dat zij in positieve zin 'tot elkaar veroordeeld' kunnen worden. Daarnaast is er de verdeling van het budget; dat zal meer dan tot nu toe leiden tot een discussie over de specialismen die in het ziekenhuis aanwezig moeten zijn en tot het aantal specialisten per specialisme. Maar het ene budget zal ook leiden tot een discussie over een eerlijke verdeling tussen de specialisten onderling. Die discussie zal niet gemakkelijk zijn, maar kan een goede samenwerking wel bevorderen. □

* F. T. Schut, Health maintenance organizations, een geïntegreerde wijze van verstrekken en verzekeren van gezondheidszorg, De Tijdstroom, Lochem-Gent, 1986.

Functiegerichte budgettering voor ziekenhuizen

Meer inbreng van medici noodzakelijk

De snelle groei van de kosten voor de intramurale gezondheidszorg en de noodzaak om te bezuinigen is de oorzaak van de invoering van de budgettering van ziekenhuizen in 1983. Welke systematiek men moest hanteren om tot een verdeling van het beschikbare totaalbudget te komen was niet bekend. Er werd toen voor een pragmatische aanpak gekozen: de exploitatiekosten van 1982 dienden als basis voor het budget voor de volgende jaren. Ziekenhuizen met een lage exploitatierekening op grond van efficiënt handelen kregen veel minder dan ziekenhuizen die ruim met de middelen waren omgesprongen. Deze onrechtvaardige verdeling van de middelen leidde ertoe dat al binnen een paar jaar tot een heroverweging werd gekozen: de commissie-Bredero adviseerde om binnen de budgetteringssystematiek met een aantal productieparameters (verpleegdagen, opnamen, dagverpleging en eerste polikliniekbezoeken) de budgetten aan te passen. Dit werd op 1 januari 1985 ingevoerd en per 1 januari 1987 nog eens gewijzigd. De productieparameters kregen steeds meer invloed op de vaststelling van het budget. Echter nog steeds heeft het historisch uitgangspunt, het exploitatiebedrag van 1982, de belangrijkste invloed op de hoogte van het budget. De rechtvaardigheid is dus maar voor een heel klein gedeelte groter geworden.

Nieuwe systematiek: functiegericht

Sinds geruime tijd is binnen het COTG gewerkt aan de opheffing van de onrechtvaardigheid. Onlangs is men gekomen tot vaststelling van een nieuwe budgetteringssystematiek, die vanaf 1 januari 1988 van kracht zou zijn. De nieuwe herverdeling van het geld zal op macro-niveau budgettair neutraal geschieden: in zijn totaliteit geldt dat er voor de intramurale sector niet meer mag worden uitgegeven. De veranderde budgetteringssystematiek is dus louter gericht op een herallocatie van middelen over de ziekenhuizen om op die wijze tot een rechtvaardiger verdeling te komen.

Ik wil in dit artikel in het kort en schematisch aangeven wat deze nieuwe budgetteringssystematiek inhoudt. Tevens wil ik enkele kritische kanttekeningen plaatsen en wijzen op de rol van medici, speci-

Dr. D. Post

Onlangs is een nieuwe budgetteringssystematiek voor ziekenhuizen vastgesteld. Dr. D. Post, sociaal-geneeskundige, adviserend geneeskundige bij het Regionaal Ziekenfonds Zwolle, geeft hier kort en schematisch aan wat deze nieuwe budgetteringssystematiek inhoudt. Hij plaatst daarbij tevens enkele kritische kanttekeningen en wijst op de rol van medici, specialisten en artsen verbonden aan ziekenfondsen.

alisten en artsen, verbonden aan ziekenfondsen.

Het model van de functiegerichte budgettering

De nieuwe systematiek richt zich op een verdeling van de gelden op basis van de functie- en capaciteitskenmerken van het ziekenhuis. De grootte van de instelling, de gerichtheid op de bevolking en de productiegegevens vormen belangrijke parameters voor de vaststelling van het budget. We onderscheiden drie categorieën factoren: 1. lokatie-gebonden kosten, 2. beschikbaarheidskosten, 3. productie-gebonden kosten.

ad. 1. De lokatie-gebonden kosten worden buiten de budgetformule gehouden. Het zijn de kosten die met het gebouw hebben te maken: energiekosten, rente en aflossing etc. Op basis van de trendmatige aanpassing van de gegevens uit 1982 wordt dit bedrag bij het budget geteld. Deze kosten zullen ongeveer 15% bedragen van het totale bedrag dat jaarlijks aan het ziekenhuis wordt toegekend.

ad. 2. De beschikbaarheidskosten zijn gerelateerd aan de capaciteit van de instelling. Ze bepalen zo'n 60% van het budget. We onderscheiden twee categorieën:

a. Kosten op grond van patiëntenstromen. Per adherente inwoner krijgt het ziekenhuis een bepaald bedrag. Dit zou ongeveer f 130 moeten bedragen. De moeilijkheid op dit moment is om de juiste adherentie te bepalen wanneer meerdere ziekenhuizen in een bepaalde

gezondheidsregio werken. Voorlopig wordt het bedrag uit de regiopot verdeeld in de verhouding van het huidige budget van die ziekenhuizen. Het gedeelte dat op grond van adherentie wordt bepaald zal $\pm 25\%$ van het budget bedragen. De invloed van de adherentie is dus niet onbeduidend. Vergroting van adherentie zal een positieve invloed hebben op het budget.

b. Capaciteitsgebonden kosten zijn afhankelijk gesteld van de erkende capaciteit van het ziekenhuis. De invloed hiervan op het budget wordt $\pm 35\%$. Het gaat hier om de volgende parameters: het beddenaantal bepaalt 10% van het budget; het aantal polikliniekhoudende specialistenplaatsen bepaalt 25% van het budget. De specialistenplaatsen zijn niet allemaal gelijk in zwaarte. Men heeft ze gewogen op grond van de kosten die ze voor de instelling met zich meebrengen. *Tabel 1* geeft de wegingsfactoren. Op grond van het aantal gewogen specialistenplaatsen heeft men een nieuwe indeling voor de ziekenhuizen gemaakt (*tabel 2*). De hoogte van de productiegebonden kosten (zie verder) zijn weer afhankelijk van de functiegroep van het ziekenhuis: hoe hoger de groep des te meer brengen de productieparameters op.

ad. 3. De productie-gebonden kosten bedragen $\pm 40\%$ van het budget. Via het lokaal overleg tussen ziekenfondsen/particuliere ziektekostenverzekeraars en ziekenhuis dienen productieafspraken te worden gemaakt. De parameters die invloed hebben op het budget zijn aantal opnemingen, verpleegdagen, dagverpleging en eerste polikliniekbezoeken.

Vatten we het model samen dan zien we dat met name de specialistenplaats een grote invloed gaat krijgen op de hoogte van het budget terwijl de productieparameters ook van een niet geringe invloed zijn. *Tabel 3* geeft een overzicht van de verdeling van het budget naar parameters in procenten.

Naast de voor ieder ziekenhuis geldende budgetcomponenten wordt aan ziekenhuizen die bijzondere functies in hun pakket hebben hiervoor een afzonderlijk bedrag in het budget meegenomen, bijvoorbeeld f 60.000 per bed neurochirurgie, f 9.600 per hartoperatie, etc.

Wanneer we het voorgestelde model vergelijken met het huidige qua opbrengst

van de parameters dan valt op dat met name de invloed van het bed zeer sterk is afgenomen (tabel 4) terwijl de specialistenplaats in waardering achtmaal groter is geworden. Zeer merkwaardig is het feit dat de dagverpleging in waardering in het budget is gedaald terwijl de parameter opname is gestegen.

Op deze wijze worden opname en dagverpleging nog verder uit elkaar getrokken en zou het wel eens aanleiding kunnen geven tot het minder uitvoeren van dagverpleging terwijl we dit juist willen stimuleren. Wel is op het polibezzoek een hogere prijs gezet, hetgeen weer stimulerend zou kunnen werken.

Een volgend probleem is dat de waarde van het bed meer dan de helft minder is geworden. Dit zal tot gevolg hebben dat de bezuinigingen die moeten worden verkregen via de afbouw van bedden in de verste verte niet wordt bereikt. De afbouw van 8.000 + 4.000 bedden zal dan via de verandering van de produktie-ge-

bonden kosten tot een bezuiniging moeten leiden. Wanneer de patiëntenstromen hierdoor zouden veranderen en wanneer daardoor een lagere produktie ontstaat alsmede ook een geringere adherentie zal dit tot een lager budget aanleiding geven. Of dit zal gebeuren valt nog te bezien omdat de beddenafbouw zal plaatsvinden op plaatsen waar een overcapaciteit bestaat en daardoor al een verminderd bedgebruik is opgetreden.

Het zal niet mogelijk zijn dat de kostenbesparing die niet wordt gehaald uit de beddenreductie zal moeten worden verkregen uit een lagere produktie. Het lokaal overleg zal op deze wijze onder een bepaalde spanning komen te staan en de ziektekostenverzekeraars zouden wel eens als 'zetbaas' van het ministerie kunnen moeten optreden.

Nog één opmerking bij het model: In het verleden was het zo dat het ziekenhuis bepaalde verrichtingen kon laten uitvoeren in een ander ziekenhuis. Deze ver-

richtingen worden thans in rekening gebracht bij de ziektekostenverzekeraars. In de toekomst zal het ziekenhuis zelf deze kosten uit haar budget dienen te betalen: de aanvrager betaalt. Een CT-scan bijvoorbeeld, elders verricht, dient uit het beschikbare geld van het ziekenhuis te worden betaald. Dit vereist een zeer kritische houding van de specialisten. Overbodige onderzoeken zullen absoluut moeten worden vermeden.

KRITISCHE KANTTEKENINGEN

1. Rechtvaardige verdeling?

Het vorige budgetmodel voldoet niet, omdat men de middelen niet verdeelt naar gelang de behoefte en naar gelang de meer of mindere efficiency van het ziekenhuis. Voor een deel wordt hieraan tegemoet gekomen via het nieuwe model. Voor een ander deel echter ook niet. De specialistenplaats en het bed zijn parameters met een invloed van 35% op het

Tabel 1. Wegingsfactoren van de specialisten.

Wegingsfactor			
kleiner dan 1	1	groter dan 1	
revalidatie	0,3	interne chirurgie	1,1
oogheelkunde	0,4	geneeskunde cardiologie	1,1
dermatologie	0,4	longziekten reumatologie	1,1
KNO	0,6	neurologie orthopedie	1,2
psychiatrie	0,7	urologie neurochirurgie	1,2
radiotherapie	0,7	cardio-pulm. chir.	1,7
plastische chirurgie	0,8	klin. geriatrie	2,0
kinderziekten	0,9	gastro-ent.	2,0

Tabel 2. Nieuwe classificatie van ziekenhuizen op grond van capaciteit (specialistenplaatsen).

Functiegroep	Aantal gewogen specialisten
1	10
2	15
3	20
4	30
5	45
6	60
7	60

Tabel 3. Verdeling van het budget naar parameters.

1. Locatie-gebonden kosten:	niet in budget maar \pm 15% van de totale kosten
2. Beschikbaarheidskosten:	
- adherentiecomponent	25%
- capaciteitscomponent	
a. bed	10%
b. specialistenplaats	25%
3. Produktie-gebonden kosten:	
- opnamen	19%
- verpleegdagen	12%
- dagverpleging	1%
- eerste polibezoeken	8%
4. Bijzondere kosten = artikel 18 voorzieningen	

Tabel 4. Verschil in hoogte van de parameters (in guldens) tussen huidige en toekomstige budgetsystematiek.

	huidige budgetsystematiek	functiegerichte budgettering	
Beschikbaarheidscomponenten			
* adherente inwoner	f 0,00	f 130,—	
* bed	f 26.000,—	f 11.000,—	
* specialistenplaats	f 45.000,—	f 337.000,—	
Produktie-gebonden componenten			
* opname	f 420,—	f 670,—/690,—	bepaald door functie groep; zie tabel 2
* verpleegdag	f 20,—	f 38,—/ 45,—	
* dagverpleging	f 170,—	f 118,—/157,—	
* 1e polibezzoek	f 40,—	f 118,—/157,—	

Tabel 5. Specialistendichtheid (= aantal specialisten per adherente inwoner) in de verschillende gezondheidsregio's: afwijkingen t.o.v. het gemiddelde (algemene + academische + categorale ziekenhuizen).

-40%	-30%	-20%	-10%	0%	+10%	+20%	+30%	+40%	+50%	+60%
Breda	Friesland	Arnhem	Groningen-	't Gooi-	Utrecht		Nijmegen		Amsterdam	
Z. Limburg	Zwolle	Amersfoort	Drenthe	Flevoland	Kennermer-				Leiden	
	Alkmaar		Twente	Rijnmond	land					
	Gouda		Steden-	Eindhoven						
	Zeeland		driehoek							
	Tilburg		Den Haag							
	Den Bosch		Dordrecht							
	N.Limburg									

Tabel 6. Aantal bedden per adherente inwoner in de verschillende gezondheidsregio's: afwijkingen t.o.v. het gemiddelde (algemene + academische + categorale ziekenhuizen)

-40%	-30%	-20%	-10%	0%	+10%	+20%	+30%	+40%	+50%	60%
	Alkmaar	Groningen-	Friesland	Arnhem	Amsterdam	't Gooi-	Kennermer-			
		Drenthe	Twente	Amersfoort	Z.Limburg	Flevoland	land			
		Zwolle	Steden-	Utrecht						
		Nijmegen	driehoek	Den Haag						
		Leiden	Rijnmond	Dordrecht						
		Gouda	Breda	Zeeland						
		Den Bosch	Tilburg							
			Eindhoven							
			N.Limburg							

budget. Uit tabel 5 en tabel 6 zien we dat er grote verschillen bestaan tussen de gezondheidsregio's ten aanzien van deze budgetparameters.

We bouwen hier dus direct weer een onrechtvaardigheid in: gebieden met veel bedden krijgen meer budget dan gebieden waarin het bedpromillage veel lager is. Ziekenhuizen in gebieden met een hogere specialistendichtheid krijgen meer geld dan ziekenhuizen waar minder specialistenplaatsen zijn gecreëerd. Ook ten aanzien van opnames, verpleegdagen, eerste polibezoeken en dagverpleging bestaan tussen de gezondheidsregio's grote verschillen.

We zien hier eigenlijk de budgetproblemen al weer opduiken in de toekomst: gebieden met een in het verleden 'zuinig' beleid ten aanzien van specialistenplaatsen en bedden krijgen minder toebedeeld. Uitbreiding hiervan zal tot budgetuitbreiding aanleiding geven en zal in het overleg met de financiers moeten worden onderbouwd, willen die financiers hieraan een positief advies geven.

Ik voorzie op dit gebied nog heel wat problemen: ziekenhuizen willen hun specialistenplaatsen uitbreiden (gunstig voor het budget) terwijl de financiers in het kader van hun kostenbeheersing tot matiging van specialistenplaatsen wil komen.

2. Efficiënt werken loont?

In een vorig artikel (Post c.s.: Een gedifferentieerd budgetteringssysteem, MC 1987, 42, 1484), gaven wij aan dat met name tot herallocatie diende te worden gekomen op grond van efficiencyparameters. We gaven hiervoor een berekeningswijze via de techniek van de regressieanalyse. Het huidige voorstel voor functiegerichte budgettering geeft eigenlijk nog geen duidelijke beloning voor efficiënt werken. Met name de door ons onderzochte maatstaf voor efficiency, namelijk de verhouding tussen dagverpleging en aantal verpleegdagen die een goede afspiegeling van efficiënt werken blijkt te zijn, wordt in de functiegerichte budgettering niet opgenomen. De parameter dagverpleging wordt zelfs lager gewaardeerd in guldens dan thans het geval is.

3. Specialistenplaatsen

De specialistenplaats is van groot belang. Maar wat te doen met de specialistenplaatsen die gecreëerd zijn in het kader van het generaal akkoord door substitutie? In feite zullen de erkende plaatsen van de ziekenhuizen eerst moeten wor-

den geschoond om het werkelijk aantal formatieplaatsen te krijgen. De inschikingsplaatsen zullen op hun noodzaak moeten worden bekeken in een lokaal overleg tussen financiers en ziekenhuizen alvorens ze als budgetplaats mee te nemen.

4. Adherentie van het ziekenhuis

In feite zou de meest eerlijke verdeling die zijn waarbij per adherente inwoner een groter budget zou worden gegeven. Immers een regiobudget zou, gelet op patiëntenstromen, zodanig kunnen worden verdeeld dat meer de behoefte van de regio hier zou zijn weerspiegeld. Er dient dan natuurlijk wel rekening te worden gehouden met het functiepakket van het ziekenhuis maar dit zou een geringere invloed dienen te hebben dan in het huidige voorstel. In het lokale overleg zou dan ook meer over substitutie naar de eerstelijnsvoorzieningen kunnen worden gesproken.

5. Regio- of lokaaloverleg

Het regionaal of lokaal overleg zal een grotere nadruk krijgen dan op dit moment. In dit overleg zullen ziekenhuizen en financiers de productie-afspraken moeten maken en zullen de aantallen specialistenplaatsen of uitbreiding c.q. inkrimping van het beddenaantal moeten worden besproken. Ik meen dat in de voorstellen de functie van het regio-overleg te weinig is geëxpliciteerd. Er heerst onzekerheid over de rol van de verschillende participanten. Dit zou wel eens tot botsingen aanleiding kunnen geven als niet duidelijk verantwoordelijkheden en bevoegdheden op juiste wijze worden geregeld.

DE ROL VAN MEDICI

Meer dan ooit tevoren zullen specialisten dienen te worden betrokken bij de vaststelling van het budget van hun instelling. Ik zie voor hen een rol weggelegd op vier terreinen:

– Ze zullen samen met het management van het ziekenhuis dienen vast te stellen hoeveel specialistenplaatsen nodig zijn. Behalve getalsmatige berekeningen op grond van adherentiecijfers bij de vaststelling van specialistenplaatsen zullen zij de eventuele bijzondere omstandigheden moeten aangeven om tot uitbreiding of inkrimping te komen.

– De productie-afspraken spelen een grote rol: 40% van het budget wordt verkregen op grond van de productie. Wanneer de afspraken zijn gemaakt dient de

productie niet te worden overschreden. Er dient kritisch te worden gekeken naar de hoeveelheid opnames, verpleegdagen etc. Immers een overschrijding van de productie-afspraken brengt het ziekenhuis in de problemen. Deze brengen vervolgcosten mee die in feite niet in de begroting zijn opgenomen. Het volgen van de productiegegevens gedurende het jaar zal een taak zijn van de specialisten.

– Om het budget goed te verdelen binnen de instelling zal ook de specialist een verantwoordelijkheid dienen te hebben. De interne budgettering hangt samen met het vorige punt: de bewaking van de productiegegevens. De medicus in het ziekenhuis kan zich niet meer onttrekken aan een bepaalde mate van meedenken in het beleid en beheer van het ziekenhuis. Het vereist het opgeven van de vrijblijvendheid, het opgeven van zelf te willen bepalen wat men doet. Men is een onderdeel van het ziekenhuis en ook van het budget.

– Het ziekenhuis zal zijn adherentie willen vergroten, hetgeen inhoudt dat specialisten marktgericht gaan denken. De cliënt zal meer koning zijn dan hij tot dusver altijd is geweest. De serviceverlening zal dienen te worden vergroot. De organisatie zal zich moeten richten op de omgeving van het ziekenhuis en niet louter binnen de muren blijven werken.

Behalve de medici binnen ziekenhuizen zullen ook de adviserend geneeskundige bij ziekenfondsen een grotere rol spelen. Zij zullen zich dienen te richten op de beoordeling van de productiegegevens van de ziekenhuizen en specialisten. Als de productie te hoog is in vergelijking tot wat in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en als daarvoor geen medische noodzaak aantoonbaar is, zal dit in de productie-afspraken tot uitdrukking dienen te worden gebracht. Zijn de aantallen opnames voor een bepaald specialisme hoger dan een gemiddelde louter op grond van een inzicht van een specialist, een inzicht dat niet wetenschappelijk is onderbouwd, dan kan de adviserend geneeskundige voorstellen deze opnames niet voor budgetvergoeding in aanmerking te laten komen.

Behalve bij de productie-afspraken zal ook de beoordeling van specialistenplaatsen een taak voor de adviserend geneeskundige van het ziekenfonds zijn. Hiertoe dient hij goed op de hoogte te zijn van de zaken binnen dat ziekenhuis, dient hij de werkwijze van de specialisten te kennen en moet hij kunnen beoordelen of speciale omstandigheden een afwijkend aantal specialistenplaatsen recht-

vaardigen. Ook bij de bepaling van de adherentiestromen kan het ziekenfonds een rol spelen en kan de adviserend geneeskundige zijn oordeel geven. Hij kan immers de verwijsstromen van de huisartsen volgen aan de hand van de verwijskaarten.

Het zal duidelijk zijn dat de nieuwe budgetteringssystematiek de medicus in de verschillende instellingen, ziekenhuizen en ziekenfondsen/particuliere ziektekostenverzekeringen, een bepaalde rol geeft. Medici in ziekenhuizen zijn bepaald voor de kosten die worden gegeneerd. Deze kosten zijn gebudgetteerd en het budget is juist gebaseerd op de pro-

duktie die door de specialisten wordt gemaakt. Het management van een ziekenhuis zal niet zonder medewerking van de specialisten tot een beheersing van het budget kunnen komen.

In de ziekenfondsorganisatie zullen artsen mee moeten praten over de productiehooft van de ziekenhuizen waarover een afspraak moet worden gemaakt. De doelstelling van de noodzaak van deze productie, de afwijkingen van datgene wat gebruikelijk is in de kring der beroepsgenoten en de adviezen omtrent de noodzaak tot uitbreiding van specialistenplaatsen zal een taak voor de adviserend geneeskundige zijn.

In het lokaal overleg ontmoeten beide partijen elkaar. Vanuit verschillende gezichtspunten zullen economen en medici bezig zijn met de vaststelling van het budget. Het zal echter in beider belang zijn een zo goed mogelijke gezondheidszorg te krijgen in de regio. Misschien moet het gezamenlijke belang zo nu en dan extra worden onderstreept. □

In vitro fertilisatie: hoop op leven

Slot: Invloed van psychosociale factoren op het succes

In het eerste artikel is ingegaan op de mogelijke relatie tussen infertiliteit en psychosociale factoren. De nadruk lag daarbij op de psychosociale belasting van de IVF-behandeling. Paren die na jarenlange infertiliteit met behulp van in vitro fertilisatie worden behandeld kunnen onder een behoorlijke psychische spanning komen te staan. Geconcludeerd werd, dat het voorstelbaar is dat deze spanningen het succes van de IVF-behandeling beïnvloeden. In dit vervolgartikel wordt weergegeven wat er uit de literatuur bekend is over een mogelijke relatie tussen psychosociale factoren en de kans op succes van de IVF-behandeling. Daartoe zullen twee typen van onderzoek bij IVF-paren worden belicht:

- onderzoek waarbij een vergelijking is gemaakt tussen personen die met behulp van in vitro fertilisatie worden behandeld en een normgroep. Hieraan is in de literatuur veel aandacht besteed, maar deze onderzoeken hebben weinig opgeleverd;
- onderzoek waarbij een vergelijking is gemaakt tussen paren die met behulp van een IVF-behandeling al dan niet zwanger zijn geworden. Deze literatuur is uiterst relevant voor de vraag of bepaalde psychosociale factoren een determinant voor succes bij in vitro fertilisatie zijn; ze is echter slechts zeer beperkt aanwezig.

Tenslotte zal worden aangegeven hoe de literatuurbevindingen zijn uitgemond in

H. A. M. Zalmstra,
G. Haan en A. Ph. Visser

De manier waarop infertiliteit en in vitro fertilisatie (IVF) door de betrokken paren worden beleefd zou de kans op succes van de IVF-behandeling kunnen beïnvloeden. In hoeverre deze stelling opgaat is onderwerp van een evaluatie in opdracht van de Ziekenfondsraad. De tweede helft van een bericht uit de vakgroep Economie van de Gezondheidszorg aan de Rijksuniversiteit Limburg, opgesteld door Mw.Drs. H. A. Zalmstra (thans: IVF-team Academisch Ziekenhuis Leiden), G. Haan en Dr. A. Ph. Visser.

een vragenlijst, die momenteel in gebruik is bij een evaluatieonderzoek naar in vitro fertilisatie in Nederland.

VERGELIJKEND ONDERZOEK

Het proces van infertiliteit roept vaak sterke emoties op. Paren die aan het begin staan van een IVF-behandeling zullen derhalve naar we mogen verwachten verhoogde scores vertonen op tests die de emotionele toestand meten. Veelal wordt bij onderzoek naar de emotionele toestand van paren die aan het begin

staan van een IVF-procedure gebruik gemaakt van gestandaardiseerde tests die zijn bedoeld voor het meten van min of meer duurzame persoonlijkheidsafwijkingen, zoals neuroticisme, extraversie, psychopathie, paranoia, hypomanie, etc. Dergelijke meetinstrumenten zijn niet gevoelig voor situatiespecifieke invloeden^{8 16}. Het is dan ook niet verbazingwekkend, dat zowel vrouwen als mannen die aan het begin staan van een IVF-behandeling meestal normaal blijken te scoren op de verschillende dimensies van deze tests (onder andere Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Eysenck Personality Inventory)^{15 16 18 19}. Ook bij vrouwen die op een andere wijze voor tuba-pathologie of anovulatie werden behandeld werden normale scores gevonden^{2 20}.

Paren die zich aanmelden voor in vitro fertilisatie zijn waarschijnlijk redelijk gespannen, maar dat betekent nog niet dat ze duurzame persoonlijkheidsafwijkingen hebben.

De onderzoeken naar de algemene angsttoestand van IVF-paren leveren evenwel ook geen duidelijk beeld op. In interviews worden door de betrokkenen wel angstgevoelens geuit¹⁶, maar uit de scores op gestandaardiseerde angsttests blijken deze gevoelens meestal niet. Voor de angsttoestandscore (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory) vindt men veelal geen verschil met een normale populatie¹⁶⁻¹⁸; een uitzondering vormt het on-

derzoek van Morse en Dennerstein in Australië¹⁰, waarin een significant hogere angsttoestand bij IVF-vrouwen werd gevonden.

Er zijn naar onze mening twee redenen waarom de mondeling geuite angstgevoelens bij de (schriftelijke) metingen met behulp van gestandaardiseerde tests niet tot uiting komen. Enerzijds, zoals Haseltine en anderen aangeven¹⁶, wil men de angst die men ervaart niet toegeven (ook niet aan zichzelf), in verband met de psychische eisen die de IVF-procedure stelt; dit blijkt ook uit de hoge scores in hun onderzoek bij de metingen van sociale wenselijkheid* met behulp van de Marlowe-Crowne-Social-Desirability test, in combinatie met lage angstscores. Er is waarschijnlijk soms sprake van onderdrukte angst. Anderzijds zijn de algemene angstvragen in de gestandaardiseerde tests naar onze mening minder geschikt voor angstmetingen bij paren die dikwijls al jaren met een fertiliteitsprobleem worden geconfronteerd en nu aan het begin staan van een IVF-procedure. Het is derhalve beter gebruik te maken van een meer specifieke meting van de (angst)gevoelens ten aanzien van de IVF-behandeling.

Pogingen om via onderzoek de invloed van psychosociale factoren op het beloop en de afloop van de IVF-behandeling te bepalen zijn niet talrijk: de meeste onderzoekers zijn niet verder gekomen dan een beschrijving van de psychosociale kenmerken van IVF-paren. De weinige onderzoeken die wel zijn opgezet om deze vraag te beantwoorden hebben tot nu toe weinig opgeleverd. Guttman en anderen vonden geen verschillen in angst (STAI) en neuroticisme en extraversie (EPI)⁹, Kemeter en anderen vinden geen verschillen op diverse schalen van de Giessen Personality Test tussen vrouwen die door een IVF-behandeling wel c.q. niet zwanger zijn geworden¹⁸. Haseltine c.s. konden nog geen uitspraken doen over een eventuele invloed van 'onderdrukte angst' op het succes van de IVF-behandeling vanwege te kleine aantallen¹⁶; dit onderzoek wordt voortgezet. Ook hier geldt, dat naar onze mening de algemene angstvragen uit de gestandaardiseerde tests niet voldoende zijn voor het meten van angst bij IVF-paren. Een goede vergelijking tussen de angstscores van paren van wie de vrouw *wel* en paren van wie de vrouw *niet* zwanger blijkt te worden via in vitro fertilisatie is derhalve gebaat bij specifieke angstvragen over infertiliteit en de IVF-procedure.

EVALUATIEONDERZOEK

De literatuurstudie waarvan hier verslag wordt uitgebracht is onderdeel van een evaluatieonderzoek naar in vitro fertilisatie in Nederland, dat wordt uitgevoerd in opdracht van de Ziekenfondsraad. De algemene vraagstelling van het evaluatieonderzoek luidt: dient in vitro fertilisatie te worden opgenomen in het verstrekkingenpakket van ziekenfondsverzekerden en, zo ja, onder welke voorwaarden? Daarbij wordt gelet op medische, financieel-economische en psychosociale aspecten.

In 1985 heeft de Ziekenfondsraad het departement van WVC geadviseerd in vitro fertilisatie expliciet uit te sluiten van het verstrekkingenpakket van ziekenfondsverzekerden, in afwachting van de resultaten van het evaluatieonderzoek. Dit advies paste in het beleid de groei in de gezondheidszorg te beheersen op basis van betere informatie. De staatssecretaris van WVC volgde het advies van de Ziekenfondsraad op en op dit moment wordt de evaluatiestudie in vijf Nederlandse ziekenhuizen uitgevoerd: het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit in Amsterdam, het Academisch Ziekenhuis Leiden, het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt in Rotterdam, het St. Radboud Ziekenhuis in Nijmegen en het St. Elisabeth-ziekenhuis in Tilburg. De IVF-behandeling wordt overigens op kleinere schaal in diverse andere Nederlandse ziekenhuizen verricht.

Opzet onderzoek

Om antwoord te krijgen op de vraagstellingen omtrent psychosociale determinanten van succes en psychosociale effecten van de IVF-behandeling zijn vragenlijsten opgesteld, mede gebaseerd op de vermelde literatuurbevindingen. Alle metingen zijn schriftelijk. Aangezien vrouw en man ieder op haar of zijn eigen manier de emoties rond het proces van infertiliteit en in vitro fertilisatie beleeft, wordt aan beide partners een soortgelijke vragenlijst voorgelegd. Voor de bepaling van de psychosociale beleving van de IVF-procedure is het van belang de situa-

tie vóór de start van de procedure (voormeting) te vergelijken met de situatie na iedere behandeling (nameting). De beleving van de IVF-behandeling zou het best tijdens de behandeling kunnen worden bepaald. Dat is evenwel in een multicenter study als deze niet op een uniforme wijze te organiseren. Derhalve zal achteraf worden gevraagd naar de beleving van de behandeling. Alleen paren die nog niet eerder een IVF-behandeling hebben ondergaan behoren tot de onderzoekpopulatie. Indien zij bereid zijn aan het onderzoek mee te werken, wordt hun vóór de eerste IVF-behandeling een aantal vragen voorgelegd. De beslissing over de behandeling is dan al genomen, zodat de antwoorden op de vragen deze beslissing niet meer kunnen beïnvloeden. Ook op eventueel volgende IVF-behandelingen kunnen de antwoorden geen invloed hebben, aangezien ze niet aan de arts worden verstrekt.

Gegevens uit de vragenlijsten worden geanonimiseerd gekoppeld aan diverse eveneens geanonimiseerde, medische gegevens. In het bijzonder voor de vraagstelling omtrent mogelijke psychosociale determinanten voor succes bij in vitro fertilisatie is deze koppeling van belang, aangezien medische factoren een sterk determinerende rol zullen spelen.

Samenstelling vragenlijsten

In de vragenlijsten* zijn allereerst enkele vragen opgenomen over biografische kenmerken (onder andere leeftijd, duur kinderloosheid, opleiding, werkzaamheden).

Zoals eerder aangegeven zijn de algemene gestandaardiseerde meetinstrumenten die zijn bedoeld om min of meer duurzame persoonlijkheidskenmerken te meten slechts van beperkte waarde voor de vergelijking van paren binnen de IVF-populatie. Derhalve wordt gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van de toestandversie van de STAI (de Zelf-Beoordelings-Vragenlijst) en van een aantal dimensies van de vernieuwde versie van de Hopkins-Symptoms-Checklist, te weten depressie, somatische klachten, slaapstoornissen en woede. Tevens worden vragen gesteld over de mate waarin men geneigd is om sociaal wenselijke antwoorden te geven, zodat de psychosociale gegevens hiervoor in

* Sociale wenselijkheid is het fenomeen dat mensen bij de beantwoording van enquêtes geen oprecht antwoord geven, maar een antwoord waarin zij ongunstige kenmerken voor zichzelf verbergen of gunstige kenmerken accentueren conform de volgens hen levende verwachtingen²¹.

* De literatuurverwijzingen over de gehanteerde tests zijn alleen opgenomen in de op te vragen uitgebreide literatuurlijst.

een later stadium kunnen worden gecorrigeerd.

Daarnaast zijn er vragenlijsten opgesteld over de specifieke gevoelens en verwachtingen (vooraf) c.q. ervaringen (achteraf) van paren ten aanzien van in vitro fertilisatie als totaal zowel als ten aanzien van de diverse elementen daarvan (bezoek aan het ziekenhuis, de follikelpunctie, de semenproductie, de embryotransfer). Tevens wordt aandacht besteed aan de ervaren gezondheidsspecifieke gevoelens van interne en externe beheersing tijdens de IVF-behandeling.

Om een indruk te krijgen van de relatie tussen de IVF-partners wordt gebruik gemaakt van een gedeelte van een vertaalde versie van de Maudsley Marital Questionnaire. In de nameting wordt een deel van deze vragenlijst herhaald ten einde na te gaan of de IVF-behandeling invloed heeft op de satisfactie met de relatie, rekening houdend met het (tussen)resultaat van de behandeling.

Een vragenlijst over de beleving van de infertilitet (met de dimensies zelfvertrouwen, schuldgevoel en seksualiteitsbeleving) is uit een eerdere versie van de vragenlijst verwijderd naar aanleiding van opmerkingen van vertegenwoordigers van de organisaties die bij het onderzoek zijn betrokken: geconstateerd werd dat bij gebruik van een schriftelijke meting vooral vragen over seksualiteit en

schuldgevoelens kort voor een IVF-behandeling te veel emoties kunnen losmaken op een ongewenst moment.

Tot slot zijn er nog enkele vragen opgenomen over de ervaringen van het paar met de vragenlijst. Deze vragen worden gesteld op die momenten waarop paren gevoelig kunnen zijn voor het min of meer oprakelen van allerlei gedachten en emoties. De ervaringen met dergelijke vragenlijsten bij operatiepatiënten suggereren dat deze belasting nauwelijks optreedt²¹, maar dit is op voorhand niet uit te sluiten bij de IVF-paren. □

Het onderzoek waarvan in deze artikelen verslag wordt uitgebracht werd financieel mogelijk gemaakt door de Ziekenfondsraad.

Literatuur

1. Goldfarb J et al. Impact of psychologic factors in the care of the infertile couple. *Sem in Reprod Endoc* 1985; 3:93-9.
2. Lalos A et al. A psychological characterization in infertile couples before surgical treatment of the female. *Journal Psychosom Obstet Gynaec* 1985; 4: 83-8.
3. Menning B. The emotional needs of infertile couples. *Fert/Ster* 1980; 34: 313-9.
4. Fleming J et al. Coping with infertility: How infertile people process grief. Abstracts 41st annual meeting AFS, 1985. Chicago, Illinois, 22.
5. Mahlstedt P. The psychological component of infertility. *Fert/Ster* 1985; 43: 335-46.
6. Crowe C. Women want it: In Vitro Fertilization and women's motivation for participation. *Women's Studies International Forum* 1985; 8: 57-62.
7. Hall E van. De begeleiding van het infertiele paar. *In:*

Rolland R et al (red). *Fertilitetsstoornissen*. Utrecht: Bunge, 1985.

8. Astor J, Pawson M. The value of psychometric testing in the investigation of infertility. *Journal Psychosom Obstet Gynaecol* 1985; 5: 107-11.

9. Kemeter P. A psychosocial questionnaire in infertile women and the outcome of IVF/ET. *Journal of IVF/ET* 1986; 3: 189.

10. Morse C, Dennerstein L. Infertile couples entering an in vitro fertilization programme: a preliminary survey. *Journal Psychosom Obstet Gynaecol* 1985; 4: 207-19.

11. Morse C, Hall E van. Psychosocial aspects of infertility: a review of current concepts. *Journal of Psychosom Obstet Gynaecol* 1987; 6: 157-64.

12. Hall E van, Trimbos-kemper T. The management of 'unexplained infertility'. *Infertility* 1982; 5: 105-15.

13. Wood C, Westmore A. Reageerbuisbevruchting. Een moderne methode van onvruchtbaarheidsbehandeling. Katwijk: Servire, 1983.

14. Hall E van. The gynaecologist and artificial reproduction. *Journal Psychosom Obstet Gynaec* 1985; 4: 317-20.

15. Freeman E et al. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fert/Ster* 1985; 43: 48-53.

16. Haseltine F et al. Psychological interviews in screening couples undergoing in vitro fertilization. *Ann NY Acad Sc* 1985; 442: 504-22.

17. Holmes H, Tijnstra Tj. In vitro fertilisatie in Nederland. *Medisch Contact* 1985; 40: 1341-4.

18. Guttman S et al. Psychosocial profile of 180 couples undergoing IVF. *Journal of IVF/ET* 1986; 3: 189-90.

19. Keye W et al. The psychosocial evaluation of couples undergoing in vitro fertilization. *Journal of IVF/ET* 1984; 1: 119.

20. Garcia C et al. Behavioral and emotional factors and treatment responses in a study of anovulatory infertile women. *Fert/Ster* 1985; 44: 478-83.

21. Visser A. De beleving van het verblijf in het algemeen ziekenhuis. Dissertatie. Assen: Van Gorcum, 1984.

Een uitgebreidere literatuurlijst is op te vragen bij Drs. G. Haan, Vakgroep Economie van de Gezondheidszorg, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Substitutie

2: Substitutieverschijnselen in de regio's Friesland, Tilburg en Twente

Het tweede artikel over het door het instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek van de Katholieke Universiteit Brabant te Tilburg (IVA) uitgevoerde substitutieonderzoek heeft betrekking op de gezondheidsregio's Friesland, Tilburg en Twente. Bij de aanvraag van het onderzoek heeft de opdrachtgever, het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, juist deze drie regio's gekozen, omdat er in Tilburg relatief veel, in Friesland relatief weinig en in Twente een gemiddeld aantal verrichtingen klinisch werden uitgevoerd.

Drs. M. H. L. van Tits

In het tweede van de drie artikelen over substitutieverschijnselen tussen kliniek en polikliniek vergelijkt de econometrist Drs. M. H. L. van Tits cijfermateriaal uit de regio's Friesland, Tilburg en Twente met de landelijke gegevens. Het gaat daarbij om een aantal geselecteerde specifieke verrichtingen.

Van in totaal 43 verrichtingen (31 therapeutische en 12 diagnostische) die betrekking hebben op de specialismen chirurgie, urologie, orthopedie, KNO-heelkunde, oogheelkunde, inwendige geneeskunde en verloskunde en gynaecologie zijn de gegevens opgevraagd voor de jaren 1981, 1982 en 1983. De 281 in de drie regio's werkzame medisch specialisten binnen de genoemde specialismen dienden daartoe individueel de gegevensverstrekking te fiatteren. In totaal hebben 246 specialisten dit ook daadwerkelijk gedaan, hetgeen een respons van

88% betekent. Van elke verrichting zijn de aantallen uitvoeringen in de kliniek, in de poliklinische alsmede de klinische uitvoering met een opname korter dan 24 uur gevraagd. De selectie van de 43 verrichtingen waarop het onderzoek betrekking heeft is geschied door de drie regionale begeleidingscommissies, waarin ziekenhuisdirecties en medisch specialisten zitting hadden. De keuze viel op die verrichtingen, waarbij substitutiemogelijkheden waarschijnlijk werden geacht.

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de ontwikkelingen in Nederland tussen 1974 en 1984 met betrekking tot alle verrichtingen en de 43 geselecteerde verrichtingen. Tussen 1974 en 1984 is het percentage poliklinisch uitgevoerde verrichtingen in Nederland gestegen van 60% naar 75%. Deze verandering is niet veroorzaakt door een vermindering van het aantal klinische verrichtingen (toename van 43%), maar door een relatief veel snellere toename van het aantal poliklinische verrichtingen (toename van 197%). De 43 verrichtingen die in het onderzoek zijn betrokken, in 1974 ongeveer 17% van het totaal en in 1984 circa 11%, tonen een ander beeld. Het percentage poliklinisch uitgevoerde verrichtingen is gestegen van 44% in 1974 naar 65% in 1984. Echter, deze stijging is juist gepaard gegaan met een daling van het aantal klinische verrichtingen met 22% (= index 78). Hier kan men dus van een effectieve substitutie spreken.

VOORHANDEN INFORMATIE

Naast de verkregen schriftelijke informatie met betrekking tot de 43 geselecteerde

Tabel 1. Ontwikkelingen in Nederland tussen 1974 en 1984 met betrekking tot alle verrichtingen en de in het onderzoek geselecteerde 43 verrichtingen.

	index verrichtingen 1984 (1974 = 100)				klinisch		klinisch <24 uur		poliklinisch	
	klin.	kl.<24	poli	totaal	1974	1984	1974	1984	1974	1984
alle verrichtingen	143	685	297	236	40,1%	24,3%	0,2%	0,5%	59,7%	75,2%
43 geselecteerde verrichtingen	78	670	207	138	55,7%	31,4%	0,7%	3,5%	43,6%	65,1%

Bron: LISZ.

verrichtingen in de regio's Friesland, Tilburg en Twente is er ook mondelinge informatie voorhanden. Met 74 medisch specialisten zijn gesprekken gevoerd over de knelpunten die een mogelijke (verdere) verschuiving van klinisch handelen in de richting van dagbehandeling en poliklinisch handelen in de weg staan. In het derde artikel komen de opgedane ervaringen aan de orde. Wat nu reeds zal worden behandeld is de verkregen informatie met betrekking tot de verrichtingen. Tijdens de mondelinge interviews is per geselecteerde verrichting namelijk ook gevraagd hoe deze nu (in 1985) wordt uitgevoerd (klinisch, in dagverpleging, poliklinisch) en wat de gewenste wijze van uitvoering van de geselecteerde verrichting onder ideale omstandigheden is: klinisch en/of in dagverpleging en/of poliklinisch. 'Onder ideale omstandigheden' betekent dat mogelijke belemmeringen met name wat de ziekenhuisfaciliteiten, -organisatie, -bekostiging en de nazorg betreft zijn opgeheven.

Aan de beantwoording van de vragen naar de gewenste wijze van uitvoering van de verrichtingen hebben de medisch specialisten in de regio Tilburg niet mee-

gedaan. De resultaten zijn dus gebaseerd op interviews in twee regio's: Twente en Friesland. De volgende informatie is nu bekend van elk der 43 geselecteerde verrichtingen:

- voor Nederland als totaal: de percentages en aantallen uitvoeringen in kliniek en polikliniek alsmede de klinische uitvoeringen met een opname korter dan 24 uur voor de jaren 1974 tot en met 1984 (bron: LISZ);
- voor de regio's Friesland, Tilburg en Twente: de percentages en aantallen uitvoeringen in kliniek en polikliniek, alsmede de klinische uitvoeringen met een opname korter dan 24 uur voor de jaren 1981, 1982 en 1983 (bron: LISZ op basis van de gegevens van 246 medisch specialisten);
- voor de regio's Friesland en Twente: de percentages uitvoeringen in kliniek, dagverpleging en polikliniek voor het jaar 1985, alsmede de gewenste wijze van uitvoering onder 'ideale' omstandigheden (bron: mondelinge interviews met 74 medisch specialisten);
- het advies van de Ziekenfondsraad om bepaalde verrichtingen in dagverpleging danwel poliklinisch uit te voeren (bron: Ziekenfondsraad 1985).

Tabel 2. Overzicht van geconstateerde substitutievervalsijnselen, alsmede een vergelijking tussen de regio's-1985 en de mogelijke (ideale) situatie bij de vijftien meest voorkomende verrichtingen.

		constatering		substitutie		regio's Friesland en Twente (1985)			regio's Friesland en Twente mogelijke situatie (ideaal)		
specialisme	verrichting	Tilburg 81-83	Friesland 81-83	Twente 81-83	Nederland 74-84	klin	dag	poli	klin	dag	poli
Chirurgie	operatie hernia inguinalis	neen	neen	neen	ja	96%	0%	4%	76%	18%	6%
Urologie	vasectomie	neen	neen	neen	neen	0%	0%	100%	0%	4%	96%
Orthopedie	arthroscopie van de knie	neen	neen	neen	neen	70%	30%	0%	10%	58%	32%
KNO	transmeatale drainage middenoor	ja	ja	ja	ja	0%	46%	54%	0%	34%	66%
KNO	endonasale sinus maxillaris operatie	ja	neen	neen	ja	66%	14%	20%	66%	14%	20%
KNO	tonsillectomie t/m 10 jaar	neen	neen	neen	ja	6%	44%	50%	0%	78%	22%
KNO	adenotomie	neen	neen	neen	ja	0%	20%	80%	0%	42%	58%
Oogheelkunde	coagulatie intra-oculaire aandoeningen	ja	ja	ja	ja	30%	0%	70%	30%	0%	70%
Oogheelkunde	verwijdering corpus alienum cornea	neen	neen	neen	neen	0%	0%	100%	0%	0%	100%
Verloskunde/Gynaecologie	laparoscopie	ja	ja	neen	ja	70%	30%	0%	5%	90%	5%
Verloskunde/Gynaecologie	sterilisatie via laparoscopie of culdoscopie	ja	ja	neen	ja	75%	25%	0%	5%	89%	6%
Verloskunde/Gynaecologie	curettagc	ja	ja	neen	ja	45%	30%	25%	10%	50%	40%
Verloskunde/Gynaecologie	hystero-salpingografie	ja	ja	neen	ja	0%	0%	100%	0%	0%	100%
Inwendige Geneeskunde	gastroscopie-fiberscoop inclusief proefexcisie	neen	neen	neen	ja	5%	0%	95%	5%	0%	95%
Inwendige Geneeskunde	duodenoscopie inclusief proefexcisie	neen	neen	neen	neen	5%	0%	95%	5%	0%	95%

Tabel 3. Vergelijking tussen Nederland-1984 (bron: LISZ) en de mogelijke (ideale) situatie bij de vijftien meest voorkomende verrichtingen (verklaring van de tekens: ++ = voorkeur; + = kan ook; - = liever niet; bron Ziekenfondsraad: 1985).

specialisme	verrichting	Nederland (1984)			regio's Friesland en Twente mogelijke situatie (ideaal)			advies Ziekenfondsraad	
		aantal (NL 1984)	klin	klin<24	poli	klin	dag	poli	dag
Chirurgie	operatie hernia inguinalis	10.892	96%	1%	3%	76%	18%	6%	+
Urologie	vasectomie	11.182	3%	0%	97%	0%	4%	96%	-
Orthopedie	arthroscopie van de knie	7.976	66%	2%	32%	10%	58%	32%	++
KNO	transmeatale drainage middenoor	36.785	14%	14%	72%	0%	34%	66%	+
KNO	endonasale sinus maxillaris operatie	6.605	67%	3%	30%	66%	14%	20%	++
KNO	tonsillektomie t/m 10 jaar	20.761	52%	4%	44%	0%	78%	22%	++
KNO	adenotomie	16.694	17%	11%	72%	0%	42%	58%	+
Oogheelkunde	coagulatie intra-oculaire aandoeningen	8.998	4%	0%	96%	30%	0%	70%	++
Oogheelkunde	verwijdering corpus alienum cornea	42.878	0%	0%	100%	0%	0%	100%	-
Verloskunde/Gynaecologie	laparoscopie	6.644	79%	5%	16%	5%	90%	5%	++
Verloskunde/Gynaecologie	sterilisatie via laparoscopie of culdoscopie	13.730	71%	5%	24%	5%	89%	6%	++
Verloskunde/Gynaecologie	curettag	25.029	70%	4%	26%	10%	50%	40%	++
Verloskunde/Gynaecologie	hystero-salpingografie	7.128	6%	2%	92%	0%	0%	100%	+
Inwendige Geneeskunde	gastroscopie-fiberscoop inclusief proefexcisie	15.695	2%	0%	98%	5%	0%	95%	-
Inwendige Geneeskunde	duodenoscopie inclusief proefexcisie	34.137	2%	0%	98%	5%	0%	95%	-

CONSTATERING SUBSTITUTIE

Omdat het ondoenlijk is alle informatie in één artikel weer te geven, worden hier alleen de vijftien meest voorkomende verrichtingen behandeld en wordt volstaan met het aangeven bij welke verrichting naar alle waarschijnlijkheid substitutie is opgetreden in de drie regio's tussen 1981 en 1983 en in Nederland als totaal tussen de jaren 1974 en 1984.

Onder substitutie verstaan we in dit verband het verschijnsel dat intensivering van de omvang van poliklinische zorg en kortdurende klinische zorg (met een opname korter dan 24 uur) leidt tot een afname van de omvang van de klinische zorg, daarbij rekening houdend met de toename van de behoefte aan medische

zorg, gebaseerd op de mutaties in omvang en (leeftijds)samenstelling van de ziekenfondspopulatie.

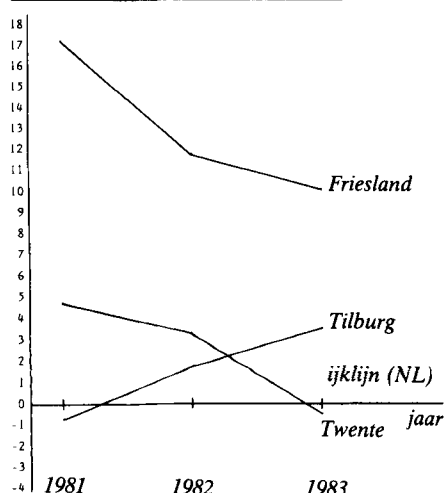
Uit de gegevens van tabel 2 blijkt dat bij elf van de vijftien meest voorkomende verrichtingen uit het onderzoek in Nederland tussen 1974 en 1984 (naar alle waarschijnlijkheid) substitutie is opgetreden. In de regio Twente is waarschijnlijk bij twee verrichtingen sprake van substitutieverschijnselen. In de regio Friesland bij zes verrichtingen en in de regio Tilburg bij zeven verrichtingen. Alleen bij de 'transmeatale drainage middenoor' en de 'coagulatie intra-oculaire aandoeningen' is zowel in de drie regio's als in Nederland als totaal sprake van substitutie. Vooral binnen de specialismen KNO-heelkunde en Verloskunde en Gynaecologie bevinden zich de verrichtingen (uit de selectie van vijftien) waar bij substitutie is geconstateerd.

Tabel 2 bevat ook een overzicht van de ervaringen die werden opgedaan tijdens

de gesprekken met de specialisten in de regio's Friesland en Twente met betrekking tot de situatie in 1985 en de gewenste wijze van uitvoering onder 'ideale' omstandigheden. Bij de volgende verrichtingen zijn opvallende verschillen geconstateerd:

- arthroscopie van de knie: een verschuiving van 60% van kliniek naar dagverpleging en polikliniek;
- laparoscopie: een verschuiving van 65% van kliniek naar voornamelijk dagverpleging;
- sterilisatie via laparoscopie of culdoscopie: een verschuiving van 70% van kliniek naar voornamelijk dagverpleging;
- curettag: een verschuiving van 35% van kliniek naar dagverpleging en polikliniek;
- tonsillektomie tot en met 10 jaar: een verschuiving (terug) van 28% van polikliniek naar dagverpleging;
- adenotomie: een verschuiving (terug) van 22% van polikliniek naar dagverpleging.

Grafiek. Verschil ten opzichte van Nederland met betrekking tot het poliklinisch handelen.



Tabel 4. Een overzicht van geconstateerde verschillen met betrekking tot het poliklinisch handelen (regionaal percentage poliklinisch handelen minus het landelijke percentage).

specialisme	verrichtingen	Tilburg			Friesland			Twente		
		1981	1982	1983	1981	1982	1983	1981	1982	1983
Chirurgie	6	-1,8	2,0	1,6	-1,5	-2,5	-4,9	-2,7	-3,9	-4,5
Urologie	5	0,5	-8,2	-7,5	-3,4	-3,5	-3,8	-6,3	-11,3	-5,4
Orthopedie	8	-	-	-	27,3	22,9	14,5	-18,5	-20,0	-16,8
KNO	9	-8,0	-3,5	-2,7	30,1	19,3	14,1	17,5	15,4	3,7
Oogheelkunde	5	2,3	-0,7	5,8	1,2	0,7	1,0	-0,9	-0,3	-0,1
Verloskunde/Gynaecologie	7	15,8	27,2	33,8	32,0	25,5	30,4	0,6	-0,1	-4,0
Inwendige Geneeskunde	3	-8,8	-11,5	-14,4	1,4	1,6	0,6	2,0	3,6	3,6
regio-gemiddelde	43	-0,7	1,7	3,5	17,1	11,7	10,0	4,7	3,3	-0,5

Bron: (bewerkte) LISZ-gegevens.

Aanvullende informatie bij de vijftien meest voorkomende verrichtingen is te vinden in *tabel 3*. Hier staan de aantallen in 1984 in Nederland gedeclareerde verrichtingen vermeld. Voorts wordt de Nederlandse situatie van 1984 (waar geen uitsplitsing is naar dagverpleging) vergeleken met de 'gewenste situatie onder ideale omstandigheden'. Bovendien is hier ook het advies van de Ziekenfondsraad (1985) opgenomen. Bij negen van de vijftien verrichtingen is sprake van opvallende verschillen tussen de feitelijke situatie in Nederland in 1984 en de op gesprekken met specialisten in Friesland en Twente gebaseerde gewenste situatie:

- operatie hernia inguinalis: een verschuiving van 20% van kliniek naar voornamelijk dagverpleging. Dit duidt op toekomstige substitutiemogelijkheden;
- arthroscopie van de knie: een verschuiving van 56% van kliniek naar dagverpleging. Ook hier is sprake van substitutiemogelijkheden. In beide gevallen is het percentage poliklinische uitvoeringen 32%, hetgeen een opmerkelijk verschil mag worden genoemd met het advies van de Ziekenfondsraad, omdat poliklinische behandeling juist wordt afgeraden;
- transmeatale drainage middenoor: een verschuiving van 14% van kliniek naar dagverpleging (substitutie) én een verschuiving-terug van 6% van polikliniek naar dagverpleging. De Ziekenfondsraad adviseert poliklinische behandeling;
- tonsillectomie tot en met 10 jaar: een verschuiving van 52% van kliniek naar dagverpleging (substitutie) én een verschuiving-terug van 22% van polikliniek naar dagverpleging. Deze ontwikkeling is conform het advies van de Ziekenfondsraad, waarin een voorkeur wordt uitgesproken voor dagverpleging;
- adenotomie: een verschuiving van 17% van kliniek naar dagverpleging (substitutie) én een verschuiving-terug van 14% van polikliniek naar dagverpleging. De Ziekenfondsraad adviseert juist poliklinische behandeling;
- coagulatie intra-oculaire aandoeningen: een verschuiving-terug van 26% van polikliniek naar kliniek;
- laparoscopie: een verschuiving van 74% van kliniek naar dagverpleging (substitutie) én een verschuiving-terug van 11% van polikliniek naar dagverpleging. Deze ontwikkelingen stroken met het advies van de Ziekenfondsraad, waarin een voorkeur wordt uitgesproken voor dagverpleging en poliklinische behandeling wordt afgeraden;

- sterilisatie via laparoscopie of culdoscopie: een verschuiving van 66% van kliniek naar dagverpleging (substitutie) én een verschuiving-terug van 12% van polikliniek naar dagverpleging. Ook deze ontwikkeling is conform het advies van de Ziekenfondsraad (voorkeur voor dagverpleging; afraden van poliklinische behandeling);
- curettage: een verschuiving van 46% van kliniek naar dagverpleging en 14% van kliniek naar polikliniek. Bij deze verrichting is duidelijk sprake van de aanwezigheid van substitutiemogelijkheden. De Ziekenfondsraad spreekt een voorkeur uit voor dagverpleging.

REGIONALE VERSCHILLEN

Om het verschil tussen de regio's ten opzichte van Nederland in kaart te brengen is van elk der 43 geselecteerde verrichtingen het percentage poliklinische uitvoeringen verminderd met het landelijke percentage. Dit is geschied voor de jaren 1981, 1982 en 1983. Op deze wijze krijgen we, per verrichting, inzicht in de mate waarin een bepaalde regio zich boven of onder het landelijk niveau bevindt wat betreft het poliklinisch handelen. De gevonden verschillen zijn vervolgens toegerekend naar de specialismen waarop de verrichtingen betrekking hebben. Op deze wijze is *tabel 4* geconstrueerd. Uit de eerste regel van *tabel 4* blijkt dat 6 (van de 43 geselecteerde) verrichtingen betrekking hebben op het specialisme chirurgie. Onder de kop 'Tilburg 1981' staat -1,8, hetgeen betekent dat het specialisme Chirurgie in de regio Tilburg in 1981 1,8% onder het landelijk niveau heeft gewerkt wat betreft het poliklinisch handelen. Dit percentage (-1,8%) is het gemiddelde van de percentages die behoren bij de zes geselecteerde chirurgische verrichtingen. Uit de *tabel* blijkt verder dat het specialisme Chirurgie in Tilburg in de jaren 1982 en 1983 zich respectievelijk 2,0% en 1,6% boven het landelijk niveau bevond wat betreft het poliklinisch handelen. Gedurende de drie beschouwde jaren bevinden de regio's Twente en Friesland zich onder het landelijk niveau. Bij de volgende specialismen zijn grotere regionale verschillen geconstateerd:

- Orthopedie. In Friesland lag in 1981 het percentage poliklinische uitvoeringen van de acht geselecteerde verrichtingen 27,3% boven het landelijk niveau; in 1983 was dit gedaald tot 14,5%. In Twente lag dit percentage 18,5% onder het landelijk niveau en in 1983 was dit

16,8%. De ontwikkeling voor beide regio's is een groei naar het landelijk niveau. Van de in de regio Tilburg werkzame orthopeden zijn te weinig gegevens bekend om een representatief beeld te kunnen schetsen.

- KNO-heelkunde. Ook bij dit specialisme buigen de ontwikkelingslijnen voor de drie regio's naar elkaar toe, ofschoon er relatief grote verschillen zijn geconstateerd. Het percentage poliklinische uitvoeringen van de 9 geselecteerde verrichtingen lag in 1981 in Friesland 30,1% boven en in Tilburg 8,0% onder het landelijk niveau. In 1983 waren de verschillen respectievelijk +14,1% en -2,7%.

- Verloskunde en Gynaecologie. De cijfers van Twente schommelen rond het landelijk niveau. In de regio's Tilburg en Friesland wordt aanzienlijk méér poliklinisch gehandeld dan landelijk. In 1983 liggen de percentages respectievelijk 33,8% en 30,4% boven het landelijk niveau.

Tenslotte is het 'gemiddelde' verschil ten opzichte van het landelijk niveau berekend voor elke regio. Het regionale cijfer is het gewogen gemiddelde van de zeven specialismen. De wegingscoëfficiënt is het totaal aantal uitgevoerde verrichtingen binnen elk specialisme. Op de onderste regel van *tabel 4* staan de regio-gemiddelden vermeld voor de jaren 1981, 1982 en 1983. De regio Tilburg bevond zich in 1981 0,7% onder het landelijk niveau met betrekking tot het poliklinisch handelen. In 1983 was dit 3,5% boven het landelijk niveau; voor Friesland zijn deze cijfers respectievelijk +17,1% en +10,0% en voor Twente +4,7% en -0,5%. In de *grafiek* stelt de horizontale as, de ijklijn, het landelijk niveau voor. Ofschoon de beschouwde periode van drie jaar wat kort is voor het trekken van conclusies, valt er een dalende trend in de mate van poliklinisch handelen te bespeuren in de regio Twente (gebaseerd op de 43 geselecteerde verrichtingen) tot onder het landelijk niveau in 1983. Tilburg daarentegen stijgt boven het landelijk gemiddelde uit. Ofschoon het niveau in 1983 7% lager is dan in 1981, blijft Friesland koploper van de drie regio's. In algemene zin kan worden geconcludeerd dat de regionale verschillen tussen 1981 en 1983 minder groot zijn geworden. □

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie 100 jaar

Oudste wetenschappelijke vereniging bereid en in staat tot veranderen

De ontwikkelingen in de jaren zestig hebben ertoe geleid dat in 1985 8% van het nationaal inkomen aan de gezondheidszorg werd besteed. Overigens stijgt dit percentage al jaren niet meer, iets wat velen zich niet blijken te realiseren. De afgelopen jaren konden nieuwe technieken, ook binnen ons gebied, gemakkelijk worden geïntroduceerd, terwijl nauwelijks werd stilgestaan bij de doelmatigheid ervan, met name in vergelijking tot reeds bestaande methoden van diagnostiek en/of behandeling. Te gemakkelijk wordt overigens gesteld dat onze samenleving niet bereid is de daaruit voortvloeiende hogere kosten voor haar rekening te nemen: juist indien die samenleving daartoe bereid zou zijn, mag zij de aanbieders van de zorg vragen de ter beschikking staande middelen zodanig aan te wenden dat er van de hoogste kwaliteit sprake is en dat deze kwaliteitsverbetering niet automatisch tot kostenstijging leidt. Wat kan een wetenschappelijke vereniging als de NVOG hieraan doen en wat doet zij hieraan?

Obstetrie

De kwaliteit van de verloskundige zorg in de geïndustrialiseerde landen wordt hoog genoemd. Veelal wordt dit geadstrueerd aan de hand van cijfers omtrent de perinatale sterfte. Hoewel niet iedereen even grote waarden toekent aan het gebruik van deze cijfers, hebben wij Nederlanders ons er jaren mee op de borst geklopt toen het ging om onze koploperpositie. Toen de arts-statisticus Hoogendoorn ongeveer een jaar geleden een beschouwing wijdde aan de perinatale sterfte in Nederland en daarbij de hypothese ontwikkelde dat het verlies van die koppositie te maken zou kunnen hebben met het niet verder afnemen van het aantal thuisbevallingen in ons land, was dit aanleiding tot meer ingezonden stukken dan er ooit naar aanleiding van één artikel zijn geweest. Zoals de redactie van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde terecht opmerkte, kreeg de boodschap van Hoogendoorn: 'De daling van de perinatale sterfte in Nederland blijft achter', veel minder aandacht dan de geuite veronderstelling dat dit met de thuisbevalling te maken zou hebben.

Selectie

In het in Nederland functionerende verloskundige selectiesysteem werd ervan uitgegaan dat de eerste lijn verantwoordelijkheid kan dragen voor de fysiologische verloskunde. Van dit principe is dit jaar in de voorstellen van de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst (WBK) afgestapt. Voorgesteld wordt dat de eerstelijns hulpverlener zorg blijft verlenen zolang de tweede lijn geen betere mogelijkheden ten aanzien van preventie of behandeling heeft. Daarmee is begeleiding van zwangeren met een verhoogd risico door de eerstelijns

Prof. Dr. J. M. W. M. Merkus

Het honderdjarige bestaan van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NOVG) is een goede aanleiding om in het licht van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in Nederland stil te staan bij de plaats van onze wetenschappelijke vereniging binnen die zorg.

hulpverlener geïntroduceerd, hoewel deze daarvoor niet is opgeleid. De NVOG heeft haar medisch-inhoudelijke ernstige bezwaren kenbaar gemaakt in het rapport van de commissie-Huisjes en de vrees uitgesproken dat de kwaliteit van de verloskundige zorg zal verslechteren en dat deze gedragslijn een halt zal toeroepen aan de ontwikkelingen op het gebied van die zorg. Daarbij was niet, zoals sommigen suggereerden, het beroepsbelang uitgangspunt. Dit moge ook blijken uit het onlangs in dit tijdschrift verschenen artikel van Dr. C. A. J. Vlek waarin vanuit psychologisch-besliskundig perspectief ernstige kritiek op het WBK-rapport wordt geuit.

Tekenend voor de overmaat aan regelgeving en advisering op het gebied van de verloskundige zorg is het feit dat ten tijde van het functioneren van de Werkgroep bijstelling Kloostermanlijst door de toenmalige staatssecretaris Van der Reijden een adviescommissie verloskunde werd ingesteld. Deze adviescommissie heeft na drie jaar, dat wil zeggen twee jaar later dan de opdracht was, haar werkzaamheden afgerond. Het is te hopen dat men in deze tijd kans heeft gezien zich niet te beperken tot de onjuiste vraagstelling, maar de taak ruimer op te vatten en aan te geven hoe verloskundige zorg kan worden gerealiseerd met de beste kwaliteit; dat betekent: nauwkeurige evaluatie van de verleende verloskundige zorg.

De Nederlandse gynaecoloog is al jaren bereid inzicht te geven in de kwaliteit. Dat gebeurt in het project *Landelijke Verloskundige Registratie* (LVR). Het in overleg met onze vereniging door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde gestarte project *Landelijke Neonatale Registratie* (LNR) biedt de mogelijkheid een nog betere indruk te krijgen van de kwaliteit van de verloskundige zorg in ons land. Op grond dus van de gegevens omtrent de kwaliteit en niet op grond van de vooringenomen standpunten ten aanzien van versterking van welke groepering dan ook, kan een optimale verloskundige organisatie tot stand worden gebracht.

Algemene gynaecologie

Naast het zichtbaar maken van kwaliteit, heeft een wetenschappelijke vereniging ook als taak het signaleren van en richting geven aan

nieuwe ontwikkelingen in het vakgebied en bovendien te wijzen op aspecten van het vak die onvoldoende aandacht krijgen. Als gunstig voorbeeld kan worden genoemd, het bijdragen aan de consensusontwikkeling rond osteoporose, een klacht, voortvloeiend uit de sterk toenemende vergrijzing.

Het is echter opvallend dat gynaecologen in een tijd waarin zij meer open blijken te staan voor psychosomatische gynaecologie en seksuologie, relatief geringe belangstelling tonen voor de diagnostiek en behandeling van de seksueel overdraagbare aandoeningen. De veronderstelling dat dit het gevolg is van het feit dat de gynaecoloog in het algemeen minder op de mannelijke partner gericht is, is moeilijk te begrijpen in het licht van het feit dat het infertilitetsonderzoek in Nederland juist ook bij de man vrijwel alleen door gynaecologen wordt verricht. Gynaecologen kunnen op deze wijze goed constateren hoe nuttig het is beide partners in de behandeling te betrekken. Dankzij het feit dat in de Scandinavische landen gynaecologen een rol hebben gespeeld in de veneriologie is duidelijk aangegeven welke pathogene bacteriën van belang zijn bij het ontstaan van PID en in welke mate gynaecologische infecties kunnen leiden tot infertiliteit of tot een verhoogde kans op maligne veranderingen van de cervix uteri, aandoeningen waarmee de gynaecologie wordt geconfronteerd. 'Indien dit gebied van de geneeskunde meer binnen de gynaecologie zou worden getrokken, zou een hoogwaardige medische verzorging van patiënten, lijdende aan seksueel overdraagbare aandoeningen en complicaties ervan, het gevolg zijn', aldus de hoogleraar in de veneriologie Stolz; zijn oproep dient door ons zeer goed te worden verstaan.

Urologische gynaecologie

Vooraanstaande leden van onze vereniging vestigen bij herhaling de aandacht op het belang van goede diagnostiek en behandeling van urine-incontinentie bij de vrouw. Daarbij wordt in het bijzonder in onze beroepsgroep ook gewezen op psychosomatische aspecten van deze klacht en de invloed van de menopauze. De gemeenschappelijke betrokkenheid van urologen en gynaecologen bij dit onderwerp en hun goede verstandhouding kunnen leiden tot optimale behandeling van patiënten met uro-gynaecologische problematiek. De resultaten van deze behandelingen kunnen worden geëvalueerd in het door de gynaecologen geëntameerde project *Landelijke Gynaecologische Registratie*.

Voortplantingsendocrinologie

De snel toegenomen kennis van de fysiologie en de pathofysiologie van de menselijke voortplanting en de ontwikkelingen binnen de biotechnologie brengen het ontstaan van mense-

lijk leven steeds meer onder controle van de medische wetenschap. Hoewel de IVF-methode oorspronkelijk is gepropageerd als een alternatieve behandelingsmethode bij onvruchtbaarheid van de vrouw als gevolg van niet aanwezige of slecht functionerende eileiders, is nu al duidelijk dat bij verdere verbetering en vereenvoudiging van de technieken door de patiënten op een aanzienlijke indicatie-uitbreiding zal worden aangedrongen. Bij ontwikkelingen als deze dient de wetenschappelijke vereniging het voortouw te nemen, niet alleen als het gaat om het signaleren van voortdelen, maar ook om op de gevaren van de ontwikkelingen te wijzen. Kwaliteitscriteria moeten hier aandacht aan schenken. Het is verheugend, al is het niet de eerste keer, dat een werkgroep van onze vereniging en nu de werkgroep In Vitro Fertilisatie kwaliteitscriteria voor deze behandeling heeft ontwikkeld.

Oncologische gynaecologie

De operatieve behandeling van gynaecologische tumoren en de ontwikkeling op het gebied van de chemo- en radiotherapie enerzijds en de relatief geringe incidentie van gynaecologische tumoren anderzijds, hebben ertoe geleid dat een adequate behandeling van patiënten met een kwaadaardig gezwel van de geslachtsorganen slechts door daartoe extra geschoolde gynaecologen kan worden gegeven. Dankzij intensieve samenwerking met radiotherapeuten, in chemotherapie gespecialiseerde internisten, in pijnbestrijding geschoolde anesthesisten en het psychosociaal team, is het mogelijk patiënten meer kansen te bieden hun ziekte te overleven dan wel hun ziekbed te aanvaarden en zich gesteund te weten door een team waarop beroep altijd mogelijk is.

Behandeling en begeleiding van patiënten vereist vooral met betrekking tot gegeven informatie een zo hoog mogelijke uniformiteit, gezien de onzekerheid die het hebben van een maligniteit teweegbrengt. Binnen het behandelteam zal duidelijk moeten zijn wie zorg draagt voor de communicatie met patiënte en haar familie en dus voor patiënte aanspreekbaar is. Het feit dat behandelingen als radiotherapie en chemotherapie door andere disciplines worden verricht ontslaat de gynaecoloog niet van de plicht zich inzake deze therapie uitvoerig te oriënteren, zodat hij bij de discussie als een volwaardige gesprekspartner kan optreden en het beleid inderdaad door het team, waarin de gynaecoloog de hoofdbehandelaar moet blijven, kan worden bepaald.

Binnen de integrale kankercentra bestaat een uitstekende faciliteit om, in elk geval in de regio, indien al niet landelijk, te komen tot protocolaire diagnostiek en behandeling. Doordat deze centra over fondsen beschikken voor administratieve ondersteuning, kan evaluatie van de behandelresultaten leiden tot zichtbaar maken van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Kwaliteit was voor de commissie-Dekker in haar rapport getiteld 'Bereidheid tot verandering' één van de kernbegrippen. De commissie is van mening dat de verantwoordelijkheid

voor het goed functioneren primair bij de professie ligt. Die professie dient dan echter mechanismen in het leven te roepen die het goed functioneren waarborgen. In het voorgaande heb ik geprobeerd aan te geven dat onze vereniging daar al ruimschoots mee bezig is.

Opleiding

De basis van kwalitatief hoogwaardige obstetrie en gynaecologie wordt gelegd in de opleiding. In 1932 duurde de opleiding drie jaar, thans is dat vijf jaar en binnenkort zal het zes jaar zijn. Niet alleen de *duur* van de opleiding, ook de *structuur* van de opleiding is veranderd. Rond universitaire centra zijn vaste opleidingsgroepen gevormd, die gezamenlijk een deels universitaire, deels niet-universitaire opleiding realiseren. In 1983 is voorts gestart met cursorisch onderwijs aan assistenten in opleiding.

In 1987 is de NVOG toegetreden tot het Collegium Chirurgicum. In 1988 zal de basis cursus heelkunde onderdeel uitmaken van ons cursorisch onderwijs. Dankzij deze maatregelen is het mogelijk goed te voldoen aan de opleidingseisen, waarin nog steeds centraal staat dat men wordt opgeleid om het specialisme in zijn volle omvang te kunnen uitoefenen. Er zijn geen kwaliteitsargumenten om ons vakgebied op te splitsen, er zijn wel redenen om aan te geven waarom dat *niet* moet gebeuren: daar waar verregaande differentiatie, niet eens opsplitsing, wordt nagestreefd, rijzen vele moeilijkheden omdat het moeilijk blijkt te zijn de grenzen aan te geven; de holistische benadering van de patiënt, waarvoor juist in ons vakgebied zo sterk is gepleit, wordt bovendien hiermede geweld aangedaan: wij zijn, zoals het woord al zegt, geen orgaanspecialisten.

De indruk kan nu ontstaan dat ik tegen iedere vorm van differentiatie ben. Dat is nu juist niet het geval. In 1982 heeft de SRC-commissie Opleidingsproblematiek Specialismen gewezen op de mogelijkheden van differentiatie, leidend tot de erkenning MBOV of MBBV. In 1986 is door een commissie differentiatie van ons concilium een uitstekend rapport opgesteld waarin wordt gepleit voor opleiding tot algemeen gynaecoloog/obstetricus en differentiatie, zo u wilt subspecialisatie, mogelijk wordt na een additionele opleiding. Op deze wijze kunnen mensen met bijzondere bekwaamheden in delen van ons vakgebied, overigens werkzaam in klinieken, geleid door een obstetricus/gynaecoloog, aan ontwikkelingen van dat vakgebied hun bijdrage leveren en geavanceerde patiëntenzorg mogelijk maken. Daarbij moet het doel niet zijn een statische centralisatie, maar een *dynamische centralisatie*: kennis en vaardigheden bij nieuwe ontwikkelingen dienen zo snel als dat verantwoord mogelijk is te worden overgedragen op de adequaat nageschoolde algemeen obstetricus/gynaecoloog.

Nascholing

In het kader van het genoemde signaleren van en richting geven aan nieuwe ontwikkelingen dient ook zorg te worden gedragen voor de nascholing van reeds gevestigde gynaecolo-

gen. In de structuur van het post-academisch onderwijs in de geneeskunde is gelukkig verandering gekomen. De NVOG is van mening dat nascholing nadrukkelijk onder haar verantwoordelijkheid hoort te vallen; daarmee kan niet alleen verantwoording worden gedragen voor de kwaliteit van het gebodene, maar tevens wildgroei in het aanbod worden voorkomen. Dankzij een initiatief van drie regionale PAOG-bureaus zal het eerste nascholingsproject onder auspiciën van de Commissie PAOG van de vereniging plaatsvinden in januari 1988. Voorts ligt het in onze bedoeling met door de Stichting Oranjekliniek beschikbaar gestelde middelen aan verschillende aspecten van 'technology assessment' in de obstetrie/gynaecologie aandacht te laten besteden door deskundigen op dit gebied in binnen- en buitenland.

Ik heb de aandacht willen vestigen op de aspecten van de kwaliteit van de zorg en de mogelijkheden van de wetenschappelijke vereniging kwaliteit zichtbaar te maken en te bewaken. In de komende jaren zal steeds meer de nadruk worden gelegd op die kwaliteit. Talrijke technieken dienen zich in dit opzicht aan. Wij worden overspoeld met termen als: 'technology assessment', 'kosten-batenanalyse', 'kosten-effectiviteitsanalyse', 'kosten-utiliteitsanalyse', 'consensusontwikkeling', 'intercollegiale toetsing', 'protocolaire geneeskunde' en 'besliskunde'. Onze vereniging zal niet alleen moeten openstaan voor deze benaderingen, maar juist initiatieven moeten ontwikkelen die ervoor zorgen dat deze technieken geen modeartikel worden, maar zinvol worden aangewend. Niet zinvol is het wanneer een vorm van 'technology assessment' wordt geëntameerd die zeer kostbaar is en naar de overtuiging van velen geen essentieel andere informatie oplevert dan die welke met een eenvoudige literatuurstudie zou zijn verkregen; dit is bijvoorbeeld het geval met IVF in Nederland. Niet zinvol, zelfs schadelijk wordt het indien wij gebruik maken van deze technieken op een wijze dat de efficiëntie van de zorg eenzijdig de boventoon gaat voeren. Vele aspecten in de patiëntenzorg zijn niet gemakkelijk in getallen uit te drukken. Daarom heeft men alleen aandacht voor de kosten, die wel gemakkelijk meetbaar zijn.

Voor de wetenschappelijke vereniging ligt er dus een belangrijke taak, die overigens wel zal vragen om een veel professionelere opstelling dan in het verleden nodig was. De leden en aspirant-leden van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie hebben door hun constructieve opstelling in de voorbije jaren getoond deze ontwikkeling aan te durven en aan te kunnen. De oudste wetenschappelijke vereniging, verantwoordelijk voor revoluties in onze samenleving, is vanzelfsprekend het meest bereid en het meest in staat tot veranderen. □

Prof. Dr. J. M. W. M. Merkus, gynaecoloog, is voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Dit artikel is de verkorte versie van zijn voordracht op het NVOG-eeuwfeest. De integrale tekst van deze voordracht is gereproduceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie van januari 1988.

Waarover klaagden zij . . . ?

Een onderzoek naar (on)tevredenheid over de zorg van huisartsen

In het kader van een studie naar effecten van de zorg van de huisarts werd door arts-interviewers aan 1.443 bij één ziekenfonds verzekerde vrouwen van 50 tot 65 jaar naar klachten over de handwijze van hun huisarts gevraagd. Er werden gemiddeld drie klachten per 20 patiënten van één huisarts genoteerd (ruim 14%). Klachten over 'te kort schieten' komen ruim zeven keer vaker voor dan over 'overbodig handelen'. Het niet verwijzen naar de specialist, waar de respondenten dit wel aangewezen vond, is de meest voorkomende klacht. In die gevallen waarin men meende dat de huisarts een ziekte over het hoofd had gezien worden de gevolgen relatief vaak ernstig geacht. Van de gevallen waarbij eerder de hulp van de specialist had moeten worden ingeroepen vallen de genoemde gevolgen voor de helft in de categorie 'licht'. Tweederde van de klachten van respondenten over het te kort schieten van hun huisarts zijn niet bevredigend met hem besproken. Dat geldt ook voor klachten over problemen met ernstige gevolgen.

INLEIDING

'Een patiënt is vaak tevreden over de hulp die hij ontvangt van een arts. Maar als men goed luistert komen er niet zelden uitingen van misnoegen of ontevredenheid naar voren. In een enkel geval leidt dit tot een formele klacht.' Aldus de hoofdredacteur van Medisch Contact onlangs in dit tijdschrift¹.

In het kader van een studie naar effecten van de zorg wordt de relatie tussen aspecten van de werkwijze van huisartsen en aspecten van gezondheidsgedrag, gezondheidstoestand en satisfactie van patiënten onderzocht. Bij het zoeken naar mogelijkheden voor het meten van de door patiënten ervaren satisfactie ten aanzien van de door de huisarts geleverde hulp werd gedacht aan het rechtstreeks aan de respondenten vragen naar klachten over de zorg van de huisarts. Daarbij stelden wij ons de volgende vragen:

– Van welke aard zijn de door de respon-

W. A. Meyboom

Vanuit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut is onderzoek gedaan naar de tevredenheid, respectievelijk ontevredenheid van patiënten over de zorgverlening door huisartsen. W. A. Meyboom brengt verslag uit, mede namens Dr. A. J. A. Smits, Dr. J. Th. M. van Eyk, Dr. H. G. A. Mekkink en J. van Son.

denten ervaren klachten over het handelen van huisartsen?

– Hoe verhouden deze klachten zich met betrekking tot nalatig respectievelijk overbodig handelen van de huisarts?

– Zijn de genoemde klachten nader te nuanceren naar de door de respondenten aangegeven ernst van de gevolgen die door het bekritiseerde handelen zouden zijn ontstaan?

– In hoeverre worden klachten over het handelen van huisartsen bevredigend besproken tussen artsen en patiënten?

– In hoeverre is het klagen huisartsgebonden?

METHODEN

Voor het onderzoeken van het verband tussen de werkwijze van de huisarts en de gezondheidstoestand, gezondheidsgedrag en satisfactie van hun patiënten is één leeftijds/geslachtsgroep geselecteerd uit de gehele populatie van ziekenfondspatiënten. Op die wijze wordt een groot aantal verschillen in patiëntkenmerken, die géén verband houden met de werkwijze van de huisarts, buiten de vergelijking gehouden.

Er werd een steekproef van 1.443 vrouwen, in de leeftijd van 50 tot en met 64 jaar, a-select getrokken uit de ziekenfondspopulatie van 75 huisartsen. Deze respondenten zijn allen verzekerd bij één regionaal ziekenfonds en sinds minimaal vijf jaar ingeschreven op naam van één der 75 huisartsen. Van elke huisartspraktijk zijn minimaal 14 en maximaal 20 res-

pondenten onderzocht. Het berekend gemiddeld is 19,2. Het streefgetal was 20 uit elke praktijk, 1.500 personen in het totaal. De leeftijd en het geslacht van de respondenten is zo gekozen omdat van hen een redelijk frequent contact met de huisarts, nu en vooral ook in het verleden mag worden verwacht.

Door een arts-interviewer werd bij de patiënte thuis een vragenlijst voorgelegd en beperkt lichamelijk onderzoek gedaan om verschillen in gezondheidstoestand, gezondheidsgedrag en tevredenheid met de door de huisarts geleverde zorg op het spoor te komen. De vragenlijst bevatte onder (veel) meer, de in het kader geplaatste vragen. (schema 1).

Het accepteren van klachten als maat voor satisfactie ten aanzien van de zorg van de huisarts kent een aantal problemen. Het reeds in de inleiding genoemde bezwaar dat men niets hoort, tenzij men goed luistert, werd tegemoet getreden door de instructie aan de interviewer, dat enige aanmoediging gewenst was. Men diende door te vragen indien het antwoord 'Nee' niet resoluut was.

Een tweede bezwaar is, dat het om een subjectief gegeven gaat. Men kent nu eenmaal klagers en niet-klagers. Vroegere ervaringen met het medisch systeem, kennis, verbaal vermogen, autoriteitsgevoeligheid en de neiging tot het geven van sociaal gewenste antwoorden kunnen van respondent tot respondent verschillen. Evenmin als het probleem van meer of minder aanmoediging is het bezwaar van subjectiviteit geheel te ondervangen. Nuancering van de antwoorden is wél mogelijk door na te vragen hoe ernstig de gevolgen volgens de respondent zijn geweest.

Bekend is dat het van belang is in hoeverre men zijn grief heeft kunnen bespreken met de betreffende arts¹. Een vraag naar het al of niet bevredigend met de arts besproken zijn van de klacht kan eveneens worden gebruikt om de 'waarde' van de klacht te nuanceren. Verdere aanbevelingen van andere onderzoekers^{2,3} om een te positieve vertekening tegen te gaan werden gevolgd in de totale vragenlijst. Deze aanbevelingen hebben betrek-

Schema 1. Vragen over klachten over het handelen van de huisarts.

Is er in de afgelopen 5 jaren iets gebeurd, bij uzelf of bij één van uw huisgenoten, waarbij uw huisarts volgens u te kort is geschoten? Bijvoorbeeld:

- Dat uw huisarts eerder had moeten ingrijpen, of
- Dat een verwijzing naar de specialist beter was geweest, of
- Dat uw huisarts een bepaalde ziekte over het hoofd heeft gezien, of
- Dat uw huisarts de klachten aanvankelijk aan nervositeit toeschreef, terwijl achteraf sprake was van een ernstige ziekte
- Of iets anders?

Is er in de afgelopen 5 jaren iets gebeurd, bij uzelf of bij één van uw huisgenoten, waarbij uw huisarts volgens u te snel, of overbodig heeft gehandeld? Bijvoorbeeld:

- Dat uw huisarts beter geen behandeling had kunnen geven, of
- Dat uw huisarts beter niet had kunnen doorverwijzen naar de specialist, of
- Dat uw huisarts beter had kunnen afwachten, of
- Dat uw huisarts aanvankelijk dacht aan een ernstige ziekte, terwijl achteraf sprake was van iets onschuldig
- Of iets anders?

Wat was het gevolg hiervan voor u of het betreffende gezinslid? (Nauwelijks/geen; lichte; ernstige gevolgen.)

Heeft u hierover met uw huisarts kunnen praten op een voor u bevredigende manier? (Nee; Ja, enigszins; Ja, goed.)

Tenslotte werd gevraagd naar een specifieke omschrijving van de problematiek. Deze werd, zo veel mogelijk, letterlijk genoteerd.

king op de opeenvolging van de te stellen vragen – van globaal naar specifiek – en op het waarborgen van de anonimiteit.

RESULTATEN

Uit *schema 3* blijkt dat de klachten over de groep huisartsen zodanig zijn gespreid, dat van een huisartsgebonden kenmerk kan worden gesproken. De modus ligt op 10% van de respondenten (dat wil zeggen: twee respondenten met klachten over te kort schieten per twintig van één huisarts). Er zijn 8 huisartsen over wie in het geheel geen klachten zijn gemeld. De huisarts met 45% (9 per 20) klachten spant de kroon.

Kijken we alleen naar de klachten over te kort schieten die naar het oordeel van de respondente niet bevredigend zijn besproken, dan treedt 'linksverschuiving' op: *schema 4*. Er zijn nu 18 huisartsen van wie een dergelijke klacht niet is gemeld en het hoogste aantal komt op 30% (dat wil zeggen 6 onbesproken klachten per 20 respondenten van één huisarts).

Tabel 1 geeft de antwoorden op de vragen over het bestaan van klachten over de hulp van de huisarts in absolute getallen en in percentages.

Eén en ander komt gemiddeld neer op ruim 14% (plusminus drie klachten per 20 respondenten van één huisarts). Bij een klein aantal (zes gevallen, niet in de tabel aangegeven) is er zowel een klacht

Schema 2. Exemplarische voorbeelden van de verschillende klachtcategorieën.

Te kort schieten:

Voorbeeld 'Eerder naar specialist':

Toen mevrouw gevallen was, heeft de huisarts haar naar de fysiotherapie gestuurd. De klachten gingen echter niet over. Ze werden eerder erger. Na drie maanden werden er foto's gemaakt en toen bleek dat er een wervel in elkaar gezakt was door kalkgebrek. Volgens mevrouw had ze eerder naar de specialist gemoeten. Er hadden eerder foto's moeten worden gemaakt.

Het is niet altijd duidelijk dat de huisarts een onjuist beleid heeft gevoerd. Soms lijkt het er op, dat een juist huisartsgeeneeskundig beleid door de patiënt niet wordt geaccepteerd: Mevrouw heeft vaak blaasontsteking. Ze vindt dat de huisarts dat te lang zelf heeft behandeld. Uiteindelijk is ze na veel aandringen naar de specialist doorgestuurd. Dat bood echter ook geen oplossing.

Voorbeeld 'Eerder ingrijpen':

Respondente heeft bij verkoudheid geen medicijnen gekregen. De ziekte heeft daardoor langer geduurd dan eigenlijk nodig was. Ze neemt dit de huisarts kwalijk.

Maar ook: Zoon met chronische sinusitis drie weken lang thuis rond laten lopen, compleet met neurologische uitvalsverschijnselen. Dit bleek te berusten op een hersenabsces. Is uiteindelijk in een Academisch Ziekenhuis geopereerd.

Voorbeeld 'Ziekte over het hoofd gezien':

Hartinfarct met septumdefect bij echtgenoot niet onderkend. Inmiddels geopereerd.

Voorbeeld 'Aanvankelijk nervositeit later ernstige ziekte':

18-jarige zoon loopt al een tijd bij de huisarts met rugklachten. Deze gaf als oorzaak voor de klachten 'de groei en spanningen'. De vorige week heeft hij echter gehoord dat hij scheef is gegroeid. Respondente is van mening dat dit eerder had moeten worden vastgesteld.

De rubriek 'iets anders' is uiteraard divers van aard. Het bleek echter mogelijk hieruit toch nog een rubriek af te zonderen.

Voorbeeld 'Minder aandacht dan gewent':

Mevrouw zei tegen de huisarts dat de verzorging van haar man met CVA haar erg zwaar viel. Ze was toch al zo moe. Ze had daarmee aandacht voor haar problemen willen krijgen en erkenning voor haar inspanning. Ze wilde dat de huisarts dat honoreerde door geregeld langs te komen. De huisarts had echter tegen haar man gezegd dat respondente hem niet langer wilde verzorgen...

Overbodig handelen:

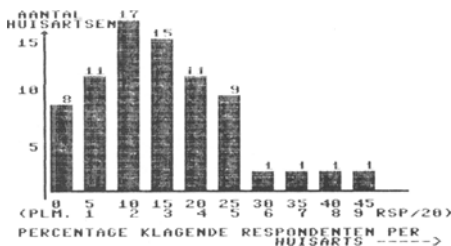
De rubriek 'overbodig handelen' is duidelijk minder gevuld. De meeste klachten lijken ook minder belangrijk dan gemiddeld onder te weinig handelen werden beschreven. Het gaat hier nogal eens om zaken als knobbeltjes die achteraf toch goed-aardig bleken te zijn. Maar soms ging het toch echt niet goed...

Voorbeeld 'Overbodig handelen':

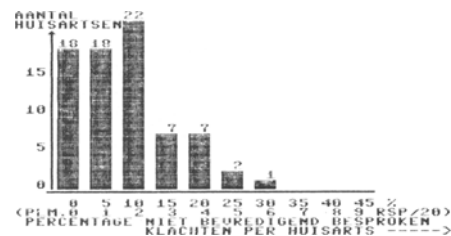
De echtgenoot van respondente ging naar de huisarts om te praten over vermindering of stoppen met de medicijnen. Onder het gesprek ging de telefoon. Terwijl de arts telefoneerde schreef hij een nieuw recept uit. Dat veroorzaakte veel ongenoegen bij de man.

over te kort schieten als over overbodig handelen bij één en dezelfde respondente. Het niet verwijzen naar de specialist, waar de respondente dit wel aangewezen vond, is de meest voorkomende klacht. Klagen over 'te kort schieten' is veel frequenter dan klagen over 'overbodig handelen': 14% tegenover 2%. In *schema 2* wordt een aantal voorbeelden gegeven dat exemplarisch kan worden geacht voor de verschillende klachtcategorieën.

Schema 3. Aantallen huisartsen verdeeld naar het percentage respondenten met klachten over te kort schieten.



Schema 4. Aantallen huisartsen verdeeld naar het percentage onvoldoende besproken klachten over te kort schieten.



Gevolgen

In *tabel 2* worden de aangegeven klachten over te kort schieten in verband gebracht met de, naar het oordeel van de respondente, veroorzaakte gevolgen. Hoewel de totalen over de verschillende gevolgcategorieën vrijwel gelijk uitkomen, zijn er duidelijke verschillen tussen de klachtcategorieën. In die gevallen waarin men meende dat de huisarts een ziekte over het hoofd had gezien zijn de gevolgen relatief vaak ernstig: $\pm 70\%$. Van de gevallen waarbij naar het oordeel van de respondente eerder de hulp van de specialist had moeten worden ingeroepen vallen de gevolgen voor iets meer dan de helft in de categorie 'licht'.

Bespreikbaarheid

In *tabel 3* wordt vervolgens de bespreikbaarheid van de klachten in ogenschouwen genomen. Hierbij blijkt dat 70% van de genoemde klachten niet met de arts is besproken. Het zou kunnen zijn dat klachten met weinig gevolgen door de patiënt niet de moeite waard worden gevonden om met de arts te bespreken. Daarom worden in *tabel 4* de gevolgen en de bespreikbaarheid met elkaar in verband gebracht. Hierbij blijkt dat de 'ernstige' gevallen niet vaker zijn besproken dan de minder ernstige gevallen. Twee-

derde van de door de respondenten genoemde klachten over het te kort schieten van de huisarts zijn, volgens de respondenten, niet bevredigend met hem ter sprake gekomen. Dat geldt ook voor klachten over problemen met ernstige gevolgen.

BESCHOUWING

In bijna 15% van de gevallen wordt 'geklagd'. Dit komt overeen met het percentage dat over het algemeen in satisfactie-onderzoek in de huisartspraktijk wordt gevonden: 10-20% ontevredenheid^{3 4 5}. Door de omschrijvingen worden de problemen concreter.

Het blijkt dat te weinig actie veel vaker negatief wordt gewaardeerd dan te veel. Het is een bevestiging van een, overigens nogal ongenueanceerde, stelling⁶: 'In de ogen van velen is de beste arts nog altijd degene die direct penicilline geeft of de ambulance laat voorkomen.'

De gegevens van dit onderzoek kunnen niet worden gegeneraliseerd naar de Nederlandse huisarts in het algemeen. Het betreft een beperkt geografisch gebied en een beperkte bevolkingsgroep die bovendien voldoet aan het criterium 'vijf jaar bij dezelfde huisarts ingeschreven'.

Ook heeft de interviewmethode haar beperkingen, waarvan de onvermijdelijke subjectiviteit één van de belangrijkste is. De duur van de periode waarover klachten konden worden gerefereerd – vijf jaar – is enerzijds wellicht wat lang geweest, gezien het beperkte geheugen van de mens, anderzijds misschien ook wat kort. Dat valt op te maken uit het feit dat de interviewers toch nog vijf gebeurtenissen hebben opgetekend waarbij uit de beschrijving bleek dat zij langer dan vijf jaar geleden hadden plaatsgevonden. Omdat onderlinge vergelijking tussen artsen niet mogelijk zou zijn bij verschillende lengte van 'at risk' periode, zijn deze gevallen uit het bestand verwijderd. Het geeft echter wel aan, dat dergelijke problemen mensen na veel jaren nog erg 'hoog' kunnen zitten. Dat is des te opmerkelijker omdat het hier in alle gevallen patiënten betreft die niet van huisarts zijn veranderd gedurende de laatste vijf jaar (Insluitcriterium).

Het met de huisarts bespreken van klachten over diens handelwijze blijkt tamelijk weinig te gebeuren. Het nuanceert de uitspraak dat het niet kunnen uiten van klachten over de handelwijze van (huis)artsen tot klachten bij tuchtcolleges leidt¹.

Anderzijds wijst het frequent voorkomen

Tabel 1. Respondenten met klachten over te kort schieten respectievelijk overbodig handelen van hun huisarts (N=1443; absoluut en in percentages).

Te kort geschoten:	Eerder ingrijpen	36	2.5%
	Naar specialist	53	3.7%
	Niet gezien	21	1.5%
	Onderschat	5	0.3%
	Anders	58	4.0%
	Minder aandacht	32	2.2%
Totaal klachten		205	14.2%
Geen klachten		1238	85.8%
		1443	100.0%
Overbodig:	Niet ingrijpen	5	0.4%
	Geen specialist	2	0.1%
	Overschot	6	0.4%
	Anders	15	1.1%
	Totaal klachten	28	2.0%
Geen klachten		1399	98.0%
		1427	100.0%
Onbekend		16	
		1443	

Tabel 2. Klachten over te kort schieten van de huisarts verdeeld naar aangegeven gevolgen in percentages (N=186).

	Gevolgen		
	Nauwelijks/Geen	Lichte	Ernstige
Eerder ingrijpen	27	33	39
Naar specialist	23	49	28
Niet gezien	14	14	71
Onderschat	40	40	20
Anders	44	24	32
Minder aandacht	60	30	10
	34	33	33

Tabel 3. Klachten over te kort schieten van de huisarts verdeeld naar ervaren bespreekbaarheid met de arts in percentages (N=181).

	Bespreekbaarheid		
	Nee	Enigszins	Goed
Eerder ingrijpen	71	9	20
Naar specialist	67	16	18
Niet gezien	48	19	33
Onderschat	80	20	0
Anders	68	20	12
Minder aandacht	93	3	3
	70	14	16

Tabel 4. Gevolgen van klachten over te kort schieten van de huisarts verdeeld naar door de respondenten ervaren bespreekbaarheid met de arts in percentages (N=179).

Gevolgen:	Bespreekbaarheid		
	Nee	Enigszins	Goed
Nauwelijks/geen	66	13	20
Licht	75	12	12
Ernstig	67	16	16
	70	14	16

van 'Minder aandacht dan gewenst' – waar niet expliciet naar was gevraagd – mogelijk op een min of meer buiten be-

schouwing gebleven mechanisme. Volgens de inmiddels klassieke studie van Cassee, die eveneens op interviews berust, neemt de tevredenheid met de huisarts toe naarmate hij als minder kortaf en op een afstand wordt ervaren en hij de patiënten meer de indruk geeft dat zij met hem over hun problemen kunnen praten⁷.

Daar in dit project door observatie in de spreekkamer tevens gegevens beschikbaar komen over het daadwerkelijk handelen van deze huisartsen, zal bij verdere analyse het inzicht in de waarde van het meten van klachten verder kunnen toenemen. Zo kan het aantal respondenten met klachten in verband worden gebracht met de wijze waarop de arts-patiëntrelatie wordt gehanteerd, met de kwaliteit van het medisch-technisch handelen en met de gezondheidstoestand van de respondenten. □

Literatuur

- Es J van. Klachten. De KNMG op haar best. Medisch Contact 1987; 42:747.
- Hayo R, Ware J. My medical care is better than yours. Social desirability and patient satisfaction rating. Medical Care 1986; 24: 519-25.
- Warmenhoven N. Consumenten in de eerstelijnsgezondheidszorg. In: Sluys E, Dopheide J, Zee J van der. Overzichtstudie onderzoek eerstelijns. Nivel 1985.
- Boom W, Lamberts H, Froom J, Blondell R. Patiënt en huisarts. Rochester V S. en Ommeord met elkaar vergeleken. Huisarts en Wetenschap 1978; 7: 246-52.
- Locker D, Duut D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Social Science of Medicine 1978; 12: 283-92.
- Mäkel H. Citaat uit Hoof Jan van. Meer concurrentie tussen artsen. Elseviers Magazine 22/5/86. De Medicus 14 juni 1986.
- Cassee E Th. Naar de dokter. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO. 1973.

J. C. M. Hattinga Verschure. *Zelfredzaamere ouderen*. De Tijdstroom, Lochem-Gent 1987. 173 blz. ISBN 90 352 1175 8. Prijs f 25,—.

'De belangrijkste uiting van liefde is zorgen' zou als motto boven dit boek kunnen staan.

De geleidelijke overgang van de verzorgingsstaat naar een zorgzame samenleving betekent winst voor de ouderen. Verzorgd worden leidt tot inactiviteit en zich waardeloos voelen, zorgen leidt tot activiteit en verhoging van de kwaliteit van het bestaan.

Aan de hand van de kernbegrippen 'zelfzorg' en 'mantelzorg' geeft de schrijver adviezen en informatie op vrijwel alle terreinen waarmee men in het leven te maken krijgt: gezondheid, validiteit, ADL, wonen, vrijetijdsbesteding en veiligheid. Hij doet dit op een persoonlijke en aanspreekbare wijze. De adviezen kenmerken zich door betrokkenheid, wijsheid en deskundigheid. Een soms wat al te gemakkelijke benadering hier en daar, bijvoorbeeld van de doofheid, zal betrokkenen storen.

Het boek is primair voor de gezonde ouder wordende mens en zijn huis- of echtgenoot, maar ieder die al of niet professioneel met bejaarden omgaat, en wie doet dat niet, kan het met vrucht en plezier lezen. Zeer geschikt voor de patiëntenbibliotheek.

J. J. M. Michels

H. W. Hoek, *Psychiatrisch onderzoek met de CIPS*. Academisch Proefschrift Groningen, 1987. ISBN 90 9001851 4

Dit proefschrift is een produkt van de onderzoekstraditie die is opgebouwd op de afdeling Sociale Psychiatrie (vakgroep Psychiatrie) te Groningen. Deze traditie betreft het onderzoek naar het functioneren van chronisch psychiatrische patiënten. De relevantie ervan is nationaal en internationaal gezien al gegeven met het feit dat gedurende de laatste jaren grote veranderingen in het beleid inzake de zorg voor deze categorie patiënten tot stand zijn gekomen die zijn samen te vatten in het concept der *de-institutionalisering*.

De WHO heeft in verband met de zorg voor en het onderzoek naar de chronische patiënt in het algemeen in 1980 naast de bekende International Classification of Diseases (ICD) nu ook een International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) ontwikkeld. Op de Groningse afdelingen is uitgaande van de ICIDH een tweetal instrumenten ontwikkeld om het psychologisch functioneren respectievelijk het sociaal functioneren van chronisch psychiatrische patiënten te meten, respectievelijk Classificatie van Intellectuele en andere Psychologische Stoornissen (CIPS) en de Groningse Sociale Beperingenschaal (GSB). Dit proefschrift beschrijft de ontwikkeling van de CIPS en het

BOEKEN

onderzoek naar de psychometrische eigenschappen ervan. Betrouwbaarheid en interne validiteit bleken goed en er werden aanwijzingen gevonden voor een redelijke externe validiteit. Voorts bleek het mogelijk door middel van factoranalyse twee schalen voor het instrument te construeren. Met de CIPS worden zoveel mogelijk observeerbare afwijkingen ('signs') vastgesteld; het gaat om het onderzoeken van psychologische functiestoornissen, niet om het diagnosticeren van psychiatrische ziekten; dat is namelijk voor de chronische patiënt minder relevant, omdat men in dit geval vooral is geïnteresseerd in de revalidatie- en resocialisatiemogelijkheden – anders gezegd: men hanteert niet het gewone medische model, maar een invaliditeitsmodel. Het bleek mogelijk met de CIPS drie naar voorziene onderscheiden groepen chronische psychiatrische patiënten met ernstige functiestoornissen goed te typeren en deze weer te onderscheiden van een groep huisartspatiënten met psychische problemen. Op grond hiervan ziet de auteur ruime mogelijkheden voor de toepassing van dit instrument, niet alleen ten behoeve van onderzoek maar ook in het kader van de klinische praktijk.

Technisch imponeert deze dissertatie als een gedegen stuk werk, dat bewondering afdwingt. Het zij van harte aanbevolen, zowel binnen als buiten de psychiatrie, als een voorbeeld van goed vaderlands psychiatrisch onderzoek. Dat het in dit geval ook nog werd verricht door een aanstaand psychiater is een extra reden tot tevredenheid in een land waar de goede specialist-onderzoeker nog een zeldzaam exemplaar is.

Prof. Dr. W. van Tilburg

A. W. Musschenga. *Kwaliteit van leven; criterium voor medisch handelen?* Ambo, Baarn 1987. 215 blz. ISBN 90 263 0855 8. Prijs f 32,50.

Het Instituut voor Gezondheidsethiek Maastricht heeft met de uitgave van dit eerste boek in de reeks 'Gezondheidsethiek' in de roos geschoten. Het begrip 'kwaliteit van leven' wordt sinds enkele jaren gebruikt door een ieder die zich in de medische praktijk verdiept. Het gevaar voor spraakverwarring is echter groot, vooral nu de tendens bestaat de kwaliteit van leven te koppelen aan de kwantiteit ervan. Deze koppeling resulteert in een nieuw begrip 'Qaly' (Quality Adjusted Life Year) of voor kwaliteit gecorrigeerd levensjaar. Na een lezenswaardige analyse op welke wijze priori-

teiten in de gezondheidszorg kunnen worden gesteld lees ik op pagina 148: 'Wij pleiten ervoor om in de gezondheidszorg voor ouderen (voor hen die een 'redelijke levenslengte' gehad hebben) de aandacht minder op levensverlenging, en meer op behoud en verbetering van normaal functioneren te richten.'

Het zal duidelijk zijn dat dit boek veel stof tot nadenken kan geven. Dit lijkt me terecht. Het is immers duidelijk dat een onderwerp als het staken van een zinloze behandeling bij neonaten, comateuze patiënten en zeer zieken minstens zo controversieel en zo niet moeilijker is dan euthanasie.

Erg gelukkig was ik met de index bestaande uit ruim 200 trefwoorden, zodat de gehaaste lezer snel de weg weet te vinden in dit van harte aanbevolen boek.

J. H. Mulder

D. Post (red.). *Wat doen we met de voortplanting? Een medische en ethische kijk op moderne voortplantingstechnieken*. Meinema, Delft 1987. 60 blz. ISBN 90 211 3139 0 (serie 'Ter Sprake'). Prijs f 9,80.

In dit boekje wordt door enkele deskundigen op het gebied van onderzoek en behandeling van kinderloosheid informatie gegeven over dit onderwerp met daarnaast een reflectie op het probleem kinderloosheid naar aanleiding van de moderne voortplantingstechnieken. Ook worden door deskundigen maatschappelijke en ethische overwegingen gegeven.

Naast de stand van zaken waarbij vooral kunstmatige inseminatie donor en in vitro fertilisatie aan bod komen, wordt naar aanleiding van 'casuïstiek' een toekomstbeeld geschapen dat zou kunnen ontstaan indien de intieme relatie tussen man en vrouw aan waarde verliest en het voortplantingsgebeuren geheel vertechnocratiseert. Tegen deze toekomstvisie wordt stelling genomen: genetische manipulatie en ontmenselijking van het voortplantingsproces kan nooit tot verbetering van wat ons mens-zijn zelf betreft, leiden. Het is niet de bedoeling van het boekje om volledig te zijn, doch om vaak door middel van voorbeelden aan te geven in welke richting onze maatschappij zich zou kunnen ontwikkelen wanneer wij niet op kritische en beschouwende wijze omgaan met de nieuwe voortplantingsmogelijkheden.

De serie 'Ter Sprake' is een serie gebruikboekjes bij ontwikkelingen in samenleving, kerk, pastoraat en theologie. De uitgave 'Wat doen we met de voortplanting' kan op zeer stimulerende wijze een bijdrage leveren wanneer in dat kader verder gesproken gaat worden over moderne voortplantingsmogelijkheden.

Prof. Dr. R. Rolland

Uitspraak Medisch Tuchtcollege te Amsterdam

Waarnemer achtte huisbezoek ten onrechte niet geïndiceerd

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 16 juni 1987 binnengekomen klacht van A, klager, tegen B, huisarts, verweerder. Het college heeft kennis genomen van het klaagschrift met aansluitende brief van 19 juni 1987, van het verweerschrift van 24 juni 1987 met bijlage en van aan het college op 7 juli 1987 door de neuroloog C verstrekte schriftelijke inlichtingen.

De klacht is behandeld ter terechtzitting van het college van 6 oktober 1987, waar beide partijen aanwezig waren.

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting is verklaard kan van het volgende worden uitgegaan:

De klacht betreft verweerders weigering een huisbezoek af te leggen bij klagers vader, hierna te noemen: de patiënt.

De patiënt, tot dan een vitale en gezonde man, werd in de nacht van woensdag 6 op donderdag 7 mei plotseling onwel. Verweerder had die nacht dienst en nam waar voor onder meer de praktijk van de huisarts van de patiënt. Klager belde omstreeks 2.15 uur op met het verzoek te komen, omdat de patiënt een verlamd gevoel had in de benen en een tintelend gevoel in de linker gezichtshelft en ook braakte. Verweerder informeerde naar andere klachten als hoofd- en borstpijn en vroeg of de patiënt buiten bewustzijn was; dit alles was niet het geval.

Op grond van de door klager aan hem verstrekte gegevens stelde verweerder de diagnose 'cerebrovasculair accident' (CVA). Hij deelde mee dat hij geen visite zou afleggen, dat klager de volgende morgen zijn huisarts of verweerder kon bellen, maar dat hij wel bij de patiënt diende te waken en alleen bij andere verschijnselen, bijvoorbeeld bewustzijnsverlies, moest waarschuwen.

Binnen een kwartier belde klager verweerder weer op met het verzoek te komen. Verweerder heeft toen medegedeeld dat, als er geen duidelijke verergering was opgetreden, er geen reden tot zijn onmiddellijke komst was en dat klager tegen de afspraak in had gehandeld door te bellen zonder dat er een 'dramatische' verergering was.

Klager heeft vervolgens samen met zijn zuster de patiënt naar de afdeling Eerste Hulp van een ziekenhuis gebracht. Na onderzoek werd hij daar om 3 uur opgenomen op de afdeling Neurologie. De diagnose werd gesteld op een hersenstam-infarct bij hypertensie. De patiënt werd behandeld met Adalat, Cedocard en Acetosal. Het herstel verliep voorspoedig en de patiënt werd op 16 mei uit het ziekenhuis ontslagen. Hij wordt thans poliklinisch gecontroleerd en is opgenomen in een klinische 'trial' met Acetosal en Tenormin volgens TIA-protocol.

Partijen zijn het niet eens over het volgende: Verweerder stelt dat hij in het eerste telefonisch contact ook nog heeft gemeld dat er sprake was van een lichte hersenbloeding of stolsel, dat daar 's nachts weinig aan te doen is, dat volgens zijn ervaring ook in een ziekenhuis met zo'n patiënt 's nachts niets zou worden gedaan en dat afwachten dus geboden was.

Klager stelt daartegenover dat verweerder niet over een diagnose heeft gesproken, dat hij zich niet heeft uitgelaten over wat het kon zijn en dat er ook niet is gesproken over het feit dat er in een ziekenhuis niets met zo'n patiënt zou worden gedaan.

Met betrekking tot het tweede telefoongesprek stelt verweerder, dat klager uitsluitend meldde dat hij een klacht zou indienen indien verweerder niet onmiddellijk zou komen en dat hij geen antwoord gaf op de vraag wat er dan in het ziektebeeld was veranderd.

Klager stelt echter dat hij aanvankelijk weer heeft gevraagd om een visite omdat de patiënt zich steeds beroerder voelde en tenslotte of verweerder dan een ambulance wilde sturen. Verweerder zou daarop hebben gevraagd of klager hem wel goed had begrepen, waarop klager hem, zonder dreigementen te uiten, heeft gevraagd naar zijn naam en adres.

De klacht houdt zakelijk weergegeven in, dat verweerder ten opzichte van de patiënt onzorgvuldig heeft gehandeld door tot tweemaal toe te weigeren een visite af te leggen.

Met betrekking tot de klacht overweegt het college het volgende:

De klacht is gegrond. Verweerder had in de gegeven omstandigheden, in ieder geval toen hem dit ten tweede male werd gevraagd, een visite bij de patiënt moeten afleggen. Vast staat dat verweerders beleid was: afwachten, waarschuwen bij verergering en zo nodig de volgende dag opname. Ter motivering van zijn beleid heeft verweerder aangevoerd dat hij, gelet op het klassieke verhaal dat hem telefonisch werd medegedeeld, geen twijfels had over zijn diagnose; dat het de vraag is of in een ziekenhuis aan een patiënt met een CVA betere zorg kan worden verleend dan thuis; dat je als huisarts naar zo'n patiënt toe moet gaan als er bij hem thuis geen mogelijkheid van zorg bestaat, maar dat dit niet hoeft als er voldoende mensen aanwezig zijn.

Zo'n beleid behoeft niet op bezwaren te stuiten als vaststaat dat de arts niets voor de patiënt kan doen en als daarbij wordt voldaan aan de voorwaarde dat de patiënt en de familie er blijk van hebben gegeven dat zij de bedoeling van de arts begrijpen en, daardoor gerustgesteld, ook in staat zijn zijn beleid te accepteren

en daaraan vorm te geven. Die voorwaarde is in dit geval niet vervuld.

Verweerder heeft ter terechtzitting verklaard dat hij in het onderhavige geval niet het gevoel had dat klager was gerustgesteld. Hij heeft voorts erkend dat zijn beleid bij klager kennelijk niet is overgekomen, althans dat deze dat niet wilde accepteren.

Hoewel niet exact kan worden vastgesteld hoe het tweede telefoongesprek tussen partijen is verlopen, had verweerder zo niet al uit het eerste dan toch in ieder geval uit het tweede gesprek moeten begrijpen dat klager en derhalve ook de patiënt niet zodanig waren gerustgesteld dat hij van het afleggen van een visite mocht afzien.

Door te handelen als hiervoor vermeld heeft verweerder het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd. Mede gelet op het feit dat verweerder ook ter terechtzitting nog vasthield aan zijn opvatting dat een visite in dit geval niet was geïndiceerd, acht het college de oplegging van na te melden maatregel passend.

Het algemeen belang vergt bekendmaking van de beslissing op na te melden wijze.

De beslissing luidt:

Het Medisch Tuchtcollege berispt verweerder

en bepaalt dat deze beslissing op de wijze als voorgeschreven in artikel 13b van de Medische Tuchtwet wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met het verzoek tot plaatsing aan de tijdschriften Medisch Contact en Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus gewezen op 26 oktober 1987 door Mr. J. A. Schröder, voorzitter, J. A. I. van Prooije, A. Weijel, Dr. M. H. Klopper-Mensch en L. N. M. Perquin, leden-geneeskundige, met instand van Mr. L. A. M. van den Berg-Voermans, secretaris. □

Uitspraak Medisch Tuchtcollege te Amsterdam

Plastisch chirurg schiet te kort in nazorg; waarschuwing

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam heeft het volgende overwogen en beslist naar aanleiding van een op 27 juni 1986 ingekomen klacht van A, klager, tegen B, van beroep plastisch chirurg, verweerder.

Kennis is genomen van het klaagschrift met twee bijlagen, van het verweerschrift van 2 oktober 1986 met vier bijlagen, van de repliek namens klager van 14 november 1986 met bijgevoegde kopieën van vier foto's, van de dupliek van verweerder van 28 november 1986 en van de op na te melden zitting overgelegde poliklinische status.

De klacht is in aanwezigheid van partijen behandeld ter terechtzitting van het college van 14 april 1987. Klager werd ter zitting bijgestaan door Mr. C. en verweerder door Mr. D, beiden advocaat. Ter zitting zijn als getuigen gehoord Prof. Dr. E, hoogleraar plastische chirurgie, Mw. F, verpleegkundige, en Mw. G, verpleegkundige.

Op grond van de stukken en het verhandelde ter terechtzitting kan het volgende als vaststaand worden aangenomen:

In juli 1984 heeft klager zich op verwijzing van een huidarts tot verweerder gewend in verband met een 'opspelende' tatoeëring aan de linker-onderarm. Verweerder adviseerde een poliklinische excisie van de tatoeëring. Deze ingreep vond op 19 september 1984 plaats in het H ziekenhuis. Bij de operatie is onder plaatselijke anesthesie de getatoeëerde huid verwijderd en is op de plaats van de verwijderde huid een huidtransplantaat uit de rechterlies aangebracht. Klager werd terugbesteld op 1 oktober 1984 voor wondinspectie en het verwijderen van de hechtingen.

In de avond van de 19e september trad er een bloeding op aan de linker-onderarm. Klager liet zich daarvoor behandelen door de eerste-hulpafdeling van het I ziekenhuis, omdat hij dacht dat het H ziekenhuis geen eerste-hulpafdeling had.

Op 20 september 1984 vervoegde klager zich wederom bij verweerder. Daarbij heeft verweerder, naar hij stelt, enige kleine bloedstolsels verwijderd en klager aangeraden de wond regelmatig te verbinden met vochtig zoutgaasverband. Verweerder zou klager tevens hebben medegedeeld dat het risico dat het transplantaat niet zou aanslaan door de bloedingen was vergroot. Klager ontkent dit. Volgens klager heeft verweerder de wond slechts geïnspecteerd – door het optillen van het verband – en aangeraden deze af te dekken met natte verbanden.

Toen klager zich op 1 oktober in het H ziekenhuis vervoegde, bleken daar noch verweerder noch diens collega J, die bij de operatie assisteerde en met wie, in de visie van klager, de afspraak was gemaakt, aanwezig. Klager werd ontvangen door een verpleegkundige, de getuige F, die de hechtingen verwijderde en vol-

gens haar verklaring constateerde dat het transplantaat niet was ingegroeid en necrotisch was. In de wond bevonden zich bloedstolsels en granulatieweefsel. Nadat zij haar collega, de getuige G, de wond had laten zien, heeft de getuige F telefonisch contact opgenomen met verweerder, die die dag opereerde in het K ziekenhuis. Op advies van verweerder is de wond vervolgens schoongemaakt en afgedekt met een vochtig verband. Klager werd 8 oktober 1984 op het spreekuur van verweerder terugbesteld en kreeg verbandmateriaal mee om de wond in de tussentijd zelf te behandelen.

Klager is de afspraak van 8 oktober niet nagekomen. Hij heeft zich na overleg met zijn huisarts op 2 oktober 1984 onder behandeling van de getuige E gesteld, die blijkens de bij het klaagschrift overgelegde brief aan klagers huisarts d.d. 23 oktober 1984 het volgende constateerde en klager als volgt behandelde: 'In de lies en onder het transplantaat waren door nabloedingen stolsels aanwezig. De lieswond was gedeeltelijk opengesprongen en het transplantaat was necrotisch geworden. Op de polikliniek werden de haematomen verwijderd, patiënt werd opgenomen voor een verdere behandeling. Nadat de wond op de arm schoon en granulerend geworden was, werd op 7-10-1984 een splitskingraft van de linkerbovenarm genomen en op de wond aan de linkeronderarm gelegd. De lies was ondertussen met conservatieve behandeling vrijwel dicht. Vijf dagen later werd de pelotte verwijderd, de huid bleek goed aangeslagen.' Verweerder en de getuigen F en G hebben ter zitting van het college nog verklaard dat het gebruikelijk is dat bij door verweerder in het H ziekenhuis poliklinisch behandelde patiënten de hechtingen worden verwijderd door verpleegkundigen, die daarbij tevens beoordelen of er aanleiding is de operatiewond bij die gelegenheid of enige dagen later door verweerder of een andere arts te laten bekijken. Als zij daarvoor geen aanleiding zien, wordt het resultaat van de operatie zes tot acht weken na de ingreep door verweerder beoordeeld.

De klacht behelst dat verweerder de operatie slecht heeft uitgevoerd en te kort is geschoten bij de nabehandeling.

De klacht behelst dat verweerder de operatie slecht heeft uitgevoerd en te kort is geschoten bij de nabehandeling.

Met betrekking tot de klacht overweegt het college het volgende:

Niet gebleken is dat de door verweerder bij klager uitgevoerde operatie niet geïndiceerd was of niet lege artis is uitgevoerd. Het niet aanslaan van een huidtransplantaat is een aan operaties als de onderhavige inherent risico. Verweerder is wel te kort geschoten bij de nabehandeling van klager. Naar het oordeel van het college is het niet verantwoord de wondcontrole bij het verwijderen van hechtingen na een operatie over te laten aan verpleeg-

kundigen, met als gevolg dat de operateur de desbetreffende wond pas vele weken na de operatie en na het verwijderen van de hechtingen ziet, indien de verpleegkundige in de toestand van de operatiewond geen aanleiding heeft gezien de patiënt eerder terug te bestellen. Zulks geldt te meer in het onderhavige geval, waarin verweerder, gezien de hem bekende bloedingen op de operatiedag, kon verwachten – en blijkens zijn verweerschrift ook verwachtte – dat het transplantaat niet was ingegroeid. Verweerder is dus te kort geschoten in de nazorg van klager en heeft aldus het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd.

Omdat de omstandigheid dat wondbeoordeling bij het verwijderen van hechtingen door verpleegkundigen geschiedt, zich in de polikliniek van het ziekenhuis waar verweerder de litigieuze ingreep uitvoerde kennelijk algemeen voordoet en mogelijk ook in andere ziekenhuizen gebruikelijk is, acht het college openbaarmaking van de onderhavige beslissing op de voet van art. 13b van de Medische Tuchtwet in het algemeen belang.

Beslist wordt derhalve als volgt:

Het Medisch Tuchtcollege waarschuwt verweerder en bepaalt dat deze beslissing op de wijze als voorgeschreven in artikel 13b van de Medische Tuchtwet wordt bekend gemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met verzoek tot plaatsing aan de tijdschriften Medisch Contact en Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

Aldus gewezen op 4 mei 1987 door Mr. G. H. Nomes, voorzitter, A. Weijel, Dr. M. H. Klopper-Mensch, H. J. van der Reijden, Dr. A. P. Roodvoets, leden-geneeskundigen, met bijstand van Mr. A. M. A. Verscheure, secretaris. □

Tegen de beslissing is hoger beroep aangetekend bij het Centraal College. Volgens mededeling van de secretaris van het Centraal College is het beroep ingetrokken, waarna in raadkamer van 14 januari 1988 is besloten de behandeling niet voort te zetten.

I. Algemeen

Het jaar van de tegenstellingen. Deze openingszin van het jaarverslag over 1986 kan voor het jaarverslag over 1987 zonder meer worden herhaald.

In januari 1987 vindt het eerste Kort Geding van de LHV tegen de overheid plaats met als inzet een verhoging van het particulier tarief. Acht maanden en twee gerechtelijke procedures later stelt de rechter de LHV voor de derde keer in het gelijk.

In oktober 1987 presenteert de LHV de discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst'. Het Centraal Bestuur van de LHV wil met deze nota een aanzet geven tot een discussie over de voorziening huisartsgeneeskunde in haar volle omvang.

Eind november, als staatssecretaris Dees het tussen LHV, VNZ en KLOZ/KPZ overeengekomen kostenbudget afkeurt, dreigt de LHV weer terug te keren naar de rechtszaal. Medio december worden de gesprekken hierover met de overheid echter heropend.

1987 was dan ook opnieuw een jaar, waarin de beide doelstellingen van de LHV, te weten: bevorderen van het goed functioneren van alle huisartsen en behartigen van de sociaal-economische belangen van huisartsen afwisselend om voorrang streden. Mede dankzij de betrokkenheid en onderlinge solidariteit binnen de beroepsgroep kon de LHV ook in 1987 gestalte geven aan de verdere verankering en uitbouw van de huisartsenfunctie als voorziening binnen de gezondheidszorg. Met de discussie over het rapport van de Commissie Dekker en de LHV-discussienota in het vooruitzicht zal 1988 dan ook een belangrijk jaar worden voor de LHV én de gehele beroepsgroep.

II. Gerechtelijke procedures

Na alle eerdere acties in 1986 besluit de LHV in december van dat jaar, een Kort Geding aan te spannen tegen de overheid om een verlaging van het particuliere verrichtingengetal af te dwingen. Dit Kort Geding dient op 6 januari 1987. Op 20 januari dwingt de rechter de overheid het overleg met de LHV over een verlaging van het verrichtingengetal te heropenen en uiterlijk vier weken na de hervatting van dit overleg een beslissing te nemen.

Hoewel de overheid erkent dat het verrichtingengetal te hoog is, weigert zij daaruit de consequentie te trekken het particulier tarief te verhogen. Voor de LHV is dit reden om op 8 mei een tweede Kort Geding tegen de overheid te voeren. Het vonnis op 21 mei laat aan duidelijkheid niets te wensen over: de President van de Arrondissementsrechtbank noemt het overheidshandelen 'onmiskienbaar onrechtmatig' en beveelt de overheid binnen vier weken een aanwijzing te geven, die leidt tot een verhoging van het particulier tarief. Aan deze verhoging moet een verlaagd verrichtingengetal ten grondslag liggen. Opmerkelijk is, dat aan de naleving van dit vonnis een dwangsom van f 100.000,— wordt verbonden voor iedere dag, die de overheid in gebreke zou blijven.

De overheid geeft daarop inderdaad de geëiste aanwijzing, maar gaat tevens in beroep tegen deze uitspraak. Op 10 september stelt de rechter de LHV echter voor de derde achtereenvolgende keer in het gelijk. Door de procedure rond de vaststelling van het nieuwe tarief en de perikelen rond het kostenbudget zal het nog tot 1 januari 1988 duren voordat de verlaging van het verrichtingengetal definitief tot een nieuw particulier tarief leidt.

III. Kostenbudget

Na jaren van onderhandelen bereiken LHV, VNZ en KLOZ/KPZ medio 1987 overeenstemming over een nieuw kostenbudget. Deze overeenstemming krijgt de goedkeuring van het COTG, dat op basis hiervan nieuwe richtlijnen voor het kostenbudget vaststelt. De overheid weigert deze richtlijnen goed te keuren. Eind novem-

ber verklaart staatssecretaris Dees geen ruimte te hebben voor de financiële vertaling van het nieuwe kostenbudget. De op basis van dit kostenbudget gemaakte afspraken met de VNZ en KLOZ/KPZ komen hiermee op de tocht te staan.

Naar aanleiding van het overheidsstandpunt besluit de LHV juridische stappen te ondernemen om alsnog goedkeuring van het kostenbudget te bewerkstelligen. Deze stappen worden opgeschort als het kabinet in december alsnog extra financiële ruimte ter beschikking stelt. In januari 1988 sluiten de LHV en staatssecretaris Dees een akkoord over het kostenbudget. In de ziekenfondshonorering wordt het nieuwe kostenbudget met terugwerkende kracht tot 1 januari 1987 ingevoerd. Over de invoeringsdatum ten aanzien van de particuliere honorering zullen nadere onderhandelingen plaatsvinden.

IV. Ziekenfondshonorering

In september 1987 gaat de Ledenvergadering van de LHV akkoord met een overeenkomst tussen LHV en VNZ. De overeenkomst, ook wel 'package-deal' genoemd, bestaat uit een aantal onderdelen:

1. honoreringsovereenkomst 1985 en 1986; 2. nabetaling kostenbudget; 3. nieuw kostenbudget; 4. honoreringsovereenkomst 1987; 5. honorering preventief onderzoek baarmoederhalskanker; 6. invoering (gefaseerd) van een maximale leeftijdsgrens voor huisarts-ziekenfondsmedewerkers.

Omdat de onderdelen van deze overeenkomst gezamenlijk één totaalovereenkomst vormen dreigt de afkeuring van het kostenbudget de uitvoering van de diverse onderdelen te verhinderen. Het in januari 1988 met staatssecretaris Dees gesloten akkoord maakt echter alsnog de weg vrij voor een integrale uitvoering van de LHV/VNZ-overeenkomst.

V. Discussienota

Op 14 oktober ontvangt VNZ-voorzitter J. de Vries uit handen van LHV-voorzitter A. M. C. van der Zandt het eerste exemplaar van de LHV-discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst'. In januari 1986 heeft de LHV via de nota 'Omlijning' al een globale visie gegeven op de gezondheidszorg en de rol van de huisarts in de komende jaren. Met de discussienota wil de LHV – omdat én de inhoud van de huisartsgeneeskunde én de gehele gezondheidszorg aan verandering onderhevig zijn – een aanzet geven tot een discussie over de huisartsgeneeskunde in haar volle omvang. De LHV doet dit vanuit de duidelijke verantwoordelijkheid van de beroepsgroep voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Daarbij behoort tevens de verantwoordelijkheid voor het creëren van garanties op de inhoud en de levering van dit produkt.

De beroepsgroep huisartsen is uiteraard de belangrijkste partner in de discussies over de nota. Maar ook de patiënten, de overheid, de politici, de verzekeraars en de andere disciplines in de gezondheidszorg zijn onmisbare partners in de discussie over de in de nota vastgelegde ideeën. Dit hele proces moet tenslotte uitmonden in concrete beleidsvoorstellen voor de Ledenvergadering. Het startschot voor dit proces vond plaats op 13 november. Op deze datum organiseerde de LHV een symposium waar een aantal gastsprekers hun mening over de discussienota naar voren bracht. Ruim 350 belangstellenden vanuit verschillende disciplines en achtergronden woonden dit symposium bij.

VI. Vestigingsbeleid

In het jaarverslag over 1986 staat, dat de wettelijke vestigingsregeling op onderdelen onduidelijk is, waardoor er bij de uitvoering problemen ontstaan. Slechts juridische procedures kunnen voor de gewenste duidelijkheid zorgen. In 1987 neemt het aantal AROB-

procedures dan ook sterk toe. Daarbij komen onder andere de volgende vragen aan de orde:

- Aan welke termijnen is de gemeente gebonden?
- Wat is de inbreng van de beroepsgroep bij de selectieprocedure?
- Hoe moet het spreidingsartikel uit de vestigingsregeling worden uitgelegd?
- Moeten bijvoorbeeld verpleeghuisartsen wel of niet worden meegerekend?

Het bestuurskorps van de LHV en de PHV-vestigingscommissies worden regelmatig geïnformeerd over de stand van zaken rond deze procedures. In 1987 vindt tevens de eerste evaluatie van de wettelijke vestigingsregeling plaats. De LHV werkt in dat kader niet alleen mee aan een evaluatierapport onder auspiciën van het Ministerie van WVC, maar geeft in een eigen commentaar ook haar visie op de werking van die regeling.

Het overleg tussen staatssecretaris Dees en de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid over de evaluatie staat tevens in het licht van het inmiddels verschenen rapport van de Commissie Dekker. Dit rapport bepleit immers de afschaffing van de vestigingsregeling. Omdat de ideeën uit dit rapport nog niet zijn verwezenlijkt en afschaffing ook technisch gezien veel tijd in beslag neemt, verwacht de staatssecretaris dat de huidige regeling zeker nog twee tot drie jaar van kracht blijft. Verder voelt hij er weinig voor de huidige regeling te wijzigen om de ook door de LHV geconstateerde knelpunten op te lossen. Aangezien de regeling een decentralisatie van bevoegdheden beoogt, dienen de gemeenten hiervoor zelf oplossingen te zoeken, aldus de staatssecretaris.

VII. Rapport Commissie Dekker

In maart 1987 verschijnt het rapport 'Bereidheid tot verandering' van de Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg, beter bekend als de Commissie Dekker. In dit rapport presenteert de commissie een totaal andere structuur en financiering van de gezondheidszorg. Marktwerving, zelfregulering en een overeenkomstenstelsel zijn hierbij sleutelwoorden. De LHV maakt haar standpunt over dit rapport bekend aan het kabinet en aan de leden van de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid. Zij spreekt haar waardering uit voor het rapport, maar wijst tegelijk op de gevaren die een snelle en ondoordachte verandering kan inhouden voor de inhoud en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Daarbij denkt de LHV onder andere aan de voorgestelde afschaffing van de contracteerplicht en van de wettelijke vestigingsregeling. Tevens onderschrijft de LHV de opvatting van de Commissie Dekker, dat de huisarts de spil in de gezondheidszorg is. Zij wijst echter nadrukkelijk op de noodzaak van een aantal randvoorwaarden, wil die spilfunctie behouden en uitgebouwd worden.

In het kader van de verdere ontwikkelingen rond de voorstellen van de Commissie Dekker ziet de LHV haar discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst' als een noodzakelijke aanvulling hierop. Dit geldt met name voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, die in de LHV-nota uitvoerig aan de orde komt terwijl de Commissie Dekker te zeer de nadruk legt op de kostenbeheersing.

VIII. Thuiszorg

Thuiszorg is één aspect van de gezondheidszorg, dat in 1987 in ruime mate de aandacht krijgt. Door de toenemende nadruk op substitutie, bezuinigingen in de intramurale sector (met name de beddenreductie) en de voorkeur van patiënten wordt de thuiszorg voor vele organisaties een 'gat in de markt'. In 1987 ontplooiën onder andere het kruiswerk, verzekeringsmaatschappijen en ook commerciële organisaties activiteiten, die gericht zijn op verovering van die markt. Voor de LHV zijn deze ontwikkelingen aanleiding tot het oprichten van een Begeleidingscommissie Thuiszorg. Huisartsen worden bij deze activiteit vaak slechts zijdelings betrokken, terwijl juist zij verantwoordelijk zijn voor levering van medische zorg in de thuissituatie en indicering van thuiszorg. De huisarts is

de aangewezen persoon om de coördinatie van de thuiszorg ter hand te nemen. In tegenstelling tot andere hulpverleners kan hij daarbij echter in mindere mate een beroep doen op een ondersteunende organisatie op perifeer niveau. In 1988 zal de LHV zich daarom richten op een versterking van die ondersteuningsstructuur.

IX. Beroepsopleiding

De werkgroep Rechtspositie, waarin met het Ministerie van WVC het betreffende convenantpunt is uitgewerkt, rondde in het voorjaar van 1987 de werkzaamheden af, zonder echter tot een eensluidend advies te komen.

In bilaterale gesprekken met WVC werd getracht om tot een enigszins acceptabele modus te komen ten aanzien van de rechtspositie van opleiders en aspirant-huisartsen. Deze gesprekken, waarin overigens weinig resultaat werd geboekt, werden door een andere ontwikkeling gecompliceerd; het CHG-besluit dat met ingang van 1 januari 1988 een driejarige opleiding voorstelde (overeenkomstig de CCBOH-rapportage) werd getroffen door een veto van de staatssecretaris. Beide problemen waren in augustus aanleiding tot een breed overleg tussen WVC en alle betrokken groeperingen. In vervolgesprekken vormde zich een compromis, bestaande uit de volgende elementen:

- Gedurende een interimperiode van twee (hoogstens drie) jaar wordt een tweejarige beroepsopleiding gegeven. Na afloop van die periode vindt, mede op geleide van evaluatiegegevens, definitieve vaststelling plaats van de duur van de opleiding.
- Assistenten in opleiding worden – in het kader van een tweejarig dienstverband bij een op te richten Stichting Beroepsopleiding – gehonoreerd.

- De huisartsopleiders ontvangen een tegemoetkoming in de kosten die voortvloeien uit hun activiteiten ten behoeve van de beroepsopleiding.

Na langdurige onderhandelingen kwam aan het einde van het jaar een compromis tot stand, waarvan de hoofdlijn redelijk, maar de uitwerking nauwelijks acceptabel was. Nadat duidelijk was geworden dat de – met verbetering van die uitwerking gemoeide – gelden door WVC absoluut niet beschikbaar zouden worden gesteld, is de LHV – mede gegeven het interimkarakter – met de regeling akkoord gegaan. In aansluiting daarop werd begin 1988 de zogenaamde 'voorlooptichting' tot de Stichting Beroepsopleiding opgericht. Deze voorlooptichting treedt primair op als werkgever voor de assistenten en als contractpartner voor de huisartsopleiders. Daarnaast bereidt ze de definitieve stichting voor.

X. Verloskunde

In 1987 werden de voorlopige uitkomsten in Medisch Contact gepubliceerd van een retrospectief onderzoek naar het verloskundig handelen in vijftien huisartspraktijken. Bij een juist onder het landelijk gemiddelde liggende perinatale sterfte (inclusief de klinische bevallingen) werd een opvallend hoog percentage thuisbevallingen en een opmerkelijk laag verwijscijfer gevonden.

Met de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen werd herhaaldelijk gesproken over mogelijkheden om – in het kader van een samenwerkingsverband huisarts-verloskundige – een oplossing te vinden voor het probleem van de ontbrekende keuzevrijheid voor zwangeren. Hoewel tot nu toe geen overeenstemming kon worden bereikt, tekenen zich in de periferie enkele constructies af, die mogelijk de basis kunnen vormen van nog nader te onderzoeken mogelijkheden in deze richting. Met het SIG werd gesproken over mogelijkheden om de huisarts structureel te laten deelnemen aan de Landelijke Verloskundige Registratie van het SIG. Voor de financiering wordt nog naar oplossingen gezocht.

De LHV werd regelmatig aangesproken door leden, die problemen hebben met verloskundigen, die zich in hun praktijkgebied vestigen. Hieruit volgde een aantal door de LHV gesteunde juridische procedures.

XI. De apotheekhoudend huisarts

Ook in 1987 is een definitieve oplossing van de problemen van apotheekhoudende huisartsen – door middel van een wijziging van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) – niet tot stand gekomen. Hoewel de Tweede Kamer reeds eind 1986 haar eindverslag uitbracht over de voorgestelde wetwijziging, duurde het nog een jaar voordat de staatssecretaris zijn nota naar aanleiding van dit verslag bij de Tweede Kamer indiende. Behandeling van deze nota zou pas in 1988 plaatsvinden.

In haar streven naar beperking van de kosten van de geneesmiddelenvoorziening heeft de overheid in 1987 de laatste hand gelegd aan de herziening van de vergoedingssystematiek voor apotheekhoudenden. Deze herziening, die een verlaging van de distributiekosten tot stand moet brengen, is met ingang van 1 januari 1988 van kracht geworden. Daarnaast werkte de overheid een plan uit voor een verlaging van de kosten van afgeleverde geneesmiddelen aan ziekenfondspatiënten.

Door verzet vanuit de Ziekenfondsraad en de Tweede Kamer tegen de inhoud van dit zogenaamde ijkprijsstelsel kon de invoering daarvan in 1987 niet plaatsvinden. Staatssecretaris Dees hoopt echter in 1988 alsnog tot invoering te kunnen overgaan. Gezien de verstrekende gevolgen van beide regelingen werden de (apotheekhoudende) leden van de LHV regelmatig over deze ontwikkelingen op de hoogte gehouden.

In december 1987 brengt de LHV een discussienota uit onder de titel 'Geneesmiddelenvoorziening en de huisarts'. De in deze discussienota neergelegde gedachten zijn een reactie op de bezuinigingsplannen van de overheid op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening. De LHV laat een ander geluid horen. Een betere prescriptie kan leiden tot meer overleg met apothekers en tot pakketbeperking. Een en ander zou bevorderd kunnen worden in een structuur waarin elke huisarts een aantal vaak door hem zelf voorgeschreven geneesmiddelen na afloop van het consult aan de patiënt aflevert, uiteraard in nauw overleg met apothekers. In de eerste helft van 1988 zal met de leden over de nota worden gediscussieerd.

XII. Automatisering

Ook in de huisartspraktijk dringt de automatisering door. Ze kan immers een voortreffelijk hulpmiddel zijn om goed functioneren te bevorderen. Als zodanig past automatisering dan ook in de doelstelling van de LHV. Het spreekt vanzelf, dat aan deze automatisering bepaalde eisen moeten worden gesteld, zodat sprake kan zijn van een daadwerkelijke ondersteuning van de huisarts.

In 1984 kwam de LHV/NHG-werkgroep Coördinatie en Informatie Automatisering (WCIA) tot stand. Deze werkgroep stelt het HIS-referentiemodel (HIS = Huisarts Informatie Systeem) op. Dit model geeft de specificaties aan, waaraan een huisarts-informatiesysteem moet voldoen.

Mede op aandringen van de Ledenvergadering besloot het Centraal Bestuur medio 1987 de Werkgroep Automatisering in te stellen. Deze werkgroep heeft tot taak het door de LHV te voeren automatiseringsbeleid voor te bereiden. Op basis van de adviezen van de werkgroep worden de volgende hoofdpunten van het LHV-beleid vastgesteld:

1. Leveranciers van HIS-systemen moeten hun programma's ter toetsing aanbieden aan een werkgroep, die ze beoordeelt aan de hand van het HIS-referentiemodel. De LHV draagt verantwoordelijkheid voor de regelmatige bijstelling van het referentiemodel, voor de toetsingsprocedure en de feitelijke toetsing.
2. Oprichting van een onafhankelijke gebruikersvereniging per getoetst systeem.
3. Intentieverklaringen tussen LHV en leveranciers van positief beoordeelde systemen.
4. Realisering van een normatief bedrag in het kostenbudget van de huisarts ten behoeve van de aanschaf en het onderhoud van een geautomatiseerd informatiesysteem.

5. Systematische voorlichting, advisering en ondersteuning van (toekomstige) gebruikers. Als eerste stap wordt in 1987 een informatietelefoon ingesteld.

XIII. Diversen

De vier kerndisciplines

In 1987 is door het Landelijk Bestuurlijk Overleg – de geformaliseerde samenwerking op landelijk niveau tussen de LHV, de Nationale Kruisvereniging, de Centrale Raad voor Gezinsverzorging en de Joint – aan de diverse projecten gewerkt. Het LBO presenteerde een tweetal brochures, getiteld 'Bestuurlijk overleggen in de eerste lijn' en 'Het huidige hulpaanbod van de vier kerndisciplines'. Daarnaast moest het LBO veel aandacht besteden aan de activiteiten van de Stuurgroep Herstructurering Landelijke Organisaties, het rapport van de Commissie Dekker en de inhoud van de samenwerking tussen de vier kerndisciplines.

Met name het laatst genoemde onderwerp leidde tot problemen. In de loop van 1987 bleek steeds duidelijker dat de visies van de vier organisaties op de thuiszorg en de positie van de diverse disciplines daarin sterk uiteenlopen. De LHV meent, dat binnen het LBO niet het denken in structuren, maar het zorginhoudelijk denken voorop dient te staan. Dit verschil in opvatting leidt begin 1988 tot de uittreding van de LHV uit het LBO.

ATIS

De Vereniging Algemene Thuiszorg In Samenwerking (ATIS) heeft zich in 1987 actief beziggehouden met diverse projecten, gericht op de samenwerking van de vier kerndisciplines. Diverse brochures werden uitgegeven. Tevens kwam ATIS regelmatig tegemoet aan verzoeken uit de periferie om ondersteuning op het terrein van samenwerking binnen de eerstelijnszorg.

De vrouwelijke huisarts

In oktober gaat de Ledenvergadering akkoord met een aanbeveling, die moet leiden tot vermindering van de numerieke achterstand van vrouwelijke huisartsen. Deze aanbeveling luidt: 'In het kader van een kwantitatieve taakstelling voor vrouwelijke huisartsen wil de LHV bereiken, dat het aantal vrouwelijke huisartsen wordt vergroot door de vestigingsmogelijkheden voor mannelijke en vrouwelijke huisartsen gelijk te maken. Dit betekent onder andere dat bevorderd dient te worden, dat vrouwelijke huisartsen deel zullen uitmaken van alle waarneemgroepen'.

Werkloze en praktijkzoekende huisarts

Op 26 september 1987 vond onder grote belangstelling het LHV-symposium voor werkloze en praktijkzoekende huisartsen plaats. Doel van dit symposium is het contract tussen de LHV en deze groep huisartsen te versterken en om de meningen binnen deze groep te leren kennen.

Ruim 140 aanwezigen luisterden naar diverse inleiders en discussieerden met hen over verschillende aspecten van het vestigingsbeleid voor huisartsen en de mogelijkheden tot praktijkverkleining. De LHV zal zich ook in de toekomst blijven inzetten voor de werkloze en praktijkzoekende huisartsen. Nadere contacten met deze groep acht de LHV dan ook zeer belangrijk.

Internationale zaken

Ter gelegenheid van de invoering van de Europese richtlijn inzake een minimaal tweejarige beroepsopleiding per 1-1-1988 organiseerde de UEMO in december onder auspiciën van de Europese Commissie een symposium in Luxemburg. Tijdens dit symposium werd vanuit de Europese Commissie nog eens aangedrongen op de naleving van deze verplichte richtlijn.

Eind 1987 heeft de LHV het geassocieerd lidmaatschap aangevraagd van de World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA).

Goodwillfonds

In mei 1987 organiseerde de LHV het symposium 'Goodwillclaim en cessie'. Tijdens dit symposium werden onder meer inleidingen gehouden over de financiering van de goodwillclaim en de fiscale consequenties van de goodwillregeling.

In juni 1987 betrok de Stichting Goodwillfonds voor Huisartsen een kantoor in Nieuwegein. De officiële opening werd verricht door oudstaatssecretaris Drs. J. P. van der Reijden.

Deskundigheidsbevordering en ondersteuning

Zowel op centraal als op perifeer niveau bestond in 1987 regelmatig contact tussen de LHV, de Stichting Ondersteuning Huisartsen

en de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen. De activiteiten van beide stichtingen vinden in goed overleg met de LHV plaats.

KNMG-structuur

Het Centraal Bestuur en de Ledenvergadering besteedden in 1987 uitvoerig aandacht aan de ontwikkelingen rond de toekomstige structuur van de KNMG. Voorstellen voor een nieuwe structuur zijn onder andere neergelegd in de KNMG-nota 'De KNMG naar 2000'.

De discussie over dit onderwerp was aan het eind van het verslagjaar nog niet afgerond.

Gegevens bij het jaarverslag 1987**Ledenbestand**

	1-1-1987	31-12-1987
ereleden	5	5
totaal aantal leden	6575	6581
aantal gewone leden	6025	6030
* waarvan apotheekhoudende leden	860	831
* waarvan LHV/LAD-lid	449	500
* waarvan registerleden	411	397
kandidaat-leden	220	201
buitengewone leden	8	7
rustende leden	318	343

Uit de ledencijfers over 1987 blijkt dat 90% van de in Nederland gevestigde huisartsen lid is van de LHV.

Overzicht leden Centraal Bestuur en vaste commissies per 31-12-1987**Centraal Bestuur:**

A. M. C. van de Zandt (voorzitter); S. Buijs (secretaris-penningmeester); A. Groeneveld; G. C. A. M. van Hattem; A. C. J. van der Hoeven; J. B. Hoving; G. W. Saleminck; H. A. M. Staring; M. J. A. de Wit; S. O. Ypma.

Adviserende leden van het Centraal Bestuur:

J. J. Blom, namens het HB der KNMG; A. ten Hove Jansen, namens het CB der LSV; P. W. de Rooij, namens het CB der LAD; F. König, namens het Centraal Bestuur van het NHG; Mw. J. M. H. Verhagen-Flieringa, namens het Centraal Bestuur van de LVSG; W. J. Waal, lid van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid; W. Derksen, lid van de Ziekenfondsraad.

Apotheek Commissie (AC):

A. C. J. van der Hoeven, voorzitter; A. M. van Dongen; F. M. van Eede; J. B. Hoving; M. J. F. M. Klaassen; J. Kos; D. J. van der Tempel; J. H. G. Nieuwenhuisen; G. J. P. Tinselboer; J. M. Witmer.

Apotheekhoudende Begeleidings Commissie (ABC)

W. Vegelin, voorzitter; H. Aeyelts Averink; J. J. A. M. van Dongen; A. C. J. van der Hoeven; J. B. Hoving; M. J. M. van Os; J. Posthuma.

Financiële Raad (FR):

S. Buijs, voorzitter; A. Groeneveld; G. C. A. M. van Hattem; J. B. Hoving; H. A. M. Staring; S. O. Ypma.

Financiële Commissie (FC):

A. J. M. Kuijper, voorzitter; Chr. Broekhuizen; A. C. J. Gerritsen; H. J. P. Vos.

Commissie Takenpakket (TakPak):

S. O. Ypma, voorzitter; A. C. J. Gerritsen; H. Groenwold; J. Hoekstra; H. M. Pieters; E. Schade; Dr. A. J. B. I. Sips; M. P. Springer; Mw B. S. Wanrooy

Commissie Taakafbakening:

A. Groeneveld, voorzitter; Mw M. F. van Brederode-Zwart; W. Derksen; A. C. J. Gerritsen; J. P. Nauta; D. Oosthoek; W. W. J. M. Wolters.

Commissie Perifere Universitaire Huisartsen (P.U.H.):

P. Houwink, voorzitter a.i.; F. Almekinders (I.O.H.); K. S. Bakker; H. J. Batelaan; F. R. van den Berg; P. Boot; H. J. M. Bosch; S. Griede; J. Huls (N.H.G.); F. G. H. de Noord; L. Oltmans (H.R.C.); W. A. van Ommeren; J. Ph. P. Stenger; J. C. M. Weijers (C.H.G.); S. O. Ypma.

Medische Tarieven commissie (MTC):

M. J. A. de Wit, voorzitter; A. Groeneveld; G. C. A. M. van Hattem; M. J. F. M. Klaassen; A. M. M. Kouwenhoven; Mw A. Nanninga-Jager; J. B. Schueler; H. L. M. Willemse.

Farmaceutische Tarieven Commissie (FTC):

G. C. A. M. van Hattem, voorzitter a.i.; A. Brouwer; F. M. van Eede; A. C. J. van der Hoeven; M. J. F. M. Klaassen; J. Kos; J. B. Schueler; A. J. H. Staatsen.

Commissie Samenwerkingsverbanden (SACO):

G. W. Saleminck, voorzitter; R. Biesta; J. G. J. de Boer; A. P. Bolhuis; M. J. F. Dirven; P. Rienstra; Mw G. W. M. Vissers.

Commissie Praktijkzoekende en Werkloze Huisartsen:

Th. Verhey, voorzitter; J. D. Berg; S. J. Bink; Mw B. D. Bovenberg; R. van 't Land; A. J. M. Mouwen; Mw M. Nahujsen; G. W. Saleminck; S. Zijlstra.

Werkgroep Vrouwelijke Huisartsen:

Mw Y. M. Margry, voorzitter; Mw M. Bult-Strankinga; Mw C. F. Dagnelie; Mw Dr. A. J. Dolmans; Mw E. A. M. Geerdink-Officier; Mw J. Lanphen; Mw M. Nahujsen; Mw A. Nanninga-Jager; Dhr G. W. Saleminck.

Begeleidingscommissie Thuiszorg:

A. Groeneveld (Voorzitter); J. F. M. Bergen; P. J. Beuger; J. C. P. M. Corzilius; F. P. M. Garnier; J. B. Gaymans; J. Kingma; Mw C. H. M. Krug; J. M. G. Reijnders; J. B. Schueler; H. A. M. Staring; M. J. A. de Wit.

Nederlandse delegatie UEMO: W. J. Waal, voorzitter; S. Buijs; J. C. M. Weijers (namens NHG).

Overzicht Ledenvergaderingen en behandelde onderwerpen

5 februari: goodwill; honorering; relatie SDO-LHV; cervixcytologie; cb-problematiek; landelijke verloskundige registratie; pensioenpremieverplichting; KNMG-structuur.

19 maart: honorering; pensioen; beroepsrisico; cervix; landelijke verloskundige registratie; werkgroep Kloostermanlijst; KNMG-structuur; vestigingsbeleid.

7 mei: pensioenproblematiek; convenant; honorering; initiatief particuliere honorering; KNMG-structuur; rapport Commissie Dekker.

4 juni: secretariaal jaarverslag; financiën; Statuten en Huishoudelijk Reglement; vestigingsbeleid; pensioen; verloskunde; invorderingsregeling; honorering; Commissie Dekker; KNMG-structuur; SDO-LHV.

3 september: Commissie Dekker; ziekenfondshonorering; particuliere honorering; vestigingsbeleid; HLO.

1 oktober: zwangerschapsverlof; aanvulling Basis Takenpakket; honorering; nota 'KNMG naar 2000'.

29 oktober: Statuten en Huishoudelijk Reglement; verkiezingen; financiële zaken; kwantitatieve taakstelling; behoeftebepaling huisartsen en huisartsen in opleiding; automatisering; honorering.

17 december: discussienota geneesmiddelenvoorziening; HMO; Thuiszorg; Statuten en Huishoudelijk Reglement; honorering; verloskunde; meerjarige beroepsopleiding; pensioen.

Overzicht vergaderingen apotheekhoudende afdeling van de Ledenvergadering en behandelde onderwerpen

21 mei: WOG; Commissie Dekker; nieuwe vergoedingssystematiek; specificatie geneesmiddelennota's; goodwill; Clanag.

4 juni: specificatie van geneesmiddelen; WOG; vergoedingssystematiek; goodwill.

29 oktober: begroting 1988; Statutenwijziging.

18 november: vergoedingssystematiek; nota heroverweging geneesmiddelenvoorziening; WOG; automatisering; toekomst van de apotheekhoudend huisarts.

LAD Sollicitatiecursus

Vorig jaar organiseerde de LAD voor het eerst een sollicitatiecursus. De cursus werd opgezet in samenwerking met het Organisatieadviesbureau Intervisie te Oegstgeest. De cursus werd vorig jaar driemaal gehouden en werd meteen een succes.

Nu reeds heeft zich een groot aantal gegadigden opgegeven voor de cursusronde in 1988. De data voor deze cursussen zijn thans bekend geworden: de cursus wordt georganiseerd op dinsdag 21 juni en dinsdag 28 juni 1988. Mochten zich te veel gegadigden voor deze twee data opgeven, dan zijn er twee reservedata vastgesteld, en wel: donderdag 23 juni en dinsdag 23 augustus 1988. De prijs van de cursus voor KNMG/LAD-leden bedraagt f 95,—; niet-leden betalen de kostprijs. De prijs is inclusief lesmateriaal, koffie, thee en lunch. De cursus wordt gehouden in de Domus Medica te Utrecht aan de Lomanlaan 103. Duur: één dag, aanvang 10.00 uur.

De cursus bestaat uit twee gedeelten. De ochtend wordt besteed aan het schrijven van een goede sollicitatiebrief. Dat wil nadrukkelijk zeggen geen standaardbrief, maar een brief waarin de sollicitant in relatie tot de behoeften van de werkgever aan kennis en ervaring zich beter weet te presenteren. Als huiswerk dient van tevoren een concept-sollicitatiebrief te worden ingestuurd die vervolgens zal worden beoordeeld. De middag wordt onder andere besteed aan het sollicitatiegesprek, dat wil zeggen aan de juiste presentatie van de sollicitant. Ook worden in een brainstorm-sessie de verschillende mogelijkheden om aan een baan te komen in de gezondheidszorg op een rij gezet.

Meer informatie wordt gegeven door het bureau van de LAD, telefoon 030-823352.

LAD Omgaan met automatisering

Speciaal voor de arts in dienstverband heeft de LAD, dit jaar voor het eerst, een korte automatiseringscursus opgezet. De cursus beslaat in totaal drie dagdelen en wordt gehouden op donderdag 9 juni en dinsdag 14 juni 1988. Aanvang, beide dagen, 's middags om 15.30 uur. Inclusief een pauze voor het diner duurt de cursus tot 's avonds ± 21.00 uur. De cursus vindt plaats in het gebouw van de KNMG, de Domus Medica, aan de Lomanlaan 103 te Utrecht. De cursus vindt in 1988 slechts éénmaal plaats. Bezien zal worden of de opgedane ervaring een voortzetting in 1989 op grotere schaal rechtvaardigt.

De bedoeling van de cursus is, artsen wegwijs te maken in de

moderne manieren van gegevensverwerking in een organisatie. Artsen dienen in staat te zijn op te treden als gelijkwaardige gesprekspartner van de functionaris die binnen de instelling met automatisering is belast. Bovendien dienen zij voor de voor hen belangrijke gegevens een programma van eisen te kunnen opstellen. De cursus maakt u wegwijs in de voor velen nog ingewikkelde materie waarbij het gaat om betrokkenheid bij grotere automatiseringsprocessen. De cursus werd ontwikkeld in samenwerking met het Adviesbureau Assyst/Raet.

Meer informatie wordt gegeven door het bureau van de LAD, tel. 030-823360.

LAD Arts en organisatie

De belangstelling voor de cursus 'Arts en organisatie', die de LAD dit jaar voor de tweede maal organiseert, was zo groot dat de drie cursussen kort na publicatie van de data reeds waren volgeboekt.

Deze ontwikkeling maakt het waarschijnlijk dat de LAD de cursus in 1989 ook zal organiseren. Overwogen zal worden of dit niet op ruimere schaal dient te geschieden.

OLMA verzekert 10.000ste

De Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (Olma) heeft de 10.000ste arts verzekerd. Tijdens een feestelijke bijeenkomst op 27 april jl. werd de polis uitgereikt aan het echtpaar Don-Schaafsma, neurologen te IJmuiden. Op de foto verder van rechts naar links: algemeen directeur Mr. G. J. M. Delfos, commissarissen A. B. M. van Berkel en A. M. Gründemann, en directeur J. van Elzelingen Skabo-Brun.

